



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE GURUPI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO PROFISSIONAL – GESTÃO
EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

DULCIMARA CARVALHO MORAES

**AÇÕES E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS REALIZADAS COM FAMÍLIAS DE
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CAPS ADIII EM GURUPI –
TOCANTINS**

Gurupi (TO)

2018

DULCIMARA CARVALHO MORAES

**AÇÕES E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS REALIZADAS COM FAMÍLIAS DE
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CAPS ADIII EM GURUPI –
TOCANTINS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em dezembro de 2018, como requisito parcial à obtenção de grau de mestre em Gestão de Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Souza Cleto

Gurupi (TO)

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da Universidade Federal do Tocantins
Campus Universitário de Palmas

Cutter Moraes, Dulcimara Carvalho
AÇÕES E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS REALIZADAS COM FAMÍLIAS
DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CAPS ADIII EM
GURUPI - TOCANTINS/ Dulcimara Carvalho Moraes). - Palmas, 2018.
123f.

Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Tocantins,
Mestrado Profissional Gestão em Políticas Públicas, 2018.

Linha de pesquisa: Gestão em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Souza Cleto

1. Atenção psicossocial; 2. CAPS ADIII; 3. Famílias; 4. Observação
participante; 5. Políticas públicas. I. Cleto, Marcelo. (orientador) II.
Universidade Federal do Tocantins. III.

CDD xxxx

CRB-2 / 1309

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizada desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

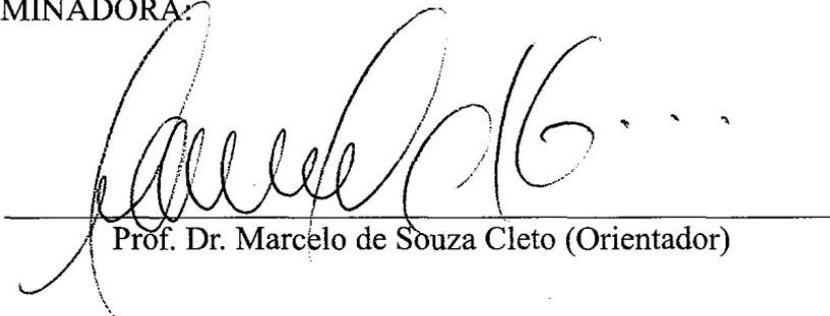
DULCIMARA CARVALHO MORAES

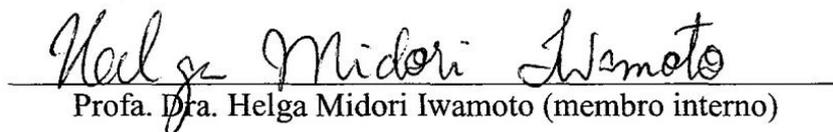
**AÇÕES E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS REALIZADAS COM FAMÍLIAS DE
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CAPS ADIII EM GURUPI-
TOCANTINS**

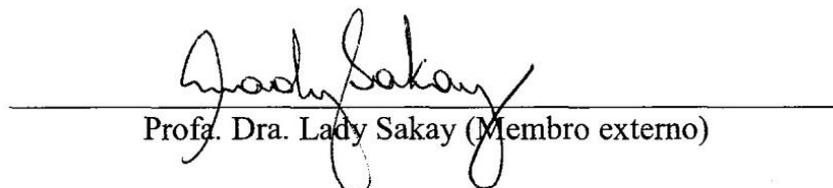
Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Gestão de Políticas
Públicas da Universidade Federal do
Tocantins para obtenção do título de mestre.
Orientador: Prof. Dr. Marcelo de Souza Cleto

Aprovada em 08/02/2019

BANCA EXAMINADORA:


Prof. Dr. Marcelo de Souza Cleto (Orientador)


Profa. Dra. Helga Midori Iwamoto (membro interno)


Profa. Dra. Lady Sakay (Membro externo)

*“Família é prato difícil de preparar”.
São muitos ingredientes.
Reunir todos é um problema...
Não é para qualquer um.
Os truques, os segredos, o imprevisível.
Às vezes, dá até vontade de desistir...
Família é prato que emociona.
E a gente chora mesmo.
De alegria, de raiva ou de tristeza.
O pior é que ainda tem gente que acredita na receita da família perfeita.
Bobagem!
Tudo ilusão!
Família é afinidade, é à Moda da Casa.
E cada casa gosta de preparar a família a seu jeito.
Há famílias doces.
Outras, meio amargas.
Outras apimentadíssimas.
Há também as que não têm gosto de nada, seria assim um tipo de Família Dieta, que você suporta só
para manter a linha.
Seja como for, família é prato que deve ser servido sempre quente, quentíssimo.
Uma família fria é insuportável, impossível de se engolir.
Enfim, receita de família não se copia se inventa.
A gente vai aprendendo aos poucos, improvisando e transmitindo o que sabe no dia a dia.
Muita coisa se perde na lembrança.
Aproveite ao máximo.
Família é prato que, quando se acaba, nunca mais se repete!*

(Francisco Azevedo)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre guiar meu caminho e me dar força para prosseguir nessa longa e difícil jornada. Aos meus amigos, Aline Rezende, Larissa Queiroz, Jaqueline Saiury, Vilker Nascimento e Fernanda Bogarin por sempre acreditarem em mim e serem meu alicerce a todo o momento e em todas as decisões tomadas nessa trajetória.

Ao meu querido professor Dr. Marcelo Cleto pela paciência, carinho, afeto e orientação no Mestrado, pelas contribuições para este trabalho, e por sempre estar ao meu lado, até nos momentos difíceis, de fato nunca me desamparou.

Aos professores pelas contribuições e amizade ao longo dos últimos meses, além do exemplo de profissionais que vou levar ao longo de minha carreira.

Aos demais membros do colegiado e à coordenação do Mestrado. Aos professores e colegas de trabalho do Centro Universitário UNIRG.

A equipe do CAPS ADIII e as famílias e usuários que cooperaram com a realização desta pesquisa.

E a todos que de alguma forma colaboraram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo geral conhecer as ações e práticas assistenciais realizadas pelo programa psicossocial CAPS AD III – Gurupi/TO, com as famílias de usuários de álcool e outras drogas. Esta pesquisa é de cunho qualitativo, tendo como metodologia a análise qualitativa de Bardin. Para coleta de dados tem-se a observação participante, a técnica de Relatório de Registro Contínuo Cursivo (RCCC) e entrevistas específicas com a equipe multiprofissional, usuários e famílias de usuários inseridos no programa. As observações realizadas foram feitas em atividades desenvolvidas no programa psicossocial do CAPS AD III - Gurupi/TO e em visitas domiciliares. Para tanto, encontram-se aqui quatro entrevistas domiciliares com as famílias, cinco entrevistas com usuários e seis entrevistas com profissionais do programa. Por meio da análise de dados e resultados foi possível identificar os pontos que dificultam o trabalho com as famílias, tais como qualificação profissional, pouco tempo de experiência no programa psicossocial e dificuldade de percepção da necessidade da família. Através da pesquisa pode-se perceber que a equipe multiprofissional desenvolve o trabalho de acordo com o que é permitido pelas normas, e que todos têm capacitação na área de atuação específica do CAPS – ADIII. O serviço do CAPS AD III de Gurupi/TO apresenta-se como bom, mas possui suas deficiências que necessitam de melhorias de acordo como os sujeitos. O trabalho no CAPS ADIII – Gurupi/TO apresentou na pesquisa maior ênfase na redução de danos e medicalização, dando pouca ênfase ao trabalho de reinserção social. Assim, conclui-se que o CAPS ADIII – Gurupi/TO apresenta aspectos relevantes na realização do trabalho como o comprometimento da equipe multiprofissional, o espaço físico adequado e a capacitação de profissionais. Como fatores vulneráveis, destacam-se a falta de qualificação dos profissionais no trabalho com famílias e a pouca experiência em atendimento familiar.

Palavras-chave: Atenção psicossocial; CAPS ADIII; Famílias; Políticas públicas; Gurupi; Tocantins.

ABSTRACT

This dissertation aims to know the actions and care practices carried out by the psychosocial program CAPS AD III - Gurupi / TO, with families of users of alcohol and other drugs. This research is qualitative, having as methodology the qualitative analysis of Bardin. Data collection includes participant observation, the Continuous Cursive Record Reporting technique (RCCC) and specific interviews with the multiprofessional team, users and user families included in the program. The observations were made in activities developed in the psychosocial program of CAPS AD III - Gurupi / TO and in home visits. Therefore, four home interviews with families, five interviews with users and six interviews with professionals of the program are presented here. Through the analysis of data and results it was possible to identify the points that make it difficult to work with families, such as professional qualification, little experience in the psychosocial program and difficulty in perceiving the family's need. Through the research it can be seen that the multiprofessional team develops the work according to what is allowed by the norms, and that all have training in the specific area of action of the CAPS - ADIII. The CAPS AD III service of Gurupi / TO presents itself as good, but has its deficiencies that need improvement according to the subjects. The work in CAPS ADIII - Gurupi / TO presented in the research greater emphasis on harm reduction and medicalization, with little emphasis on social reinsertion work. Thus, it is concluded that the CAPS ADIII - Gurupi / TO presents relevant aspects in the accomplishment of the work as the commitment of the multiprofessional team, the adequate physical space and the professional qualification. As vulnerable factors, the lack of qualification of the professionals in the work with families and the little experience in family care stand out.

Keywords: Psychosocial care; CAPS ADIII; Families; Public policy; Gurupi; Tocantins.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Caracterização do consumo de drogas e de dependentes no Brasil.....	30
Figura 2 – Equipe de profissionais e representantes da esfera pública – inauguração do CAPS ADIII – Nova Vida.....	50
Figura 3 – Foto da antiga fachada do CAPS AD III – Nova Vida.....	50
Figura 5 – Imagem das novas instalações do CAPS AD III – Gurupi – TO.....	52
Figura 6 – Foto das novas instalações do CAPS ADIII – Nova Vida.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Distribuição das pessoas atendidas em um CAPS AD segundo características sociodemográficas.....	45
Tabela 2	– Distribuição das pessoas atendidas em um CAPS AD segundo características línicas.....	46
Tabela 3	– Equipe multiprofissional do CAPS AD III – Gurupi/TO.....	63
Tabela 4	– Usuários voluntários do CAPS AD III Gurupi/TO.....	64
Tabela 5	– Famílias voluntárias dos usuários do CAPS AD III Gurupi/TO.....	65
Tabela 6	– Descrição das dependências físicas do CAPS AD III Gurupi/TO.....	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	– Serviço prestado à comunidade.....	70
Quadro 2	– Dificuldades encontradas na realização do trabalho.....	70
Quadro 3	– Pontos positivos e negativos do trabalho.....	71
Quadro 4	– Capacitação e realização do serviço.....	72
Quadro 5	– Satisfação do serviço prestado pelo CAPS AD III Gurui/TO.....	74
Quadro 6	– Pontos positivos e negativos do CAPS AD III Gurupi/TO.....	75
Quadro 7	– Aspectos a serem melhorados no serviço.....	76
Quadro 8	– Atendimento prestado à família.....	76
Quadro 9	– Conhecimento do CAPS AD III – Gurupi/TO.....	79
Quadro 10	– Função do CAPS AD III – Gurupi/TO.....	79
Quadro 11	– Serviços realizados atendem as famílias	80
Quadro 12	– O que falta melhorar no atendimento.....	81
Quadro 13	– Pontos positivos e negativos (para a família)	82
Quadro 14	– Serviços prestados pela equipe multiprofissional.....	83

LISTA DE SIGLAS

Apa	Associação Psiquiátrica Americana
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
Caps ad	Centro de Atendimento Psicossocial de Álcool e Drogas
Caps adIII	Centro de atendimento psicossocial de álcool e drogas iii
CEBRID	Centro brasileiro informações de drogas psicotrópicas
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Cis	Consórcio intermunicipal de saúde
COMAD	Conselho Municipal sobre Drogas
CONAD	Conselho Nacional sobre Drogas
DF	Distrito Federal
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
FGV	Fundação Getúlio Vargas
Fiocruz	Fundação Oswaldo cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBRE	Instituto Brasileiro de Economia
Nasf	Núcleo de apoio social à família
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OEDT	Observatório Europeu de Drogas e de Toxicodependência
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
Pnad	Política nacional sobre drogas
RRCCC	Relatório de Registro Contínuo Cursivo
Senad	Secretaria nacional de políticas sobre drogas
Sisnad	Sistema nacional de políticas públicas sobre drogas
TECLE	Termo de Livre Consentimento e Aceite
Udv	União do vegetal
UFT	Universidade Federal do Tocantins
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo
UNIRG	Universidade de Gurupi
UNGASS	Sessão Especial das Assembleias das Nações Unidas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 Drogas: historicidade e cultura	18
2.1.1 Aspectos sócio-culturais: vinho, <i>ayahuasca</i> e folha de coca	19
2.1.2 A Droga na América Latina uma questão multidimensional	22
2.1.3 A Geopolítica das drogas na América Latina vista entre décadas	25
2.1.4 Histórico das drogas no contexto brasileiro	28
2.4 Políticas Públicas e programas psicossociais de álcool e drogas	31
2.4.1 A legislação brasileira sobre drogas e a sua construção	31
2.4.2 Políticas Públicas e Programas Psicossociais de Álcool e Drogas	36
2.4.3 Políticas Públicas no Brasil	41
2.4.4 Os Programas Psicossociais na promoção e prevenção da Política Sobre Drogas	43
2.4.5 O Centro de Assistência Psicossocial Álcool e Drogas III – CAPS ADIII	47
2.4.5.1 Histórico do CAPS ADIII de Gurupi/TO	49
4 MÉTODO QUALITATIVO	53
5 DELINEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO	57
5.1 Procedimentos metodológicos	57
5.2 Critérios de inclusão e exclusão	59
5.3 Metodologia de análise dos dados	59
6 ANÁLISE DE DADOS E RESULTADOS	61
6.1 Sujeitos do estudo	63
6.1.1 Equipe multiprofissional	63
6.1.2 Usuários do CAPS AD III – Gurupi/TO	63
6.1.3 Família dos usuários do CAPS ADIII – Gurupi/TO	64
6.1.4 O Espaço físico do CAPS ADIII – Gurupi/TO	65
6.2 Atividades realizadas com os usuários, equipe multiprofissional e familiares	66
6.3 Registros da coleta de dados e análise	69
6.3.1 Equipe multiprofissional	69
6.3.2 Usuários do programa	73
6.3.3 A família do usuário do CAPS AD III – Gurupi/TO	78

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	85
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS.....	97

1 INTRODUÇÃO

O problema do uso abusivo das drogas em nossa sociedade há muito vem se tornando uma questão de saúde pública, e o Estado teve relevante interferência para o tratamento e prevenção dessa situação que assola milhões de brasileiros e seus familiares, não havendo distinção de uso por classe social. Esse fato em nossa sociedade não é recente, porém, devido à população crescente no nosso país e a carência das políticas públicas de âmbito socioeducativo, o problema se agrava e acelera o adoecimento da população brasileira.

No Brasil, estima-se que, em 2005, havia 380 mil usuários e dependentes de *crack*, chegando em 2009 a 600 mil, dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas (2009).

De acordo com pesquisas realizadas por Lino (2014), um estudo desenvolvido pela OMS em 2002 indicou que 8,9 % das doenças no mundo eram causadas pelo uso de substâncias psicoativas. Lino (2014) descreve, ainda, que no Brasil, o consumo de *crack* e cocaína teve um aumento significativo em aproximadamente 50% na região sudeste e 27% na região nordeste, não se obtendo resultados da região norte.

Um levantamento realizado pela SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas) no ano de 2002, em parceria com a CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas) estimou que nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal, 60,5% de estudantes de ensino fundamental e médio já tiveram contato com álcool e 16,9% com tabaco (CARLINI *et al.*, 2002).

As famílias, como parte constituinte do processo de superação da adversidade vivida por um de seus membros em vista do uso abusivo de álcool e outras drogas, revelam-se como um agente preponderante na prevenção e na promoção do bem estar físico, mental e social da pessoa atendida.

Com relação à família, entende-se esta como uma:

Instituição social composta por mais de uma pessoa física, que se irmanam no propósito de desenvolver, entre si, a solidariedade no plano assistencial e da convivência ou simplesmente descendem uma da outra ou de um tronco comum. (NADER, 2006, p. 06)

Por conseguinte, a família sofre com o adoecimento de seus membros, mudando de forma significativa todo o sistema familiar. Muitas vezes essas famílias necessitam de uma reorganização nos padrões de comportamento e reconfiguração da sua estrutura.

Duarte, Viana e Olschowsky (2014) descreveram que a família possui um papel essencial no processo do tratamento, pois quando passa a se inserir no cotidiano do serviço, consegue-se compreender o contexto das drogas e as especificidades do usuário do programa. Os autores ainda colocam que, ao se envolver a família no tratamento do usuário de drogas, dando-lhe suporte para enfrentar as dificuldades inerentes ao cotidiano, a carga emocional da família e do próprio usuário é amenizada, por conseguinte aumentando o nível de interação e empatia entre eles. Os CAPS ADs são programas específicos e especializados nesse atendimento.

Os Centros de Atenção Psicossocial, de acordo com a Portaria nº 336, (BRASIL, 2002) são redefinidos para atendimento de álcool e outras drogas – CAPS AD – com atendimento 24 horas e incentivos financeiros. Eles oferecem aos familiares orientações, reuniões com grupos de famílias, visitas domiciliares e também atendimento individual, acompanhamento psicológico e assistencial.

De acordo com Duarte, Viana e Olschowky (2014, p. 82), o CAPS AD se define como:

[...] um ponto de atenção especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção especializada, integral e contínua às pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, *crack* e outras drogas. Este tipo de serviço possui, como característica de funcionamento, produzir, em conjunto com o usuário e seus familiares, um projeto de tratamento que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais.

Com isso, em março de 2002 foram criados os CAPS ADs, que em sua definição são serviços de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos de uso de álcool e drogas. Esse serviço, de acordo com o Ministério da Saúde, deve oferecer serviços diários, intensivo, semi-intensivo ou não intensivo. Devem ter em sua dinâmica atendimento terapêutico individualizado, intervenções, práticas comunitárias e leitos psiquiátricos em hospitais gerais, além de atendimento

multidisciplinar e humanizado (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, 2004, 2005).

Duarte *et al.* (2014) evidenciaram em sua pesquisa sobre famílias, que contemple membros em um atendimento no CAPS AD, que esse é um espaço que apresenta forte escuta, de esclarecimento e de alívio frente aos desafios que o uso de entorpecentes leva ao ambiente familiar, e contribui de uma forma mais significativa para uma mudança de como lidar com o membro usuário de álcool e drogas.

Os programas psicossociais de álcool e drogas existentes se desenvolvem por finalidade no trato dessas questões com o intuito de manter a promoção e prevenção de saúde básica e necessária ao usuário e à sua família, a fim de trazê-los de volta à inserção social e torná-los cidadãos constituintes dentro de um sistema social que lhes seja saudável.

Com todo um processo de transformação na política com relação ao combate às drogas, verificou-se que a política atual centrada no CAPS AD é de relevante importância para o apoio do usuário e da família levando em consideração sua reabilitação e inserção social.

A presente dissertação tem por finalidade trabalhar a temática de famílias que participam de atividades e ações no CAPS ADIII (Centro de Assistência Psicossocial de Álcool e Drogas III), cujos membros são usuários desse programa, e assim verificar se as ações realizadas contemplam as necessidades dos familiares e se as políticas assistenciais contribuem para a otimização do serviço.

Para que essas questões sejam compreendidas, apresenta-se aqui um estudo acerca das ações e atividades implantadas nos programas psicossociais no âmbito do álcool e de outras drogas, as transformações que foram ocorrendo ao longo do programa e a aderência dos atores usuários inseridos nesse sistema.

Portanto, a disposição desta dissertação se desenvolve como a seguir:

O primeiro capítulo apresenta uma construção sobre as drogas e cultura, já o segundo capítulo descreve sobre a historicidade da droga no contexto histórico, cultural e social, intitulado droga historicidade e cultura. O terceiro capítulo desta dissertação discorre sobre a família no contexto das drogas e traz uma visão das famílias na América Latina e no Brasil e a família no contexto de pobreza. Por fim, abordando as políticas públicas, o quarto capítulo discorre sobre os programas psicossociais de álcool e outras drogas, consistindo em conhecer a legislação sobre

o tema, a construção de programas psicossociais dentro da temática de álcool de drogas, políticas públicas no Brasil e finaliza com o CAPS AD III. Fechando o referencial teórico apresenta-se a metodologia utilizada na pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Drogas: historicidade e cultura

Para entendermos o que seria a cultura em termos de drogas, há uma necessidade de definir o que seja cultura em uma sociedade. De acordo com Jaeger (1964), a cultura se compõe de tudo aquilo que resulta das duas experiências típicas compartilhadas e de tudo que é capaz de mantê-las.

A primeira experiência está relacionada à mudança cultural interna, que possui uma característica mais lenta e resulta da dinâmica do próprio sistema cultural e a segunda de origem externa é o resultado do contato de um sistema cultural com o outro, sendo esta mais rápida e brusca.

Segundo Santos (1994) as culturas e a sociedade se relacionam de modo desigual, onde se apresenta desigualdades de poder em todos os sentidos e causa uma hierarquização de povos.

O autor ainda coloca que este é um fato evidente da história contemporânea e não há como refletir sobre cultura, faz-se necessário reconhecê-las e buscar mudá-la.

Com isso a cultura entende-se como um evento milenar e que se vai aprimorando ou se transformando ao longo das mudanças da sociedade, trazendo em si características da própria construção social, histórica e individual constituída pelo próprio sujeito.

Mintz (2009) considera que a cultura é uma propriedade humana ímpar, possui forma simbólica, relacionada com o tempo, comunicação e vida social. Permite que as ideias permitam que as ideias, a tecnologia e a cultura material se acumulem no interior dos grupos.

A cultura das drogas em nossa sociedade também se arrasta nessa construção sistêmica em que, de acordo com a transformação social, ela toma um significado diferente conforme as experiências dos sujeitos. Sua comunidade, cultura local, religiosidade e espiritualidade também sofrem transformações ao longo dessa dinâmica social.

Quando se aborda cultura e drogas há uma necessidade de se entender que esta perpassa por uma construção histórico-social que tem seu desenrolar na colonização da América Latina pelos europeus e que deve ser entendida dentro de

uma abordagem histórico-cultural.

De acordo com Werner (2004) o homem não é representado pela máquina e nem pelo organismo vivo, mas como um sujeito que é construído por relações sociais. Essa abordagem refere-se ao homem em seu aspecto social e como se dão as suas relações sociais em si e com o mundo, estabelecidas por determinadas condições históricas.

Chauí (1989) descreve que o homem concreto em condições objetivas cria instrumentos e formas culturais de sua existência social, reproduzindo e transformando o social, o econômico, o político e o cultural. Werner (2000) ainda nesta linha de raciocínio sobre o homem como contexto histórico de sua cultura e sociedade, descreve que o homem não pode ser visto nem como algo mecânico, nem orgânico, e sim um ser constituído pelas suas relações sociais, dentro de uma visão sócio interacionista de Vygotsky.

2.1.1 Aspectos sócio-culturais: vinho, *ayahuasca* e folha de coca

Vários são os exemplos sociais sobre a cultura das drogas na nossa vivência. Ela existe desde a antiguidade e tempos remotos, e tinha uma utilização e um significado social e espiritual diferente.

Pode-se citar como exemplo o vinho, a folha de coca e a tão difundida *ayahuasca*, utilizados nas civilizações primitivas e no contexto histórico social das civilizações e sociedades modernas, perdurando até os dias atuais.

O vinho derivado da videira (*Vitis Vinífera*), devido as suas propriedades positivas, passou a ser cultivado e ganhou o prestígio na sociedade, Labet (2008). De acordo com os estudos da autora, o vinho tem um papel econômico-social importante no desenvolvimento das civilizações.

Era uma bebida da elite que passou a fazer parte das camadas mais populares da sociedade. Além de um objetivo medicinal, como alimento, instrumento social e símbolo de *status* social, conforme Guarinello (2008), o vinho também exerce o papel da degradação moral, pois por onde passa deixa marcas em todas as dimensões da vida social.

Segundo Kislinger (1991) o vinho sempre esteve ligado às religiões. Por ser o vinho uma bebida milenar, ele acompanha a transformação social e isto acontece de maneira muito natural socialmente. No catolicismo ele está ligado ao simbolismo da

transformação da água em vinho como no ritual da Santa Ceia de Jesus com os apóstolos. No islamismo o consumo de álcool é proibido, porém alguns vinhos com certificação podem entrar no país e serem consumidos pelos muçulmanos, a maioria não apresenta álcool em sua composição.

Conforme Kislinger (1991) por ser uma “droga” lícita e com um papel fundamental na política econômica do Estado, passou a ser aceito e valorizado e mesmo sendo utilizado por rituais religiosos ou permitido de acordo com determinadas leis religiosas, o uso é restringido.

Com relação à *ayahuasca*, Goulart (2008) remonta uma história cultural que mostra os estigmas sofridos pelos pioneiros de uma doutrina religiosa do Daime, em uma região castigada do Brasil, pobre de recursos humanos, sanitários, governamentais e assistenciais, que vê sua prática religiosa marginalizada como a macumba, feitiçaria e curandismo e pelo preconceito racial, pois parte da comunidade do Daime eram negros, conduzida por mestre Irineu na década 30 no Acre. Logo a doutrina religiosa se sacramentou e surgiram a UDV (União do Vegetal) e a Barquinha do mestre Daniel, no Maranhão.

Muitas foram as dificuldades enfrentadas, perseguições políticas, religiosas e de controle, mostrando que a prática desvirtuava a moral das pessoas, no entanto, a prática estava voltada à solidariedade e economia solidária, para uma melhor manutenção das famílias e da comunidade pobre de recursos governamentais.

A dificuldade sofrida pelos seguidores do Daime era provar que o chá não possuía substâncias tóxicas ou fazer qualquer tipo de droga que os levassem uma dependência ou para tráfico, comenta Goulart (2008), sendo apenas utilizadas nos rituais e cura medicinal.

Segundo Goulart (2008) em 2001, a SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas), juntamente com a PF (Polícia Federal) e o Ministério da Educação, formulou um questionário com 74 perguntas para representantes de entidades religiosas brasileiras que faziam o uso da *ayahuasca*, sendo que as perguntas tinham uma impressão sobre questões relacionadas a uma suposta exportação da planta para outros países.

Nesse sentido, é importante notar que o questionário da SENAD parece ter incorporado à preocupação de alguns grupos do campo *ayahuasqueiro* quanto à comercialização do chá, orientando-se, em parte, por uma lógica própria deste campo, ao enfatizar a relevância da “tradição” ou dos “rituais” no uso da bebida. (GOULART, 2008, p. 271)

Percebe-se então que num contexto cultural, a *ayahuasca* e a perseguição aos seguidores que faziam parte da doutrina religiosa e bebiam o chá estavam relacionadas a classes mais baixas e à questão racial, à perseguição, às práticas terapêuticas populares contra as práticas terapêuticas médicas. Assim a *ayahuasca* era vista por autoridades e não seguidores da crença como uma droga alucinógena e psicoativa, que possui capacidades tóxicas, não tendo legalidade médica.

Num contexto histórico e cultural, tanto o vinho quanto a *ayahuasca* são plantas que possuem suas características medicinais e são usados em rituais religiosos. Porém há uma diferenciação significativa em ambos, o vinho se alicerça num categoria de elite e o chá da *ayahuasca* se revela numa condição histórica, até nos dias atuais de uma classe marginalizada, de pessoas pobres, sem recursos, assistenciais, médicos e sociais e traz um estereótipo de uma cultura pagã.

Com relação à folha de coca mencionada nos estudos de Varella (2008) fornece uma leitura e entendimento do uso dessa planta marcada pela invasão espanhola e o cunho religioso trazido da Europa e a cultura religiosa dos Xamãs andinos na América Central.

Devido à cultura europeia e a religiosidade trazida pelos espanhóis dentro do catolicismo, o uso da coca aos índios era considerada danosa, sendo a coca em alguns momentos apresentada como algo que tira o ser do seu estado consciente para outra expansão da consciência. Muitas vezes puniam-se com severidade e violência (até com pena de morte) aqueles que estavam sob efeito da folha ou da borracheira (estado borracho-embriagado).

Segundo Varella (2008, p. 362): “Em tempos antiquíssimos, a bebedeira inocente não levava a vícios de comportamento. Já na era incaica, apesar da idolatria vincular-se à coca e à bebida alcoólica, existia, ao menos, o controle da embriaguez, e com rígidas punições”.

Os estudos de Henman (2008) identificam que a folha de coca gera um descontentamento tanto em sociedades antigas quanto no século XXI, que veem esta planta de forma desprezível, um prejuízo para a humanidade, que causa a dependência e a degradação do ser humano. O autor expõe que nos últimos 50 anos apenas duas pesquisas sobre essa planta foram realizadas: uma pela OMS entre 1992-1994 e a outra por Carter e Mamani em 1986 na Bolívia; ambas as pesquisas não tiveram prestígio e reconhecimento. Houve um desprezo em

reconhecer as propriedades dessa planta, não concebendo suas vantagens medicinais para a ciência.

Henmam (2008) critica em seus escritos e mostra que desde a era incaica a folha de coca era colocada em todos os adornos e artes daquela civilização e cultura e que devido à guerra contra as drogas este valioso patrimônio inca veio se perdendo com o discurso de combate ao narcotráfico e que a coca seria a causadora de toda a intriga e violência. Porém o autor considera que a culpa não é apenas de uma planta ou do narcotráfico, mas da modificação do modelo econômico que acentua as desigualdades de renda e cria uma população sem recursos e sem perspectiva.

Deste modo culpa-se a folha de coca pela destruição, mas existe uma importância maior que se torna a ruína, a folha de coca tem seu valor dentro de uma constituição histórica e subjetiva, conforme Henmam (2008).

Henmam (2008) conclui seu pensamento vendo a folha de coca nem como algo bom e nem como algo ruim, o que vai dizer se ela se torna boa ou ruim é o que está por detrás da sua utilização, depende da situação ética, moral, religiosa e espiritual de cada usuário que utiliza a planta, e que vai torna-la qualificada ou desqualificada. Assim com relação à folha de coca Henmam (2008) pontua que ela tem muito a nos ensinar em termos éticos, medicinais e sociais, o problema é que não sabemos ao certo qual será a sua lição.

Neste sentido o vinho, a *ayahuasca* e a folha de coca possuem historicamente, culturalmente e socialmente seu valor, que devem ser preservados, pois cada uma traz em si uma singularidade e historicidade que constituíam durante anos culturas e civilizações. A planta em si se torna inofensiva, mas a simbologia que ela manifesta nos indivíduos é que causa a degradação onde ocupa um papel de anjo ou demônio.

2.1.2 A Droga na América Latina uma questão multidimensional

Em uma Sessão Especial da Assembleia das Nações Unidas (UNGASS, 2016) os países latino-americanos tiveram que decidir sobre quais dimensões deveriam ser priorizadas sobre o problema das drogas na América Latina.

De acordo com Nicolás Comini (2016), mestre em Relações Interacionais da Universidade de São Salvador, as dimensões pontuais nas questões de que a

América Latina deveria avançar neste tema estão: segurança, iniquidade, a institucionalização e a cultura. O autor descreve que:

a) segurança

O problema das drogas ameaça a segurança nos mais diversos pontos de vista, tem-se o tráfico ilegal, criminalidade, armamento e terrorismo. Comini (2016, p. 01) pontua que:

Além disto, é importante destacar que a ilegalidade e criminalidade implicam uma violência radicalizada pela proliferação de armas de fogo de todos os tamanhos-pequeno, médio e pesado. Na América Latina, este coquetel explosivo teve como consequência alta índice de homicídios, superando a média de 70 casos por cada 100.000 pessoas. A cultura das gangs também prospera, trazendo consigo diversos tipos de violência interpessoal que se acentuam nos setores urbanos pobres das cidades com elevadas disparidades sociais e econômicas. Estes problemas têm se vindo a agravar pela produção e subministro das próprias armas de fogo. Na região, tanto as forças oficiais – militares intermediários e policiais – como as organizações criminosas usam armas produzidas nos mesmos lugares: Estados Unidos, Rússia, China, Europa, Israel. De acordo com o SIPRI, os interesses econômico dos Estados Unidos nas armas de fogo tem um efeito contágio nas políticas de drogas na América Latina. Washington é o maior exportador de armas a nível global, representando 31% do total do volume de armas exportadas entre 2010 e 2014. Assim mesmo, dito país depende da exportação de armamento para “ajudar a indústria de armas dos Estados Unidos para manter os níveis de produção enquanto decrescem os gastos militares daquele país.

b) iniquidade

O autor coloca que o uso de droga faz parte da história da humanidade e que não existe evidência empírica de que o mundo fosse livre de drogas, tanto a oferta quanto o consumo fazem parte da história da humanidade. O problema como coloca o autor é que os setores ricos e pobres não consomem o mesmo tipo de droga em qualidade, não contam com as mesmas oportunidades sociais e não têm acesso ao mesmo tipo de tratamento. Comini (2016) considera ainda que as condições sociais como analfabetismo e exclusão social restringem as opções e fortalecem as vulnerabilidades.

Num contexto de iniquidade estrutural – onde o 1% mais rico possui 48% do total mundial da riqueza – os países da América Latina e das Caraíbas continuam a exibir os índices mais altos de desigualdade de rendimentos do mundo (36%). A região é seguida pela África Subsaariana (28%). O futuro não parece muito promissor, já que alguns estudos prognosticam que 200 milhões de pessoas poderiam terminar num estado de pobreza na América Latina devido à desaceleração do crescimento econômico dos seus países. Esta situação apresenta-se como uma plataforma ideal tanto para o consumo de drogas como o aumento dos benefícios das organizações

criminosas. De acordo com o CEPAL, as taxas de pobreza multidimensional da região já mostram irregularidades graves. As estimativas mostram que mais dum quarto da população latino-americana encontrasse em condições de pobreza – mais de 165 milhões de pessoas – e 69 milhões estão em condições de indigência. Uí Hag sustinha que “propósito básico do desenvolvimento é ampliar as opções dos povos”. Manter as populações em situações de vulnerabilidade facilita o trabalho das organizações criminosas e aumenta o dano sobre o ambiente social. (COMINI, 2016, p. 03)

Caroline (2017) apoia os dados de Comini (2016), caracteriza que um dos principais problemas está vinculado ao crime organizado, sobretudo em relação ao tráfico de drogas, bem como a lavagem de dinheiro.

c) fatores institucionais

Há que se considerar que este fator trata-se da questão da impunidade e da corrupção. As operações criminosas muitas vezes em suas intervenções incluem membros do governo, do sistema judicial e das instituições religiosas, garantindo uma proteção e uma concessão financeira. Comini (2016) considera que o ato de alterar as tomadas de decisões no alto escalão e como serão feitas as leis contra as drogas apresenta uma consequência significativa sobre a aplicação dessas leis em âmbitos sociais.

Com relação aos fatores institucionais os dados apresentados por Nicolás Comini (2016) despontam que a prisão preventiva representa um claro sinal da tendência a alteração na tomada de decisões. No Brasil, por exemplo, o número estimado de casos de prisão preventiva é de 190.000; no Peru, Colômbia e na Argentina o número está entre 31.000 e 34.000, e 29.000 na Venezuela. Enquanto a proporção de pessoas em prisão preventiva dentro da população total prisional, a Bolívia (83.6%), o Paraguai (71.2%), a Venezuela (66.2%), o Peru (58.6%) e a Argentina (52.6%) apresentam os números mais altos. Quanto às prisões, 113 mil pessoas estavam nas prisões da Colômbia em 2014, sendo que tinham uma capacidade total de 76.000 prisioneiros. Esta sobrelotação nas prisões – próxima do 34% na Colômbia – é comum na América Latina. Os níveis de ocupação são de 298.7% na Bolívia, 153.9% no Brasil, 110.9% no Chile, 114.4% no Equador, 126.5% na Guayana, 163.4% no Paraguai, 231% no Peru, 104.8 no Uruguai e 269.8% na Venezuela. Apenas na Argentina (99.5%) e no Suriname (75.2%) as taxas de ocupação estão abaixo de 100% da capacidade oficial dos seus sistemas penitenciários.

d) cultura

Comini (2016) considera que a abordagem multidimensional para os problemas das drogas na América Latina é essencial. Esta abordagem multidimensional deve aprofundar numa esperança equilibrada, humana e científica; uma probabilidade que contribua a garantir os direitos fundamentais da saúde, do trabalho, da educação, da moradia e da participação social.

Assim conforme o autor exhibe, todo o processo para se trabalhar a questão multidimensional do problema das drogas na América Latina requer um trabalho de longa duração e deve partir de questões como o desenvolvimento das práticas preventivas, colocar em prática as atividades e ações, monitorar durante todo o processo de implementação e avaliar criteriosamente as políticas de prevenção do uso e tratamento das drogas. Com relação às medidas de redução de danos e aplicabilidade, deve ser visto como uma trajetória séria que tem por obrigação monitoramento constante e em longo prazo.

2.1.3 A Geopolítica das drogas na América Latina vista entre décadas

Martins (2013) em seus estudos, a propósito de geopolítica sobre drogas na América Latina, considera que os discursos médicos identificam o uso como uma doença e a droga como uma praga. Culturalmente usuários são estigmatizados como o malandro, viciado, que se constrói pelos meios de comunicação, que criam as especificações dos usuários com determinados tipos de drogas a partir de uma leitura intencional “[...] a droga é vista como um prazer proibido, flagelo, criando o estereótipo moral” (MARTINS, 2013, p. 02).

Caminhando para a contemporaneidade, na década de 50, a droga não tinha ainda a sua importância econômica, havia apenas a visão cultural, identificada através dos grupos marginais ou da alta sociedade, segundo Del Omo, 1990.

Del Omo (1990) destaca que, em termos geopolíticos o tratamento aos dependentes de heroína manifestou-se numa política externa e que preservava países colaboradores da CIA (Agência Central de Inteligência) durante a guerra do Vietnã, como os laboratórios europeus, mas desrespeitava os governos inimigos como, por exemplo, a China que fazia parte da rota do tráfico.

No início da década de 80, elevou-se o consumo da cocaína. Martins (2013) analisa que no ano de 1974, 5,4 milhões de pessoas haviam experimentado

cocaína, e em 1982, 21,6 milhões de pessoas nos EUA e América Latina. Nesta época também se acentua o consumo de outras drogas devido à proibição e à quantidade de ingestão pelo usuário do psicoativo, aumenta-se, por conseguinte, o uso de outras drogas para enfraquecer o uso da cocaína.

Atualmente o discurso das drogas centraliza-se na cocaína e assume um responsável sem rosto, chamado de narcotraficante ou o político-criminoso latino, como considera Martins (2013).

Portanto difunde-se na América Latina, o discurso médico-jurídico, unindo consumidor e traficante. “No Peru chega a tornar-se crime mastigar folha de coca, o consumidor deixa de ser ‘doente’ e passa a ser consumidor de drogas ilícitas” (MARTINS, 2013, p. 08).

Del Omo (1998) afirma que nos últimos 25 anos a atenção mundial sobre o fenômeno das drogas tem sido direcionado para a América Latina e Caribe, por ser o principal ponto de transferência das drogas (Caribe¹), consumidas (cocaína, maconha e heroína), nos países Europeus e nos EUA.

Del Omo (1998) destaca três pontos importantes que ajudam a explicar o fenômeno das drogas na América Latina:

a) crise econômica: com a crise muitos setores da população começaram a se dedicar à produção, exportação e manutenção do apoio logístico ao comércio das drogas. (DEL OMO 1998, p. 10). O desemprego de acordo com Martins (2013) forneceu o aparecimento de uma economia informal, o qual facilitou a inserção de pessoas na chamada “Economia Subterrânea”². Souza (2008) observa que essa

¹ Nos anos 70, o Caribe era uma área importante para o tráfico de cocaína, que na época era principalmente produzido na Colômbia. Os laços da região com os Estados Unidos e Europa Ocidental, juntamente com um litoral extenso e monitorado esporadicamente, criaram as condições necessárias para que os traficantes de cocaína expandissem seu mercado ao longo da década de 1980. Estima-se que a região tenha sido utilizada para passar aproximadamente 10% da cocaína para os Estados Unidos usando lanchas rápidas, contêineres ou embarcações de pesca privadas. Os "aviões Narco" (aviões leves que transportam drogas) também são frequentemente usados para o tráfico de cocaína em toda a região. O Conselho Nacional de Drogas da República Dominicana estima que em 2007 pelo menos 200 aviões sobrecarregaram o país lançando milhares de quilos de cocaína. A rota do Caribe para o sul da Flórida ainda está ativa, embora atualmente seja menos utilizada do que a rota pela América Central e México (Consórcio de Política Internacional de Drogas – IDPC. Disponível em: <<http://idpc.net/es/incidencia-politica/caribe?setlang=es>>. Acesso em 20/03/2018).

² A economia subterrânea é a produção de bens e serviços não reportada ao governo, deliberadamente, para: sonegar imposto, evadir contribuições para seguridade social, driblar o cumprimento de leis e regulamentações trabalhistas, evitar custos decorrentes das normas aplicáveis a cada sociedade (ÍNDICE DA ECONOMIA SUBTERRÂNEA – ETCO. Disponível em: <<http://www.etc.org.br/economia-subterranea/>>. Disponível em: 20/03/2018)

economia informal e paralela serve como válvula de escape e controle social da pobreza nos países periféricos, além de sufocar a luta de classes.

b) guerra contra a insurgência e consolidação da democracia: Martins (2013) estabelece que para criar um termo para a narcoguerrilha, narcoterrorista, narcosubversão ou narcoinsurgência, mostra-se uma atual guerra na sociedade. Com isso traça acontecimentos históricos na América Latina, EUA e Europa que ilustram essa construção do narco:

Em 1982, durante a investigação do contrabandista colombiano Jaime Guillot Lara, quatro funcionários do governo cubano foram acusados de utilizar Cuba como ponto de transferência no tráfico de drogas. A partir daí, começou-se uma campanha continental com a finalidade de relacionar outros Governos, como o da Nicarágua, com os principais traficantes colombianos. Os EUA, em 1984, acusaram traficantes de dar grandes somas de dinheiro a organizações revolucionárias como o Sendero Luminoso (Peru), as FARC e o M-19 (Colômbia). (MARTINS, 2013, p. 12)

Del Omo (1998) considera que na contemporaneidade surgiu um discurso complementar que dá prioridade à solidificação da democracia no continente, mas também aparecem as dificuldades originadas de uma contradição, por um lado a liberdade econômica, os direitos humanos, o modelo democrático; e do outro os severos controles que requerem as atividades ilícitas.

c) guerra contra as drogas: Com relação a esse tema os EUA traçaram duas estratégias paralelas: a primeira a eliminação da droga antes da entrada no país e a eliminação dos traficantes. Del Omo (1998) expõe que o principal alvo foi o ataque aos traficantes, através do confisco de seus bens e patrimônio, dentro de pressões diplomáticas, para implantar medidas contra a lavagem de dinheiro. Também existe a presença militar norte-americana na área andina, principalmente Colômbia.

Assim Martins (2013) enfatiza que ao mesmo tempo em que existe uma pressão interna e externa, para que o Estado aprofunde o combate às drogas, entende-se que essa repressão pode gerar mais pobreza e desigualdade. Em termos dos países mais visíveis na América Latina, a Venezuela é apontada como um país de circulação da droga e também um ponto importante para lavagem de dinheiro, conforme Del Omo (1998).

De acordo com as pesquisas de Martins (2013) a Bolívia e o Peru permitem o cultivo da folha de coca para a sua mastigação. Nesse sentido, a industrialização da folha de coca para exportação dificulta o estabelecimento de limites do legal e do

ilegal. Continuando a ideia do autor o cenário da Colômbia, expõe uma alta complexidade, pois se apresenta com vários conflitos: o narcotráfico, a guerrilha, o exército e os paramilitares, onde se apresentam em conflito e também favorecem a mediação entre camponeses cultivadores e compradores.

Na região andina (América Latina), antes o problema das drogas era visto como um produto de consumo norte americano, hoje é uma questão de saúde pública e de lei. O crescimento dos negócios das drogas passou a ameaçar a segurança nacional do Estado, quando este não foi mais capaz de conter a pobreza da população, analisa Martins (2013).

2.1.4 Histórico das drogas no contexto brasileiro

No Brasil começa, então, uma fase de repressão pelo forte autoritarismo na década de 60, fortalecendo a repressão de um lado e a liberalidade de algumas questões acrescidas pelos grupos estudantis e ativistas jovens.

A cultura das drogas, prevalecente nas décadas de 1970 e 1980, foi aquela do contexto punitivo e coercitivo, no qual o uso poderia ser corrigido através de medidas educativas no ambiente familiar. Destaca-se que cabe aos pais educar seus filhos alertando para o perigo das drogas.

Bacellar (2003) considera que os valores que foram repassados de geração a geração e a ideia repressivo-punitiva passaram do combate às drogas ao indivíduo chamado usuário. Há uma falsa ideia de que estabelecer uma guerra contra o usuário de drogas fará a sociedade vitoriosa. O autor ainda considera que há a falsa ideia de que, ao se punir o usuário, deixa de existir o traficante e o investidor do tráfico. Atualmente o consumo de drogas é um dos mais inquietantes problemas de saúde pública.

O Relatório Brasileiro sobre Drogas³ (BRASIL, 2009) indica um aumento do uso de drogas ilícitas no Brasil, este apresenta os seguintes indicadores: nos anos de 2001 a 2007 há uma tendência do aumento de apreensão de cocaína no Brasil. O ano de 2007 foi o ano que mais registrou apreensões de drogas, como o crack, pasta-base, a maconha, haxixe e ecstasy. Também o Relatório revela índices estatísticos como: 1,2% de todas as internações que tem lugar no SUS (Sistema

³ Relatório Brasileiro sobre Drogas. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/arquivos/DrogasResumoExecutivo.pdf>>. Acesso em 23/08/2018

Único de Saúde) está diretamente coligado ao uso de drogas. No ano de 2007, 138.585 internações tiveram como diagnóstico principal algum transtorno mental e comportamental causado pelo uso de drogas; 69% das internações foram causadas pelo uso de álcool, e a cocaína está associada a 5%.

O levantamento de dados epidemiológicos nos ajudam a elaborar indicadores, no qual mostra-se necessária a formulação de políticas públicas mais consistentes em alinhamento com os dados empíricos, conforme Reis e Bastos (2016).

De acordo com os autores acima, falar em epidemiologia⁴ do uso das drogas não significa que exista uma epidemia de consumo de drogas no Brasil e sim que há um interesse em entender como se dá este fenômeno, distribuição no espaço e suas possíveis alterações ao longo do tempo.

Estudos e pesquisas realizados pela SENAD demonstram a importância dos indicadores e levantamentos epidemiológicos, pois através deles se permitem melhorias e avanços nas formulações de políticas públicas. Assim pode-se entender, com o passar dos tempos, as novas drogas que surgem e também as questões socioculturais, por meio das políticas de controle e pela atuação dos órgãos de segurança pública.

Reis e Bastos (2016) consideram que os dados existentes no Brasil ainda são poucos, para responder significativamente à grande parte de questionamentos referentes aos temas sobre as drogas, que se caracteriza como complexo e polêmico. Os autores ainda descrevem sobre o consumo das drogas no país que ocorreu no final da década de 80 na contestação da política norte-americana: Guerra contra as drogas.

Tal política resultou em um sentimento de pânico também no Brasil, pois as mídias nacionais disseminaram notícias alarmistas sobre o tráfico e o

⁴ **Levantamentos epidemiológicos:** fornecem dados diretos sobre a magnitude ou transcendência (isto é, o tamanho e a gravidade) do consumo de drogas de uma determinada população ou meio ambiente num período determinado. Esse tipo de levantamento que retrata a natureza do consumo de drogas no país deve ser realizado com uma amostra da população-alvo. Geralmente é realizado em domicílios, escolas e universidades, e com a população em situação de rua. Há, ainda, estudos com populações específicas como profissionais do sexo, policiais, entre outros.

Indicadores epidemiológicos: fornecem dados diretos sobre o consumo de drogas. Essa é uma abordagem complementar quando se deseja estudar o consumo de drogas de determinada população. Nesse tipo de estudo, as pessoas não são entrevistadas diretamente. Os dados são coletados a partir de estatísticas referentes a: (a) internações hospitalares por dependência de drogas; (b) atendimentos de emergência por overdose, em serviços de saúde; (c) apreensões de drogas realizadas pela Polícia Federal; (d) prisões por tráfico etc. (Pesquisas sobre o consumo de drogas no Brasil - Eixo Políticos e fundamentos. Disponível em: <<http://aberta.senad.gov.br/>>. Acesso em 23/08/2018).

consumo de drogas, principalmente entre estudantes. Essas informações, porém, eram basicamente fruto de suposições, uma vez que, na época, não existiam dados estatísticos sobre essas questões. (REIS E BASTOS, 2016, p. 05)

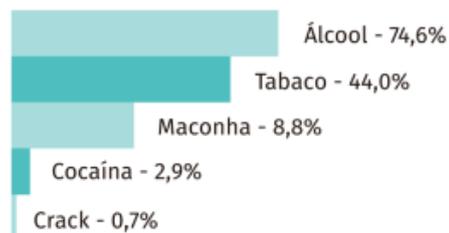
Pesquisas realizadas no Brasil, através da SENAD (2016) e informadas no portal de formação: sujeitos, contexto e drogas-eixos, políticas e fundamentos resultaram nos seguintes dados estatísticos:

a) uso de drogas na população geral brasileira, realizada através de investigações domiciliares. Foram realizadas duas edições uma em 2001 e outra em 2005. Nos resultados de 2005 cerca de 60, 1% disseram que era muito fácil conseguir maconha caso desejassem, a faixa-etária dos entrevistados estava entre 18 e 24 anos (74 2%); 51, 1% consideram o acesso relativamente fácil à cocaína e 43,9% o acesso ao crack mais restrito, nenhum dos sujeitos entrevistados disseram ter usado heroína no último ano, porém 1/3 apontaram que conseguiriam a droga com facilidade, fator que surpreendeu devido à heroína não ser uma droga de rua no Brasil.

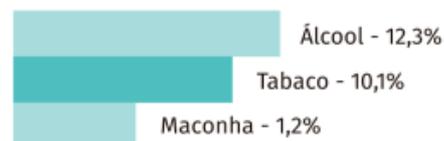
Figura 1 – Caracterização do consumo de drogas e de dependentes no Brasil

Caracterização do uso das drogas

Quadro do consumo de drogas utilizadas na vida



Quadro de dependência observado no uso de drogas



Fonte: Brasil 2016, p. 11.

b) no caso do uso de drogas em universitários brasileiros, um único foi realizado em 27 capitais dos Estados brasileiros entre universidades públicas e privadas e apresentado à SENAD até o momento. Tendo os seguintes dados levantados: o álcool foi a substância mais consumida com uma porcentagem de 72%, nos últimos 12 meses; 80% já consumiram algum tipo de bebida alcoólica; 36% consumiram drogas ilícitas sendo a maconha a mais usada, com 14%; das drogas sintéticas como o ecstasy, 3,1%; 20% das universidades possuíam algum

programa ou projeto de orientação ao uso de tabaco, álcool e outras drogas; 2,8% dos universitários já consumiram tabaco. Em pesquisa também revelou que o consumo de drogas ilícitas foi mais presente nas regiões sul/sudeste e menos frequente nas regiões norte/nordeste.

SENAD em (2016) aponta ainda o consumo de crack. Em pesquisa realizada também nas 27 capitais do país. Nesta mesma circunstância a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em parceria com a SENAD, buscou investigar a prevalência de crack e ou similares, usando uma metodologia diferenciada (*Network Scale-up*)⁵ para estimar o número de usuários de crack no país. Este estudo foi relevante, pois fugia da metodologia tradicional e apresentou um resultado expressivo de 370 mil usuários de crack, sendo que na metodologia convencional o resultado seria de 48 mil.

A droga se encontra em todo contexto social, e cotidianamente os usuários estão próximos de crianças, adolescentes, classes sociais diversas e no âmbito familiar. A ajuda se faz necessária para uma reestruturação dos aspectos do desenvolvimento humano nas esferas fisiológicas, biológicas e psicológicas.

É notória a importância da reintegração do usuário de drogas num contexto social e a sua inserção novamente no ambiente familiar. Para isso, faz-se necessário que os segmentos sociais, como o Estado, as comunidades eclesiais de base, a comunidade civil e os setores de segurança pública, sejam solidários, mantendo condições satisfatórias para que os programas de políticas públicas e assistenciais ocorram.

2.4 Políticas Públicas e programas psicossociais de álcool e drogas

2.4.1 A legislação brasileira sobre drogas e a sua construção

A legislação brasileira em relação às drogas percorreu um longo processo histórico mantendo uma ordenação entre as ações de combate e punição para

⁵ *Network Scale-up* (<http://nersp.osg.ufl.edu/~ufruss/scale-up.htm>) é uma pesquisa domiciliar que estima, de modo mais preciso, populações consideradas de difícil acesso. Essa metodologia é diferenciada, pois a pesquisa é realizada de modo indireto; assim, não são feitos questionamentos referentes ao consumo de drogas dos participantes, mas sobre o comportamento de outros sujeitos, pertencentes à sua rede de contatos. (Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_2/abep2010_2525.pdf>. Acesso em 23/08/2018).

reduzir o tráfico, passando por várias construções de Leis e decretos até chegar à construção que se tem atualmente.

Bacellar (2003) busca na história do Brasil delinear como se deram as formas de composição da legislação brasileira, que teve seu início nas leis da coroa portuguesa no reinado de Felipe II. Este primeiro movimento foi com o objetivo de organizar junto a Portugal as colônias conquistadas fora da Europa e também impor regras às pessoas expulsas e exiladas nas colônias e que portassem qualquer tipo de substância tóxica trazida da África. Foi então que começaram a vigorar as primeiras leis punitivas no Brasil (SENADO FEDERAL, 2017)⁶.

Montagnoli (2011) descreve que ao analisar o século XV já havia em Portugal diversas leis, derivadas das culturas romanas, germânicas e eclesiásticas, mas faltava sistematização para a possibilidade de uma ideia jurídica. Na Ordenação das Filipinas fica claro que quem manda é o rei, cujo poder provém de Deus, justificando-se os aspectos políticos-religiosos.

“As Ordenações Filipinas resultaram da reforma feita por Felipe II da Espanha (Felipe I de Portugal), ao Código Manuelino, durante o período da União Ibérica”. Continuou vigido em Portugal ao final da União, por confirmação de D. João IV. Até a promulgação do primeiro Código Civil brasileiro, em 1916, estiveram também vigentes no Brasil. (SENADO FEDERAL, 2018)⁷

A legislação seguinte promulgada no Brasil foi o Código Criminal do Império (1830):

O Código criminal do Império do Brasil foi o primeiro Código surgido após a proclamação da Independência. Foi elaborado em decorrência da recomendação contida no art. 179, parágrafo 18, da Constituição política de 1824, que previa o quanto antes, a organização de "um Código criminal, fundado nas sólidas bases da justiça e da equidade". O ponto de partida foram dois projetos apresentados à Câmara Legislativa, em 1827, pelos Deps. Bernardo Pereira de Vasconcelos e Clemente Pereira. Houve proposta de fusão dos dois projetos, todavia, por ser considerado mais completo, deu-se preferência ao projeto de Bernardo Pereira de Vasconcelos. Após os trâmites legislativos, aproveitando também parte do projeto de Clemente Pereira, foi aprovado um substitutivo, que recebeu o nome de Código Criminal do Império, sendo sancionado por Decreto de 16-12-1830 e mandado executar por carta de lei de 8-1-1831. O Código Criminal do Império era composto de quatro partes, subdivididas em títulos, abrangendo um total de 313 artigos. Essas partes tinham as seguintes

⁶ Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/iniciativas-do-governo-no-combate-as-drogas/historia-do-combate-as-drogas-no-brasil.aspx>>. Acesso em

⁷ Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/242733>>. Acesso em 25/03/2018.

denominações: Parte I - Dos crimes; Parte II - Dos crimes públicos; Parte III - Dos crimes particulares; Parte IV - Crimes policiais. (SENADO FEDERAL, INSTITUCIONAL, BIBLIOTECA DIGITAL, 2018)⁸

Barcellar (2003), nesta construção histórica sobre as primeiras leis no Brasil, cita o código penal de 1890, que foi o primeiro código penal da República do Brasil. Este código foi criado para que se estabelecesse a ordem social e a criação de estruturas administrativas. O código chegou a ser alvo de duras críticas nos setores da elite republicana em se tratando da criminologia e das práticas penais, mas não sofreu alterações no governo da primeira República no Brasil.

De acordo com Dantas (2017) a década de 60 passa a ser considerada um marco divisório entre modelo sanitário e modelo bélico da política criminal contra as drogas. O modelo bélico durou até a década de 70, data em que o Brasil passava por um momento de abertura política, que teve um reflexo na legislação às drogas.

Em 1976 foi promulgada a lei nº6. 368 (BRASIL, 1976) a chamada “Lei de Tóxicos”, em substituição a legislação. Segundo Dantas (2017, p. 19):

Essa legislação, por um lado, incorreu num certo avanço, vez que criou um delito próprio para a posse de entorpecentes, desassociando esse tipo do tráfico e abrandando a pena para seis meses a dois anos e multa, embora ainda tenha mantido o controle penal sobre o usuário à luz do modelo médico-jurídico agravando, ao mesmo tempo, as penas relativas ao crime de tráfico.

Com a Constituição de 1988, determinou-se o crime de tráfico inafiançável e sem anistia como considera o artigo 5º da constituição:

XLIII - a lei considerará crimes inafiançáveis e insuscetíveis de graça ou anistia a prática da tortura, o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, o terrorismo e os definidos como crimes hediondos, por eles respondendo os mandantes, os executores e os que, podendo evitá-los, se omitirem”. (SENADO FEDERAL, art.5º, 2017)⁹

Duarte e Dalbosco (2011) consideram que o Brasil iniciou uma política nacional sobre o tema da redução da demanda e oferta sobre drogas na XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas. Com isso, o CONFEN (Conselho Federal de Entorpecentes) criou a SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas), que estava inteiramente ligado a Casa Militar da Presidência da República e mais tarde

⁸ Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/221763>>. Acesso em 25/03/2018.

⁹ Disponível em: <http://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_04.10.2017/art_5_.asp>. Acesso em 25/03/2018.

passou a integrar o Ministério da Justiça pelo decreto-lei nº 7.426, de sete de janeiro de 2011.

A SENAD (Secretaria Nacional de Álcool e Drogas) apresenta como missão coordenar a Política Nacional Antidrogas por meio da articulação e integração entre governo e sociedade. Foi criada pela Medida Provisória nº 1.669, de 1998. Essa secretaria mobiliza diversos atores envolvidos com o tema para a criação da política pública brasileira.

Com as mudanças acontecendo em âmbito nacional, foi necessária uma atualização nos fundamentos da PNAD (Política Nacional sobre Drogas), levando-se em conta as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o país e o mundo vinham passando.

Como resultado, o prefixo “anti” da política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo “sobre”. Já de acordo com as tendências internacionais, com o posicionamento do governo e com demanda popular, manifestada ao longo de processo de realinhamento da política. (DUARTE; DALBOSCO, 2011, aula 2, p. 4)

A Política Nacional sobre Drogas esforça-se para que as ações realizadas apresentem-se de forma planejada e articulada, voltadas para o baixo índice do tráfico e da demanda existente.

Com esse intuito, a SENAD em 2006 coordenou trabalhos que culminaram na aprovação da Lei nº 11.343/2006, instituindo-se, assim, o SISNAD (Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas).

A Lei nº 11.343/2006 coloca o Brasil no cenário internacional sobre drogas ao instituir o SISNAD. A lei nasceu da necessidade dos dois instrumentos normativos anteriores: Lei nº 6.368(Brasil, 1976) e a Lei nº 10.409 (BRASIL, 2002).

Essa Lei prescreve medidas de prevenção do uso indevido de drogas, reinserção e atenção social de usuários e dependentes de drogas, estabelecendo normas para a repressão à produção não autorizada e o tráfico ilícitos de drogas, entre outros.

Assim, o artigo 3º da Lei 11.343/2006 prevê as atribuições do SISNAD: “I – a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes. II – a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas” (BRASIL, 2006).

Dois anos mais tarde, foi instituída a Lei nº 11.754/2008. Essa Lei tornou-se importante devido à descentralização por meio dos conselhos estaduais e municipais.

Nesse sentido, foram consideradas algumas atribuições para o CONAD e para a SENAD.

1. Atribuições do CONAD:
 - Acompanhar e atualizar a Política Nacional sobre drogas, consolidada pela SENAD;
 - Exercer orientação normativa sobre ações de redução da demanda e da oferta de drogas;
 - Acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas e o desempenho dos planos e programas da política Nacional sobre drogas;
 - Promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal.
2. Atribuições da SENAD:
 - Articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, atenção à reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
 - Consolidar a proposta de atualização da Política Nacional sobre drogas (PNAD) na esfera de sua competência;
 - Definir estratégias, elaborar planos, programas e procedimentos para alcançar as metas propostas na PNAD e acompanhar a execução;
 - Gerir o fundo Nacional Antidrogas e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID);
 - Promover o intercâmbio com organismos internacionais em sua área de competência. (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, SENAD, 2011, p. 19-20)

O trabalho da SENAD é desenvolvido em três eixos principais:¹⁰

a) diagnóstico situacional;

¹⁰ **1. Diagnóstico Situacional:** realização de estudos que permitam um diagnóstico sobre a situação do consumo de drogas no Brasil e seu impacto nos diversos domínios da vida da população. Esse diagnóstico vem se consolidando por meio de estudos e pesquisas de abrangência nacional, na população geral e nas específicas que vivem sob maior vulnerabilidade para o consumo e o tráfico de drogas.

Ações: realização de levantamentos sobre uso de drogas em diversos segmentos da população brasileira, como na população geral, entre estudantes, povos indígenas, crianças e adolescentes, população carcerária, entre outros.

2.Capacitação de agentes do SISNAD: capacitação dos atores sociais que trabalham diretamente com o tema drogas e também de multiplicadores de informações de prevenção, tratamento e reinserção social.

Ações: Cursos e formação para conselheiros municipais, operadores do direito, lideranças religiosas, educadores, profissionais das áreas de saúde, segurança pública, empresas/indústrias, entre outros.

3.Projetos estratégicos: projetos de alcance nacional que ampliem o acesso da população às informações, ao conhecimento e aos recursos existentes na comunidade.

Ações: parceria com estados e municípios para fortalecimento dos Conselhos sobre Drogas; apoio técnico

e financiamento a projetos por meio de subvenção o social; implantação do Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre Drogas (VIVAVOZ); ampliação e fortalecimento da cooperação internacional; criação da Rede de Pesquisa sobre Drogas, entre outros (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. SENAD. **Integração de Competências: No desenvolvimento da atividade Judiciária com usuários e dependentes de drogas.** 2011 p. 21-22).

- b) capacitação de agentes do SISNAD;
- c) projetos estratégicos.

O problema das drogas afeta de forma sistêmica todas as esferas sociais: escolas, comunidades, educadores, famílias, profissionais de diversas áreas e os cidadãos em geral.

Silva (2016) descreve que a Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), no artigo 3º, constitui que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família. Sendo assim, o autor considera que a família também foi eleita para o resgate do usuário de drogas.

O autor citado acima reconhece que, no caso de o membro da família ser usuário e ter atendimento específico nas redes de tratamento psicossocial e assistencial, a família também deve ser tratada e acompanhada. Porém, a Legislação desconheceu a complexidade do tema (SILVA, 2016). Nesse contexto, as famílias também tornam-se dependentes do próprio problema instalado, gerando um comportamento de codependência.

Sendo assim, falar de legislação implica remontar uma linha histórica entre leis, decretos, e entender a construção e consolidação dos conselhos e secretarias que tratam do assunto.

Os programas assistenciais e as redes de apoio passam a ter papel relevante na promoção e prevenção na política sobre álcool e outras drogas.

2.4.2 Políticas Públicas e Programas Psicossociais de Álcool e Drogas

O programa de políticas públicas sobre álcool e drogas contribui significativamente para o fortalecimento das redes de atenção, com o objetivo de respeito às diferenças, humanização da questão-problema, de acolhimento e à não estigmatização dos usuários e suas famílias (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/SENAD, 2012, p. 287).

Assim, para entender como funcionam as políticas públicas sobre álcool e outras drogas em âmbito social, faz-se necessário ter um conhecimento geral de como as nações lidam com este problema global, pois os problemas das drogas não é particular apenas de algumas nações, sendo que as redes de narcotráficos se

interligam montando suas rotas e por onde passam deixam um rastro de criminalidade. Desse modo, a Europa, EUA, América Latina buscam medidas para a amenização do problema que refletem consideravelmente os modelos de políticas públicas no Brasil.

No que se refere às políticas e legislações determinadas na Europa, essas conferem uma estratégia de políticas que abrangem substâncias lícitas e ilícitas e novas substâncias psicoativas, através de reforços de fundamentação científica na redução das ofertas, desempenhados pelos mecanismos de coordenação da União Europeia, segundo o Observatório Europeu de Droga e da Toxicodependência (2012).

De acordo com as descrições mantidas no Observatório Europeu (2012)¹¹ os documentos de política nacional abrangem as seguintes questões: da redução da procura e da oferta de drogas, incorporando sistemas de avaliações e mecanismos de coordenação. Como resposta aos problemas de drogas na Europa, as intervenções estão pautadas na prevenção, estratégias ambientais, prevenção universal, prevenção seletiva, prevenção específica, tratamento, reintegração social e redução de danos.¹²

No que tange aos EUA, as políticas sobre drogas estão pautadas no controle de entrada no país, o qual mantém fiscalização principalmente na fronteira do país latino (México).

De acordo com Reuter (2008), o início se deu no mandato do presidente Nixon na década de 70, mas foi no mandato do presidente Reagan que se enfatizou as medidas de controle, principalmente contra os vendedores de cocaína. Na presidência de Bill Clinton as medidas com relação às drogas se tornaram mais severas quanto dos presidentes W. Bush e George W. Bush.

¹¹ Disponível em: <https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/emcdda_pt>. Acesso em 27/03/2018.

¹² OEDT, 2012. **A Evolução do Fenômeno da droga na Europa**, p. 33-44, Lisboa, Portugal. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/973/TDAC12001PTC_.pdf>. Acesso em 27/03/2018.

Reuter (2008) avalia que os planos políticos contra as drogas nos EUA além do controle da entrada de entorpecentes estão voltado para medida de repressão, tratamento, prevenção e programas internacionais.¹³

Segundo dados do US Centers for Disease Control and Prevention (2017) entre 2000 e 2015 mais de 500mil pessoas morreram de overdose em 2016. Os indicadores mostraram 21% com relação a 2015, com cerca de aproximadamente 64 mil pessoas mortas¹⁴.

Segundo informações da EBC Agência Brasil (2018).¹⁵ O pronunciamento, Donald Trump anunciou um Plano Nacional de Combate às drogas. As medidas tomadas estão relacionadas à restrição de vendas de medicamentos derivados do ópio¹⁶, custeio para tratamento de dependentes e pena de morte para traficantes. Souza (2006) analisa que entre Europa e EUA, a primeira apresenta um trabalho mais de cunho político sobre as experiências desenvolvidas pelo Estado e o segundo mantém um projeto mais de cunho acadêmico sem estabelecer relações de

¹³ Medidas de repressão: a consequência mais notável derivada desta ênfase nas medidas de repressão é que produziu a prisão de um imenso número de pessoas por crimes relacionados a drogas.

Tratamento: A cada ano, aproximadamente 1 milhão de pessoas recebem tratamento por abuso de substâncias (excluindo o uso isolado de álcool). Ainda que pareça grande, este número é pequeno se comparado às estimativas sobre o número total de pessoas que precisam de tratamento. O tratamento não é só inadequado em termos do número de vagas disponíveis, mas também em função da baixa qualidade em geral. O tratamento para drogas, particularmente o tratamento de manutenção com metadona, se encontra separado da Saúde Pública convencional. Prevenção: Existe um entusiasmo geral pelos programas de prevenção, considerados do ponto de vista conceitual. De acordo com os padrões internacionais, os EUA gastam uma grande quantidade de dinheiro em prevenção per capita de seu orçamento destinado ao controle de drogas. Programas Internacionais: Os gastos em programas para países que são fontes de drogas (erradicação, desenvolvimento alternativo, capacitação para policial, equipamento, etc.) constituem uma pequena parcela do que os EUA gastam no controle de drogas. Mesmo quando o Plano Colômbia se encontrava em seu momento de maior expansão, os EUA gastavam menos de 1.5 bilhões de dólares nesses programas, menos de 10% do gasto federal para controle de drogas e menos de 5% do gasto total do Estado dedicado ao controle de drogas (REUTER, 2008, p. 08-11).

¹⁴ CDC, 2017. **ANNUAL SURVEILLANCE REPORT OF DRUG-RELATED RISKS AND OUTCOMES**, p. 20-27, UNITED STATES. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/drugoverdose/pdf/pubs/2017-cdc-drug-surveillance-report.pdf>>. Acesso em 24/02/2018.

¹⁵ Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2018-03/plano-de-trump-para-combater-drogas-inclui-pena-de-morte-para>>. Acesso em 24/03/2018.

¹⁶ A morte por overdose de opiáceos, incluindo opióides prescritos e opiáceos ilícitos, quadruplicou desde 1999. A epidemia de overdose de opióides, que matou mais de 33.000 americanos em 2015, é composto por três ondas inter-relacionadas. A primeira onda começou em 1999 e inclui mortes envolvendo opióides prescritos. A segunda onda começou em 2010, com um rápido aumento no envolvimento de heroína mortes. Finalmente, a terceira onda começou em 2013, com aumentos significativos no envolvimento de opiáceos sintéticas mortes - particularmente as que envolvem fentanil ilícitamente fabricado (FMI) e análogos de fentanil. O mercado do FMI continua a mudar, e agora o FMI é encontrado em combinação com a heroína, contrafeita pílulas e cocaína (CDC, 2017, p. 26).

bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para estudos de ações do governo¹⁷.

Barra (2015) em seu artigo publicado pela Revista Nueva Sociedad, indaga que a política pública na América Latina apresenta caminhos possíveis, porém com obstáculos, sendo que esta lidera o movimento de reformas políticas que regulam as drogas psicoativas.

Assim o autor citado aponta que na América Latina a política contra as drogas está pautada na Regulação das drogas, ou seja, como regulamentar, o uso, a proibição, a prevenção, o tratamento, a comercialização e se é necessário liberar ou combater¹⁸. Os principais objetivos da Regulação Legal como política são: proteger, promover e melhorar a saúde pública.

Conforme Barra (2015) a Regulação das drogas propõe quatro metas principais: a primeira melhorar a segurança reduzindo o crime, a corrupção e a violência; a segunda proteger grupos populacionais mais vulneráveis, particularmente as gerações mais jovens; a terceira finalidade proteger e garantir o respeito e o exercício dos direitos humanos, e por fim, maximizar a eficiência dos gastos.

A partir desse lugar estratégico, os países latino-americanos podem abordar diversos desafios institucionais fundamentais. O Estado ganha uma oportunidade para promover revisões legais e mecanismos de funcionamento governamentais em, por exemplo, seus órgãos policiais e seu sistema de justiça penal. Além disso, estabelecer controles sobre as substâncias permite reduzir de maneira concreta a disponibilidade irrestrita que hoje impera nas ruas da região e facilita o melhor atendimento das necessidades de grupos vulneráveis e vulnerabilizados. Assim, o “problema das drogas” deixa de ser uma vulnerabilidade a mais. (BARRA, 2015, p. 12-13)

¹⁷ A política pública enquanto área de conhecimento e disciplina acadêmica nasce nos EUA, rompendo ou pulando as etapas seguidas pela tradição europeia de estudos e pesquisas nessa área, que se centravam, então, mais na análise sobre o Estado e suas instituições do que na produção dos governos. Assim, na Europa, a área de política pública vai surgir como um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e de uma das mais importantes instituições do Estado - o governo -, produtor, por excelência, de políticas públicas. Nos EUA, ao contrário, a área surge no mundo acadêmico sem estabelecer relações com as bases teóricas sobre o papel do Estado, passando direto para a ênfase nos estudos sobre a ação dos governos. (SOUZA, 2006, p. 21-22. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em 08/12/2017).

¹⁸ “A regulação legal das drogas apenas minimiza o predomínio do uso problemático e os riscos e danos associados ao consumo, incluindo a morte por overdose, ao oferecer informações completas e objetivas sobre as substâncias. Além disso, ela garante a existência e o acesso a serviços de prevenção, redução de danos, tratamento e reinserção social sempre que houver necessidade. A regulação elimina os obstáculos que limitam ou impossibilitam o acesso aos serviços de saúde e reestabelece a primazia da saúde pública na política relativa a drogas”. (BARRA, 2015, p. 12. Disponível em: <<http://nuso.org/articulo/politica-de-drogas-na-america-latina-obstaculos-e-proximos-passos/>>. Acesso em 28/03/2018).

Um dos países latinos que se destaca em políticas públicas é o Uruguai, apresentando-se com um papel significativo e forte da cultura democrática. As tomadas de decisões são baseadas no consenso social e na totalidade do cidadão uruguaio.

Reis (2017) comenta que o país tem a menor taxa de desigualdade social, com coeficiente de 45,5% em 2006 e em 2013 caiu para 38,4%. A população na linha de pobreza foi reduzida a 35% em 2002 passou para 12% em 2013.

O autor salienta que os indicadores sociais uruguaio são positivamente expressivos e que melhoraram com as políticas implementadas nos mandatos dos partidos Frente-amplistas (coalizão dos partidos de esquerda que atuam sob uma mesma legenda). Este mérito se deve à participação de uma sociedade sindicalmente organizada que participa ativamente através dos plebiscitos e amplia a margem de participação política.

Em nota, a revista online *Emergência Política* (2018), afirmou na gestão do presidente Mujica foram aprovadas, a lei do aborto (2013), casamento homoafetivo (2014) e a legalização da maconha (2014). Embora o presidente não fosse a favor de algumas, aprovou devido à mobilização da sociedade e decisões internas dos partidos.

Com isso percebe-se que no âmbito de políticas públicas alguns países buscam eficiência nas questões dos problemas sociais, desde que sejam discutidas pelos atores envolvidos de todas as classes sociais e que exista a lógica da inteligibilidade, dialogicidade e responsividade.

Nesta linha de raciocínio, Portugal, em termos de políticas sociais, tem apresentado uma resposta significativa, a qual envolve a sociedade civil nos problemas sociais do país com a finalidade de diminuir as desigualdades e melhorar as condições do bem-estar da sociedade.

Nesse sentido, Rodrigues *et al.* (2017) sintetizou os fenômenos da pobreza em Portugal e apresentou as iniciativas do Estado em termos de políticas públicas sociais para amenizar a situação no país. Tal trabalho se pautou na saúde dos cidadãos, na habitação, na família e na vulnerabilidade de menores.

Sobre a saúde, Rodrigues *et al.* (2017) descreve que Portugal universalizou através do Sistema Nacional de Saúde, em que todos os cidadãos tem direito aos cuidados médicos em geral, garantindo-se assim a proteção social à saúde.

Com relação à moradia, apresenta-se uma promoção habitacional juntamente com autarquias das comunidades civis, na tentativa de reduzir as carências habitacionais. O objetivo seria de facilitar a aquisição da casa própria, segundo o autor.

Na questão familiar e da vulnerabilidade de menores, Rodrigues *et al.* (2017) apresenta que são promovidas medidas de políticas sociais por meio do Projeto de Apoio Mínimo à Família e a Criança. Com relação a menores vulneráveis socialmente, o governo assegura programas de prevenção à vulnerabilidade a menores em risco de exclusão social, através de organizações tutelares.

Todo este aparato tem um envolvimento das entidades civis que assumem papéis de parceiros no processo de implementação e execução.

Silva (2016) apresenta uma visão sobre os estudos apresentados por pesquisadores em políticas públicas que estas se encontram ainda individualizados e advém dos diversos olhares concentrados na sociedade e nas suas necessidades, porém há um interesse econômico e mercadológico envolvido, permanecendo o interesse privado, que produz outra concepção de sociedade.

Para Souza (2006), políticas públicas constituem-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos para que tenham um resultado ou mudança no princípio de realidade e na vida do cidadão¹⁹.

2.4.3 Políticas Públicas no Brasil

Para Trevisan e Van Bellen (2008) as últimas décadas têm registrado o ressurgimento e crescimento do campo de conhecimento das políticas públicas no Brasil, isso se deve às transformações históricas, políticas e econômicas vivenciadas pela sociedade e que são encaradas pelo governo como desafios e se manifestaram em transformações sobre a forma de compreender, formular e avaliar as políticas públicas.

¹⁹ Vários conceitos foram se desenvolvendo para explicar políticas públicas. Laswell (1936) delinea que as decisões e análises sobre políticas públicas implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz. Lynn (1980) refere como um conjunto de efeitos e ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) define política pública como a soma das atividades dos governos que, diretamente ou não, influenciam a vida das pessoas (SOUZA, 2006, p. 05).

Em um estudo mais consistente Farah (2015, p. 15) em análise de políticas públicas no Brasil define que:

Inicialmente, a atividade de análise no Brasil se diferenciou da que deu origem ao campo de política pública nos EUA, pela não distinção entre o “analista” e o “tomador de decisão”: frequentemente, os que analisavam os problemas públicos e estudavam alternativas eram os mesmos que formulavam a política. Uma segunda especificidade brasileira consiste no próprio processo de formação dos “analistas”. Enquanto, nos EUA, houve institucionalização o da formação de servidores para a atividade de análise (diagnóstico de problemas e elaboração de alternativas), dando origem ao campo de política pública, no Brasil, a formação de administradores públicos concentrou-se nos meios da atividade governamental. A formação voltada aos fins da atividade estatal ocorreu de forma dispersa por várias áreas, como economia, engenharia, direito, medicina, arquitetura sociologia e assistência social. Não houve, assim, a delimitação de um objeto e de uma forma de analisá-lo. Tampouco se constituiu uma comunidade discursiva com uma identidade e uma agenda comuns.

Teixeira (2012) analisa que a política sobre drogas no Brasil se forma através de uma tríade: repressão-prevenção-tratamento. O autor aponta que a implantação do neoliberalismo no Brasil, identificado a partir dos anos 90, teve consequência na vasta desestruturação social, causada pelo aumento das desigualdades, redução de salários, aumento de taxas de desemprego e a precarização no mundo do trabalho que faz com que os indivíduos recorram a informalidade no trabalho.

Segundo Teixeira (2012) a partir década de 90, inicia-se no Brasil a implantação de medidas sanitarias para tratar da questão do usuário de crack a nível institucional.

O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, de iniciativa do Governo Federal, explicita no seu programa que O Plano é composto de ações de aplicação imediatas e ações estruturantes. Dentre as ações imediatas destacam-se aquelas voltadas para o enfrentamento ao tráfico da droga em todo o território nacional, principalmente nos municípios localizados em região de fronteira e a realização de uma campanha permanente de mobilização nacional para engajamento ao Plano. As ações estruturantes organizam-se em torno dos seguintes eixos: integração de ações de prevenção, tratamento e reinserção social; diagnóstico da situação sobre o consumo do crack e suas consequências; campanha permanente de mobilização, informação e orientação; e formação de recursos humanos e desenvolvimento de metodologias. (TEIXEIRA, 2008, p. 06-07)

Nas pesquisas realizadas por Boituex (2009), verifica-se que o Brasil adota uma política de drogas que pode ser classificada como proibicionismo moderado, pois mesmo o indivíduo sendo criminalizado, a lei permite medidas alternativas não privativas de liberdade. Ainda em seus estudos a autora constata que “o tipo penal

do tráfico qualifica-se como tipo aberto, estabelece penas desproporcionais e não diferencia as diversas categorias de comerciantes de drogas observados na realidade social” (BOITUEX, 2018 p.24).

No entanto, por serem as penas desproporcionais, as penitenciárias estão cheias, ao mesmo tempo em que o comércio, a produção e a demanda por drogas aumentam, assim como os lucros decorrentes dessas atividades, servindo a política de drogas brasileira apenas como um meio puramente simbólico de proteção à saúde pública, mantendo, na prática, a tradição brasileira de repressão e controle social punitivo dos pobres e excluídos. (BOITEUX, 2009, p. 25-26)

2.4.4 Os Programas Psicossociais na promoção e prevenção da Política Sobre Drogas

Com a Constituição de 1988, houve a descentralização da saúde, dando maior autonomia para os Estados e Municípios. Várias formas de assistência a essa problemática foram surgindo, como os conselhos federais, estaduais e municipais, que muito contribuíram para a melhoria e bem estar da comunidade na prevenção combate ao álcool e das drogas.

Portanto os conselhos gestores apresentam um papel relevante no processo de se fazer política pública. Eles estão previstos na Lei Orgânica Municipal e integram as três esferas da federação (legislativo, executivo e judiciário)²⁰.

Segundos informações do IBGE (2010), os conselhos podem ser, em sua forma de intervenção, consultiva, normativa e deliberativa. Para que os programas psicossociais tenham eficácia, a atuação dos conselhos deve favorecer o seu funcionamento no âmbito social e comunitário.

²⁰ Por ser uma federação, o Brasil, nos termos do art. 1º e do art. 18 de sua Constituição Federal, estabelece a sua organização político-administrativa prevendo o exercício do poder por suas unidades federativas. O município é uma das unidades federativas, ao lado da União, dos estados-membros e do Distrito Federal. Portanto, ao repartir o exercício do poder, a Constituição Federal, nos arts. 29 a 31, determinou ao município a responsabilidade de exercer, de forma autônoma, o chamado “poder local” devendo, para tanto, organizar-se, produzir leis de interesse predominantemente local, suplementar a legislação federal e estadual, quando for o caso, e exercer os controles de gestão. A lei orgânica do município, como o nome indica, é a lei que “organiza” o exercício do poder local, reafirmando os princípios e preceitos constitucionais, indicando as competências do poder executivo e do poder legislativo e determinando as diretrizes locais para as políticas de tributação e de finanças, de desenvolvimento econômico, social, ambiental e urbano. Por consequência, a lei orgânica do município deve ter conteúdo aberto, não restrito (SOUZA, 2014, IGAM).

Os conselhos municipais de álcool e drogas (COMAD) têm por objetivo fiscalizar, participar, contribuir com a produção do conhecimento e com o debate político no problema do álcool e das drogas, a fim de que haja uma compreensão melhor das ações que são realizadas no município (LEI MUNICIPAL Nº 7691/1994).

No que compete aos programas psicossociais estes foram desenvolvidos para atender uma parcela da sociedade que se encontra em situações de riscos e vulnerabilidade social, bem como os que se encontram na linha da pobreza e da deficiência mental e sofrimento físico e psíquico.

Kanstorski e Silva (2001) consideram que a atenção psicossocial se desenrola como um paradigma desestabilizador de tensões na operacionalização das práticas dos serviços de saúde. Nesse sentido, os autores colocam que em termos de atenção psicossocial existe uma dificuldade de entendimento do que era a atenção psicossocial e do que ela está sendo, e não deve ficar apenas no assistencial, mas sim trabalhar a prevenção e promoção de saúde.

Uma pesquisa realizada por Silva e Abrahão em 2016, através de artigos publicados na base de dados LILACS, MEDLINE e PUBMED publicados entre os anos de 2001 a 2016 detectou-se que “as repercussões das políticas acontecem na sua maioria em dispositivos como equipes de redução de danos, centros de atenção psicossocial especializados”. (SILVA; ABRAHÃO, 2016, p.08).

Neste estudo foi considerado que nos últimos 26 anos os movimentos que constituem a reforma psiquiátrica impetraram mudanças na assistência, que foram respaldadas por meio das legislações e normativas vigentes²¹.

Silva e Abrahão em 2016 apontam sobre a pesquisa que fizeram, em que os resultados obtidos nos estudos de Ramos e Brito (2015) consideram “a falta de

²¹ Houve um diferencial em relação ao financiamento dessas políticas públicas que estimulou aos gestores a criação de programas e projetos. Como exemplo, os centros de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas instituídos a partir da portaria GM/336 (Brasil, 2002) e a SAS/189 (MS, 2002), que norteia e define as diretrizes para a organização dos serviços para o cuidado dos adultos, crianças e adolescentes. A Portaria GM/816 (Brasil, 2002) cria no 4º âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. Logo, de acordo com MS4, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool Crack e outras Drogas (CAPSad), como dispositivo de produção de cuidado, deveria desenvolver projetos terapêuticos flexíveis e abrangentes, em consonância com a perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde, atuando em um território previamente definido e também voltado ao desenvolvimento de atividades terapêuticas e preventivas à comunidade (SILVA, M. A. B.; ABRAHÃO, A. L. Políticas Públicas para Atenção Integral a Saúde dos usuários de álcool e outras drogas na Saúde Mental do Brasil: revisão de literatura. **Diversitates: Intenacional Journal**, Niterói/RJ, v. 08, p. 03-19, 2016. Disponível em: <<http://diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/144>>. Acesso em 15/11/2017.

diálogo entre os diferentes níveis de gestão das políticas e também entre os serviços (profissionais da ponta, usuários e familiares)” (SILVA; ABRAHÃO, 2016, p. 10).

Silva e Abrahão (2016) ressaltam que os resultados obtidos apontam a importância dos atores: usuários, família e profissionais de diferentes instâncias. A fragilidade apontada se volta mais para o pouco espaço aos familiares como atores atuantes na construção do processo de cuidado.

Oliveira *et al* (2017) apresentaram uma pesquisa sociodemográfica e clínica realizada em um centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas (CAPS AD) no sul do país. Os resultados da pesquisa constataram que a maioria dos participantes eram do sexo masculino, solteiros, com ensino fundamental incompleto, desempregados e com renda familiar de um a três salários mínimos. Além disso, utilizavam o álcool como preferência e com históricos familiares de uso de substâncias psicoativas (Ver tabela 2 e 3).

Tabela 1 – Distribuição das pessoas atendidas em um CAPS AD segundo características sociodemográficas

Região Metropolitana de Curitiba, PR, Brasil, 2012. (N=163)		(conclusão)	
Características Sociodemográficas	N	%	
Situação empregatícia			
Autônomo(a)	22	13,5	
Carteira assinada	60	36,8	
Desempregado	74	45,4	
Do lar	4	2,5	
Estudante	3	1,8	
Renda familiar			
Sem renda familiar	24	14,2	
Até 1 salário mínimo	33	20,4	
1 a 3 salários mínimos	82	50,6	
4 a 10 salários mínimos	24	14,8	
Recebimento do auxílio doença do INSS			
Não	121	74,2	
Sim	42	25,8	

Fonte: OLIVEIRA *et alii* (2017). Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas atendidas em um CAPS ad do Sul do Brasil, p. 04.

Tabela 2 – Distribuição das pessoas atendidas em um CAPS AD segundo características clínicas Região Metropolitana de Curitiba, PR, Brasil, 2012. (N=163) (continua)

Características Clínicas	N	%
Tipo de substância psicoativa de primeiro consumo		
Álcool	116	71,2
Cocaína	2	1,2
Crack	1	0,6
Inalantes	1	0,6
Maconha	7	4,3
Tabaco	36	22,1
Diagnóstico de transtorno mental (CID-10) autorreferido		
F-10 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	85	52,1
F11 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos	1	0,6
F14 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de cocaína	6	3,7
F-19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas	26	16
Sem diagnóstico	24	14,7
Não sabiam informar	21	12,9

Fonte: OLIVEIRA *et al.* (2017). Perfil sócio demográfico e clínico de pessoas atendidas em um CAPS ad do Sul do Brasil, p. 05.

Os pesquisadores chegaram à conclusão com este estudo que o programa necessita de uma instrumentalização melhor para atendimento dos usuários do CAPS AD de Curitiba/PR, para uma melhoria da promoção da saúde. Contudo este estudo não deve ser visto de forma geral, mas pode ser útil a título de comparações em outras regiões.

Um levantamento apresentado pelo relatório da Organização das Nações Unidas no Brasil (ONUBR)²², publicado em 2010, contempla a dificuldade de atenção a esse grupo:

De acordo com a análise, a maioria dos programas de assistência à pobreza e ao desenvolvimento não atinge pessoas desse setor social. Dados mostram que 75% a 85% dos portadores de doenças mentais ou psicossociais não têm acesso ao tratamento médico. O desemprego é outro problema que alcança cerca de 90% dessas pessoas. Além disso, não são dadas oportunidades educacionais e profissionais para que esses indivíduos alcancem seu pleno potencial. Condições prioritárias de saúde mental incluem: depressão, psicose, suicídio, epilepsia, demência e doenças ligadas ao uso de álcool e drogas. (ONUBR, 2010, s/p)

²² Organização das Nações Unidas no Brasil (ONUBR). Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/onu-no-brasil/>>. Acesso em 20/11/2017.

Entende-se que os problemas de usuários dos programas psicossociais são multifatoriais, e que o adoecimento mental em muitos tem suas causas nos fatores ambientais e as situações em que as pessoas são expostas socialmente. Os programas psicossociais devem estar preparados para esta clientela que não traz consigo apenas as comorbidades das drogas, mas também o acúmulo de situações que propiciam o adoecimento em si.

2.4.5 O Centro de Assistência Psicossocial Álcool e Drogas III – CAPS ADIII

Os CAPS e CAPS ADs são programas específicos existentes na sociedade para trabalhar dentro da atenção básica com prevenção e promoção da saúde para todos os cidadãos e seus familiares.

De acordo com a Lei Nº 11.343/2006 (BRASIL, 2006)²³, torna-se responsabilidade das esferas públicas governamentais a assistência aos cidadãos postos em risco e vulnerabilidade social, bem como seus familiares.

O CAPS AD III é um centro de atendimento específico para o tratamento de álcool e drogas, instituído pela portaria N.º 2.841 de 20 (BRASIL, 2010).

§ 1º Entende-se por CAPS AD III aquele estabelecimento destinado a proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, com funcionamento durante as 24 horas do dia, inclusive nos feriados e finais de semana. (BRASIL, 2010, portaria 2841/2010, p. 03)

²³ Art. 1º Esta Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes.

Art. 18. Constituem atividades de prevenção do uso indevido de drogas, para efeito desta Lei, aquelas direcionadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e para a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção.

Art. 19. VII – o tratamento especial dirigido às parcelas mais vulneráveis da população, levando em consideração as suas necessidades específicas;

VIII – a articulação entre os serviços e organizações que atuam em atividades de prevenção do uso indevido de drogas e a rede de atenção a usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares;

Art. 22. IV – atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais.

Art. 23. As redes dos serviços de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios desenvolverão programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas, respeitadas as diretrizes do Ministério da Saúde e os princípios explicitados no art. 22 desta Lei, obrigatória a previsão orçamentária adequada (BRASIL, LEI ANTIDROGAS, 2006, p. 9-21).

De acordo com a portaria citada, os CAPS ADs III devem conter as seguintes características:

- a) constituir-se em serviço aberto, de base comunitária que funcione segundo a lógica do território, e que forneça atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;
- b) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental, álcool e outras drogas, no âmbito do seu território;
- c) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regular e articular as ações de atenção integral aos usuários de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do seu território;
- d) coordenar, acompanhar e supervisionar, por delegação do gestor local, internações em hospital geral e unidades especializadas, no âmbito de seu território;
- e) realizar ações de apoio matricial na atenção básica, no âmbito de seu território;
- f) realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental;
- g) funcionar, de forma articulada, com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU-192 e com a rede de urgência/emergência local/regional;
- e
- h) articular-se com a rede de proteção social de seu território de atuação, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário. (BRASIL, portaria 2841/2010, p. 05)

Das atividades e ações realizadas, contam-se as seguintes:

- a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);
- b) atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c) oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d) visitas e atendimentos domiciliares;
- e) atendimento à família;
- f) atividades de integração na comunidade, na família, no trabalho, na escola, na cultura e na sociedade em geral;
- g) acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com, no mínimo, 8 (oito) e, no máximo, 12 (doze) leitos, para realizar intervenções a situações de crise (abstinência e/ou desintoxicação sem intercorrência clínica grave e comorbidades) e, também, repouso e/ou observação;
- h) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária dos quais assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 4 (quatro) refeições diárias;
- i) a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno, caso seja necessário prolongar-se para além do período médio de 2 a 5 dias, fica limitada a 10 (dez) dias corridos ou 14 (quatorze) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias; e
- j) estratégias de redução de danos dentro e fora do CAPS AD III, em articulação com profissionais da atenção básica. (BRASIL, portaria 2841/2010, 2010, p. 05)

Por fim, a portaria também regulamenta sobre os recursos humanos e a equipe técnica que deverá compor o sistema operacional:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS AD III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a) 1 (um) médico clínico;
- b) 1 (um) médico psiquiatra;
- c) 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- d) 5 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- e) 4 (quatro) técnicos de enfermagem;
- f) 4 (quatro) profissionais de nível médio: redutor de danos, técnico administrativo, técnico educacional, artesão e/ou outros. Para cada período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta, por:
 - a) 1 (um) profissional de nível superior;
 - b) 3 (três) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;
 - c) 1 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

Para cada período de 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta de modo a cobrir todos os turnos por:

- a) 1 (um) profissional de nível superior entre as seguintes categorias: Médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;
- b) 3 (três) técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço; e
- c) 1 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

Observação: O gestor local deverá garantir a composição da equipe técnica mínima em situações de férias, licenças e outros eventos. (BRASIL, 2010, p. 05)

2.4.5.1 Histórico do CAPS ADIII de Gurupi/TO

O CAPS ADIII – Regional Nova Vida encontra-se em Gurupi – TO. Inicialmente esteve localizado na Avenida Amazonas, nº 833, entre as ruas 01 e 02. Seu início de funcionamento se deu em dezembro de 2013 e teve por primeira coordenadora a psicóloga clínica e hospitalar Tallita Laren.

Figura 2 – Equipe de profissionais e representantes da esfera pública inauguração CAPS AD III – Vida Nova



Fonte: SECOP – Gurupi online (2013).

Na inauguração estiveram presentes os vereadores: Ivanilson Marinho, Marilis Nauar, o vereador Macedo, o ex-vereador e médico Maurício Nauar, além dos secretários de desenvolvimento social Dolores Nunes, da Cultura Zenaide Dias, o procurador Geral do município Thiago Benfica e o chefe de Gabinete Gutierrez B. Torquato.

Figura 3 – Foto da antiga fachada do CAPS ADIII – Nova Vida



Fonte: A autora, 2018.

Esse centro de assistência psicossocial além de atender a comunidade de Gurupi, também acolhe as cidades circunvizinhas, como os municípios de Aliança do Tocantins, Alvorada, Araguaçu, Cariri do Tocantins, Crixás do Tocantins, Dueré, Figueirópolis, Formoso do Araguaia, Jaú do Tocantins, Palmeirópolis, Peixe, Sandolândia, Santa Rita do Tocantins, São Salvador, São Valério da Natividade, Sucupira, Talismã. Atendendo um total de 171.546 habitantes (SECOP, 2013).

A psicóloga Tallita Laren, primeira coordenadora do CAPS ADIII de Gurupi, junto com o médico Solimar Pinheiro da Silva faziam parte da equipe multiprofissional do CAPS I, situado junto a unidade de saúde Policlínica, onde os atendimentos aconteciam e os casos de álcool e drogas eram atendidos juntamente com os casos de transtornos mentais. Assim surgiu a necessidade de ampliar o serviço para os usuários de álcool e drogas, onde ocorreu a construção de um projeto para edificação do CAPS AD III.

O CAPS AD III de Gurupi apresenta em seu quadro de profissionais: um coordenador, um clínico geral, dois psicólogos, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma psicopedagoga, um farmacêutico e duas assistentes sociais, uma secretaria, quatro auxiliares de serviços gerais, um motorista e um segurança.

Com relação às dependências nesta unidade são compostas por uma recepção, sala de farmácia, sala de TV, sala do psicólogo e assistente social, sala do médico e coordenação, sala de formação, dois dormitórios, sendo cinco leitos masculinos e três femininos, dois banheiros (usuários e funcionários), cozinha, refeitório, lavanderia e área de lazer.

Atualmente o CAPS AD III, ganhou sede nova, e está situado no Setor Pedroso, Rua F, esquina com a Rua G s/quadra PMG R-3. Lá possui instalações maiores e melhores para atendimento dos usuários e seus familiares.

Figura 4 – Imagem das novas instalações do CAPS AD III – Gurupi -TO



Fonte: SECOM-Prefeitura de Gurupi/TO, 2016.

Com esta nova mudança o nome do centro de atendimento psicossocial sofreu modificações de CAPS AD III vida Nova para CAPS AD III Delfino Brito Aguiar, por este ter contribuído muito para o desenvolvimento de Gurupi, sendo o idealizador e participante da construção do primeiro hospital de Gurupi como maior acionista.

O novo centro teve sua inauguração no dia nove de novembro de 2017, às 19:00h. Seu atual coordenador é o enfermeiro Marcos Vinícius Portilho Vieira. Anteriormente os coordenadores eram Marcos Vinícius de Andrade e Aurélia Ribeiro Nunes. A equipe consta com o mesmo quantitativo de profissionais e funcionários. Os médicos anteriores foram Solimar, Moisés Chaves e atualmente Carla Prado, ambos da área psiquiátrica.

Figura 5 – Foto das novas instalações do CAPS ADIII – Nova Vida



Fonte: A autora, 2018.

4 MÉTODO QUALITATIVO

O procedimento metodológico utilizado por esta dissertação consistirá de uma pesquisa participativa, tendo como base de investigação e a observação participante.

A pesquisa participante iniciou-se na década de 60, na Europa e na América Latina, onde ocorreram os primeiros sinais de necessidade no campo das ciências sociais do envolvimento efetivo dos sujeitos no processo da pesquisa, segundo Faermann (2014).

Ainda de acordo com a autora supracitada, ao buscar a origem da pesquisa participante, ela relata que Brandão (1987) considera que Malinowski instituiu a observação participante na pesquisa como elemento essencial a essa proposta.

Autores citados por Faermann (2014), como Demo (2008), Méksenas (2007), Brandão (1987) e Silva (1986), consideram que, na América Latina, a pesquisa participante desenvolveu-se inicialmente no âmbito educacional, e no Brasil teve como precursor Paulo Freire (1921-1997).

Assim salienta Faermann (2014, p. 08):

Seu desenvolvimento foi ativado com o florescimento das comunidades eclesiais de base, com o movimento sindical, com o surgimento de novos partidos políticos de oposição e com os movimentos sociais ocorridos a partir da década de 1970, culminando com o processo de redemocratização no país.

Méksenas (2007) mantém um papel fundamental na formulação das condições teóricas da pesquisa participante e introduz a ideia da pesquisa para servir os sujeitos envolvidos, propondo, com isso, o estabelecimento de uma relação de horizontalidade.

Demo (2000, p. 21) propõe que a pesquisa participante se insere na prática para fins de sistematização. De acordo com esse autor, a pesquisa prática é ligada à práxis, ou seja, a prática histórica de usar um conhecimento científico para fins explícitos de intervenção.

Nesse sentido, Rocha (2004) considera que há na pesquisa participante um componente político que possibilita discutir a importância do processo de investigação tendo por perspectiva a intervenção na realidade social.

Noronha (2001) ressalta que, na pesquisa participante, o pesquisador coloca-se numa posição de identificação com os pesquisados, interagindo com eles e acompanhando as situações práticas dos sujeitos.

Nos estudos de Silva e Grigolo (2002), eles consideram que a pesquisa participante é caracterizada pela interação entre os pesquisadores e os membros das situações investigadas, porém não se exige por parte das pessoas ou grupos específicos na pesquisa.

Gil (1999), ressalta que a pesquisa participante se caracteriza pelo envolvimento dos pesquisadores no processo da pesquisa.

Conforme Raupp e Beuren (2003), a pesquisa participativa valoriza muito a experiência profissional, tanto dos pesquisadores como dos pesquisados, conferindo-lhe uma possibilidade de aplicações práticas da temática que está sendo investigada.

A observação participante também desempenha um relevante papel dentro da pesquisa participante. Lakatos e Marconi (2002) consideram a observação participante como a participação real do pesquisador com a comunidade ou grupo. Elas descrevem que o pesquisador se incorpora ao grupo, confunde-se com ele.

Mann (1983, p. 96) descreve a observação participante como uma tentativa de colocar o observador e o observado do mesmo lado, tornando-se o observador um membro do grupo, de modo a vivenciar o que eles experimentam e trabalham dentro do sistema de referência deles.

O objetivo inicial seria ganhar a confiança do grupo e fazer com que os indivíduos compreendessem a importância da investigação.

Segundo Lakatos e Marconi (2002), há duas formas de observação participante:

a) natural: o observador pertence à mesma comunidade ou grupo que investiga.

b) artificial: o observador integra-se ao grupo com a finalidade de obter informações.

Santos (2011), em seus estudos, analisa que a observação participante surge de uma evidente necessidade de construir conhecimentos que podem levar-nos a uma compreensão do fenômeno humano, tanto no trabalho e nas organizações como na vida em si. As pessoas não param de construir e reconstruir sua maneira de agir e viver.

Assim, Serva e Júnior (1995) dizem que a observação participante encontra-se numa relação face a face entre observador e observado, cujo processo de coleta de dados se dá no próprio ambiente do observado, e ele passa a ser visto não como um objeto da pesquisa, mas como sujeito dela.

A observação participante, de acordo com Santos (2011), apresenta quatro características em seu processo de desenvolvimento:

a) a principal característica que pode ser observada em uma pesquisa que se utiliza da observação participante é que ela realiza uma análise sequencial, ou seja, algumas das análises são realizadas durante o próprio processo de coleta dados, fazendo com que a próxima coleta tome um sentido a partir de análises condicionais.

b) a observação participante é indicada em situações nas quais a evidência qualitativa é usada para captar dados psicológicos que são reprimidos ou não facilmente articulados, como atitudes, motivos, pressupostos, quadros de referência ou situações nas quais simples observações qualitativas são usadas como indicadores do funcionamento complexo de estruturas e organizações complexas difíceis de se submeterem à observação direta (HAGUETTE, 1987).

c) o método pode ser indicado para testar hipóteses ou estabelecê-las a partir da pesquisa de campo, ou mesmo modificá-las no decorrer do processo. De qualquer forma, é indispensável que o pesquisador tenha uma boa base teórica a respeito do que vai ser o objeto de estudo. Quanto maior o conhecimento teórico a respeito do tema, mais eficaz será o trabalho.

d) esse tipo de pesquisa permite um aumento da compreensão dos processos organizacionais, pois possibilita ao pesquisador um acesso direto aos dados da pesquisa, permitindo um maior nível de obtenção das informações pertinentes ao observador, o que faz esse método de pesquisa ser considerado, por parte dos pesquisadores, o melhor método dentre os da metodologia qualitativa.

A observação participante apresenta-se por estágios que devem ser seguidos criteriosamente pelo pesquisador. São eles:

a) seleção e definição de problemas, conceitos e índices

De acordo com Santos (2011), esse estágio consiste na identificação de possíveis entraves e conceitos que venham a promover um maior esclarecimento e conhecimento das organizações que fazem parte do foco de estudo. O pesquisador procura por “objetos” que o subsidiem de importantes informações, o que seria muito difícil de ser identificado caso não houvesse essa investigação.

b) controle da frequência e da distribuição de fenômenos

Após a identificação e definição do problema, o pesquisador-observador deverá escolher quais indicadores que compensam e que serão levados adiante no seu processo de pesquisa.

Santos (2011) afirma que, nesse sentido, em parte o observador resolve descobrindo se os acontecimentos que incitaram seu desenvolvimento são típicos e disseminados e observando como esses acontecimentos estão distribuídos entre as categorias de pessoas e subunidades organizacionais.

c) construção de modelos de sistema sociais

Esse é o estágio final da pesquisa de campo, que se baseia na absorção de descobertas relacionadas ao modelo de sistemas ou de organização social que faz parte do estudo. Nesse estágio, o observador descreve seu relatório final sobre a coleta de campo, proporcionando uma explicação eficaz sobre os dados que reuniu.

Porém, para conseguir tal conclusão, o pesquisador inicia seus modelos relacionados às partes das organizações em que possa gradativamente obter contato, e daí vão surgindo novos conceitos e problemas.

A partir do momento em que determina seu modelo final, que retrata todas as relações descobertas entre os objetos que estão inseridos nessa parte, o observador refina seu modelo, melhorando assim sua precisão, proporcionando maior garantia das evidências que não se encaixavam com suas formulações posteriores.

Assim, após o acúmulo desses vários modelos, o pesquisador busca conexões existentes entre eles e passa a construir um modelo global da organização, que envolve um todo.

5 DELINEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

5.1 Procedimentos metodológicos

Esta dissertação consistiu de uma pesquisa participativa, tendo como base de investigação a observação participante.

Os instrumentos utilizados foram entrevistas com os sujeitos participantes, observação participante e relatório de registro contínuo cursivo (RRCC).

A amostra da seguinte pesquisa constou de 04 famílias, 05 usuários do programa, 1 psicólogo, 2 enfermeiros, 2 assistentes sociais, 2 assistentes administrativos.

O estudo se realizou no CAPS ADIII, no município de Gurupi/TO, situado no Setor Pedroso, Rua F, esquina com a Rua G s/quadra PMG R-3.

Participaram da pesquisa usuários e familiares que utilizam o serviço do CAPS ADIII Gurupi/TO e que têm a pretensão de ser voluntários da pesquisa, e ainda, a equipe multiprofissional que trabalha diretamente no atendimento aos usuários. Como se trata de uma pesquisa com seres humanos, o projeto também teve autorização da instituição CAPS ADIII Gurupi/TO e o Termo de Livre Consentimento e Aceite (TECLE) dos sujeitos que possivelmente participaram da pesquisa.

A pesquisa cumpriu as exigências legais e éticas, sendo que, para sua execução, teve que ser submetida ao Comitê de Ética da UnirG, através da Plataforma Brasil, de acordo com a resolução do CNS 466/2012.

O primeiro momento da pesquisa foi o conhecimento do campo e o pedido de autorização da coordenação do CAPS ADIII Gurupi/TO para que a pesquisa fosse realizada. Nesse momento, foi explicado ao coordenador o motivo e objetivo da pesquisa, momento em que coube apresentar os benefícios da pesquisa ao programa psicossocial no CAPS ADIII.

Depois o consentimento para que a pesquisa se realizasse, ela foi submetida ao comitê de ética em pesquisa para que tivesse aprovação.

Num segundo momento, foram iniciadas as atividades no campo, onde, através da visita *in loco* e observação direta, desenvolveu-se um diagnóstico institucional, descrevendo os aspectos físicos, comportamentais, a dinâmica do trabalho e aspectos psicossociais.

O terceiro momento da pesquisa consistiu na pesquisa participativa, em que, através do Relatório de Registro Contínuo Cursivo (RRCC), foram feitas anotações de acordo com as atividades e ações observadas no programa. Nesse momento, também foi realizada a observação participante junto à equipe multiprofissional, quando houve participação da própria pesquisadora nas atividades e visitas domiciliares com a equipe e familiares dos usuários do sistema do CAPS ADIII.

O primeiro recrutamento estava previsto para ocorrer entre outubro e novembro de 2018 após aprovação do CEP (Conselho de Ética em Pesquisa). O número de observações foi de acordo com o número de atividades e ações desenvolvidas no programa neste período de coleta de dados.

A seleção das famílias participantes se deu através das visitas domiciliares e visitas dos familiares no programa com a psicóloga e assistente social, quando foi feita a abordagem com estas famílias até atingir o quantitativo desejado que fossem de dez (10) sendo a seleção por ordem de chegada e aceitação em participar da pesquisa na instituição. Porém o quantitativo de dez famílias não foram supridas devido às famílias não participarem das reuniões nos dias previstos e algumas não se voluntariarem. Sendo assim, o quantitativo foi de quatro (04) famílias entrevistadas através das visitas domiciliares. Juntamente com o psicólogo do programa era perguntado se o familiar queria colaborar com a pesquisa depois de explicar o objetivo da mesma.

Como critério estabelecido para a quantidade de famílias num quantitativo de dez (10) se deu devido à proporção de cada família conter de três (3) a quatro (4) membros adultos (dados cedidos pela equipe local como estimativa), além do usuário, um número maior devido ao espaço de tempo para realização da pesquisa inviabilizaria a análise de dados e resultados, comprometendo a finalização da pesquisa, sendo que ainda haveria a entrevista com os profissionais do programa um quantitativo de oito (8) e os dez (10) usuários.

Como a pesquisa foi realizada com grupos de sujeitos de populações diferentes (família, usuários e equipe), foram elaborados três roteiros de entrevistas para cada população a ser entrevistada.

Por último categorizou-se os dados obtidos na pesquisa transversalmente das observações e entrevistas realizadas.

5.2 Critérios de inclusão e exclusão

Em relação aos participantes, foram incluídas na pesquisa as famílias dos usuários e os usuários do CAPS ADIII de Gurupi/TO que participam do programa desde ano de 2016 até segundo semestre de 2018 e a equipe multiprofissional, composta pelo coordenador do programa, dois enfermeiros, dois psicólogos, duas assistentes sociais e dois assistentes administrativos, voluntariamente. Não participaram da pesquisa usuários que se cadastraram no programa e suas famílias em data anterior a 2015. Foram excluídos, também, os usuários, familiares ou profissionais que não concordaram com sua livre participação na pesquisa, bem como aqueles ausentes na data de coleta de dados. Com relação aos profissionais, foram excluídos da pesquisa os que não demonstraram interesse em participar após convite feito pela pesquisadora responsável.

5.3 Metodologia de análise dos dados

A metodologia de análise de dados incidiu na análise qualitativa e análise de conteúdo de Bardin (2011) a qual consiste em um conjunto de procedimentos e técnicas que visam extrair sentido do texto por meio de unidade de análise que podem ser palavras chaves, termos específicos, categorias e/ou temas, de modo a identificar a frequência que aparecem no texto, possibilitando fazer inferências replicáveis e validadas.

Assim são realizadas três etapas que constituem: 1. Pré-análise do material: leitura flutuante, escolha dos documentos, formulação de hipóteses e preparação do material; 2 Exploração do material: operações de codificações, através de recortes semânticos, e elaboração de unidades de registro e de contexto. A unidade de registro é realizada a partir dos temas que constituem núcleos de sentido e também por objeto ou referente que corresponde “aos temas-eixo, em redor dos quais, o discurso se organiza” (BARDIN, 2011, p. 136).

A unidade de contexto refere-se a “unidade de compreensão para codificar a unidade de registro”. (BARDIN, 2011, p. 138). Para sua formação utiliza-se a regra de enumeração que consiste no cálculo da frequência (presença e ausência) das unidades de registro 3. Tratamento dos resultados: através da organização

semântica, estabelecendo categorias, por intermédio do processo de acervo, que constitui na classificação progressiva dos elementos (BARDIN, 2011).

A interpretação foi realizada a partir do referencial teórico da área. A adequação das categorias foi verificada a partir dos seguintes critérios: exclusão mútua (elementos que constam em apenas uma das categorias), homogeneidade (princípio único de organização), pertinência (pertencimento ao quadro teórico definido), objetividade e fidelidade (definição clara dos elementos que compõem uma categoria) e produtividade (índice de novos dados) (BARDIN, 2011).

6 ANÁLISE DE DADOS E RESULTADOS

A coleta de dados foi realizada através das técnicas de Observação participante, entrevistas, Relatórios de Registro Contínuo Cursivo (RCCC), visitas a campo, sobre as quais se discorre a seguir.

A observação possibilitou um contato pessoal da pesquisadora com o fenômeno pesquisado, o que resultou numa série de resultados significativos como o comportamento dos sujeitos, a linguagem, comportamentos cognitivos, perspectivas de vida, convivência com outros indivíduos na mesma situação, anseios, inquietações.

Assim a técnica de observação participante possibilita à pesquisadora inferir junto aos sujeitos as necessidades de cuidados, no que implica aos usuários de álcool e outras drogas, e seus familiares.

A descrição da observação permitiu definir os sujeitos em seus comportamentos, nas atividades específicas como os diálogos e tecer anotações de forma reflexiva. A descrição facilita para quem pesquisa, intuindo na compreensão dos fenômenos a partir do detalhamento da observação no CAPS AD III de Gurupi/TO. Observou-se então a dinâmica de funcionamento e as atividades grupais sempre com o foco nos familiares dos usuários.

Com isso, para organizar as observações, foi utilizado o RCCC onde os detalhes importantes que foram observados foram descritos com intuito de não perder informações importantes.

No diário de campo foram anotadas todas as observações e impressões dos sujeitos observados. Para Minayo (2001) o diário de campo é um instrumento que se tem informações de conversas informais, comportamentos, expressões, além das impressões de quem observa o fenômeno.

Para que o trabalho fosse realizado, a proximidade com o campo se deu num primeiro contato em 2016, ainda na antiga instalação do CAPS ADIII – Gurupi/TO, situado na Av. Amazonas, onde foi conversado com o psicólogo da instituição sobre o projeto de mestrado e a inclinação em realizar a pesquisa no programa psicossocial.

Em conversa, foi relatado pelo psicólogo do CAPS AD III – Gurupi/TO, as dificuldades de se trabalhar com as famílias dos usuários, e que, um trabalho nesta

área, ajudaria nas dificuldades do campo. Logo em seguida, foi levada a proposta à coordenadora do programa, a qual concedeu o local para a realização do trabalho.

Com isso iniciou-se então uma pesquisa bibliográfica para a elaboração do primeiro esboço do que seria o projeto e a construção do histórico do CAPS AD III de Gurupi/TO.

O projeto passou por uma segunda reformulação onde foram sendo corrigidas as imperfeições até se chegar a um padrão para a submissão no CEP.

Inicialmente foram feitas observações indiretas e mais livres, para conhecimento da equipe do programa, estabelecimento de confiança, visitando informalmente o programa.

Após a aceitação do CEP, em outubro de 2018, e com o projeto de pesquisa autorizado, o trabalho passou a ter um caráter mais diretivo e formal, e logo a pesquisadora passou a conversar e ter maior contato com os usuários e familiares inseridos no programa.

A partir disso, as reuniões passaram a ser participativas, e a pesquisadora passou a fazer parte dos grupos onde interagiu com os participantes e quando um familiar visitava o programa havia conversas informais em busca de impressões que auxiliassem na construção das ideias.

Em nove de outubro de 2018, o CEP deu parecer favorável à execução da pesquisa, e logo após foram iniciadas as entrevistas, em onze de outubro de 2018, para coletar os dados e unir informações ao que já havia sido colhido anteriormente junto às observações diretas e participantes.

As entrevistas realizadas foram estruturadas com o foco naquilo que se pretendia investigar sobre as atividades e ações realizadas com as famílias (apêndices A, B e C).

Após coletadas, as entrevistas foram transcritas literalmente, para garantir a fidelidade das informações. Essas não eram agendadas previamente, eram realizadas por ordem de chegada dos familiares e usuários. Apenas com a equipe multiprofissional foram realizadas nas salas de serviços dos profissionais.

O trabalho apresentou alguns entraves como tempo para a coleta de dados da entrevista, a evasão das famílias, o que ocasionou algumas domiciliares e comprometeu o número desejado das amostras, sendo que de dez (10) famílias, apenas quatro (04) participaram, muitas não quiseram devido ter que responder a uma entrevista.

Após a realização da entrevista foram feitas as transcrições das falas e categorização dos dados para análise.

6.1 Sujeitos do estudo

Os grupos de interesse deste estudo foram a equipe multiprofissional, os usuários do CAPS AD III de Gurupi/TO e as famílias dos usuários. Esta opção está relacionada a conhecer melhor o funcionamento e a dinâmica das atividades no CAPS ADIII possibilitando melhor atendimento com as famílias dos usuários.

6.1.1 Equipe multiprofissional

Na época da coleta de dados o CAPS AD III de Gurupi/TO possuía cerca de nove (09) profissionais na equipe.

Para fins deste estudo foram incluídos todos os profissionais que concordaram em participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Livre Consentimento e Aceite (Apêndice A). Como critério de inclusão para os profissionais trabalharem no programa no momento da coleta de dados foi exigido o vínculo empregatício, ou seja, não ser estagiário.

Tabela 3 – Equipe multiprofissional do CAPS AD III – Gurupi/TO

Sujeitos	Idade	Profissão	Sexo	Tempo de Serv
B	37	Psicólogo	M	6 meses
A1	27	Assist.	F	7 meses
D1	31	Social	F	6 meses
C1	34	Enfermeira	F	7 meses
C2	43	TI	M	7 meses
A2	27	Atendente	F	7 meses
C2	27	Enfermeiro	M	7 meses
Total				07

Fonte: Dados coletados pelo pesquisador (2018). Legenda: Masculino = M e Feminino = F; as letras alfabéticas servem para discriminar os profissionais.

6.1.2 Usuários do CAPS AD III – Gurupi/TO

O CAPS ADIII, com a mudança do espaço físico, ganhou novas estruturas físicas onde conseguiu aumentar o número de atendimentos e ampliar as

modalidades de atendimento à comunidade, usuários e familiares, através das atividades e ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional.

Sobre os usuários existentes no programa, são assistidos atualmente doze (12) internos e vinte e um (21) externos em regime de 21 horas e doze horas de internação. Para esta pesquisa foi feita entrevista com 05 usuários, sendo todos voluntários, aos quais foi explicado o motivo da pesquisa, sua importância. Dois do quantitativo de dez (10) se voluntariaram sem a abordagem inicial da pesquisadora, sete (07) se voluntariaram para participar da pesquisa, com a abordagem inicial da pesquisadora. As entrevistas foram realizadas no espaço de convivência do CAPS ADIII, no horário de descontração dos usuários. Todos foram colaborativos ao responder as perguntas, não havendo hesitação ou resistências nas respostas.

Tabela 4 – Usuários voluntários do CAPS AD III Gurupi/TO

Sujeitos	Idade	Sexo	Tempo de internação	Tipo de substância
U1	54	M	45 dias	álcool
U2	45	M	3 meses	álcool
U3	25	M	23 dias	álcool/drogas
U4	30	M	30 dias	álcool/drogas
U5	34	M	25 dias	álcool/crack
Total				05

Fonte: Dados coletados pelo pesquisador (2018). Legenda: M = Masculino; U = usuários participantes da pesquisa.

6.1.3 Família dos usuários do CAPS ADIII – Gurupi/TO

Em relação às famílias dos usuários, foram incluídas aquelas que estão no programa e que são maiores de dezoito anos, com condições de comunicação, não apresentando nenhum comprometimento mental ou com alguma comorbidade. Participaram quatro (04) famílias e a coleta não pôde ser feita por ordem de chegada devido à evasão das famílias das atividades que eram desenvolvidas nas quartas-feiras e quintas-feiras. Sendo assim, a pesquisadora em questão, juntamente com a Assistente Social A1 e o psicólogo, foram até a casa das famílias para poder coletar os dados. Estas só fizeram a entrevista após a assinatura do Termo de Livre Consentimento e Aceite.

Em visita às famílias, foi possível entrar em contato com a realidade local, vendo a dificuldade das famílias e a pobreza em que estão inseridas. As dificuldades são muitas, tanto na parte de subsistência, quanto na questão de saúde. Todas as

famílias visitadas têm suas residências em zonas periféricas da cidade de Gurupi – TO, onde quem comanda os setores são as facções do narcotráfico (PCC e Comando Vermelho).

A carência em ser assistida e a necessidade de falar sobre o problema são presentes em todas as famílias que foram visitadas, algumas não perderam a esperança outras estão desesperançadas e muito fragilizadas.

Abaixo segue a tabela com a identificação do membro da família entrevistada:

Tabela 5 – Famílias voluntárias dos usuários do CAPS ADIII Gurupi/TO

Família	Quantidade de membros na família	Membro sujeito da pesquisa	Quantidade de filhos No Programa CAPS AD III	Renda (R\$)
01	07	Mãe	01	954,00
02	05	Mãe	03	1159,00
03	05	Mãe	01	2862,00
04	02	Mãe	01	954,00
TOTAL				04

Fonte: Dados coletados pelo pesquisador (2018). Legenda: as famílias foram identificadas por número ordinal.

6.1.4 O Espaço físico do CAPS ADIII – Gurupi/TO

No dia 11 de setembro de 2018, das 16:00h às 17:00h, foi realizada a visita ao espaço físico do CAPS ADIII, juntamente com a assistente social A1, que mostrou todas as dependências físicas. O novo prédio está situado no Setor Pedroso, Rua F, esquina com a Rua G s/quadra PMG R-3. Na tabela abaixo se encontra a descrição do espaço físico do CAPS AD III:

Tabela 6 – Descrição das dependências físicas do CAPS ADIII Gurupi/TO

DEPENDÊNCIAS	QUANTIDADE
Dormitório masculino	01 com 12 leitos
Dormitório feminino	02 com 12 leitos
Banheiro masculino	01
Banheiro feminino	01
Banheiro para deficientes físicos	02
Fumódromo	01
Recepção	01 com cozinha
Refeitório	01
Sala médica	01

Sala de enfermagem	01
Sala de serviço social	01
Sala do psicólogo	01
Sala da coordenação	01
Sala do administrativo	01
Sala de grupo terapêutico	01
Salão de área de convivência	01
Depósito	01
Total	19

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (2018).

Foi relatado pela assistente social A1, que o espaço físico é muito bem distribuído e organizado, o que facilita o trabalho da equipe com os internos da clínica, e os atendimentos ocorrem cada qual em sua sala, não havendo desordem.

A assistente social A1 relatou que atualmente se encontram internos 12 usuários, mas que cadastrados e ativos são aproximadamente 21 usuários (internos e externos).

Também foi relatado em conversa que a assembleia com os usuários ocorre uma vez por semana, as atividades com famílias duas vezes por semana, mas que no momento é marcado, mas as famílias não comparecem. A reunião com a equipe multiprofissional ocorre uma vez por semana e a visita médica duas vezes por semana.

6.2 Atividades realizadas com os usuários, equipe multiprofissional e familiares

Durante o período de observação das atividades e coletas de dados foi realizada, pela equipe multiprofissional do CAPS ADIII Gurupi/TO, uma assembleia com os usuários e uma reunião com diretores de escola, coordenadores e orientadores educacionais sobre suicídio.

A observadora chegou à instituição às 14h00h onde ocorria uma assembleia com os usuários. Estavam presentes na reunião cerca de 20 usuários e 5 funcionários da instituição (psicólogo, educador, assistente social e assistente administrativo).

Foi lida a ata da assembleia da reunião anterior pela assistente administrativa, onde foram registradas as irregularidades e transgressões do grupo, tomada de medidas de educação e higiene, que foram tratadas com o grupo em questão.

O grupo apresenta três mulheres apenas. Foi perguntado ao grupo se todos estão tomando medicamentos e o coordenador relatou a importância da medicação para o tratamento.

Foi pedido para que todos participassem do grupo terapêutico. Um dos usuários presentes, em crise, argumenta ao coordenador: *“que adianta tomar remédio e ser tratado mal, espancado e amarrado, é preciso ter amor”*.

Foi perguntado ao grupo quem eram os novos usuários presentes na reunião, e observou-se que teve um usuário que utilizou o serviço do CAPS AD III no passado e agora estava retornando.

O coordenador conduziu a reunião instigando a participação dos membros do grupo a dialogarem e trocarem informações. Assim o coordenador explicou ao grupo o que é lei de responsabilidade fiscal e como é feita a compra dos medicamentos através da licitação.

Foi relatado o problema do cigarro, instruindo que os usuários devem utilizar o local de fumar para o fim destinado, que evitem fumar em outras dependências ou na rua.

Um funcionário relatou que a família acaba abandonando o membro usuário no sistema e que às vezes o usuário se insere na sociedade reabilitado, mas a família não ajuda no processo, onde causa a recaída do usuário ao álcool e às drogas.

Com relação às fugas da instituição, foi colocado pelo coordenador que o não precisa fugir da instituição, que as portas estão abertas tanto para a saída quanto para a volta.

Um dos usuários presentes expôs como poderia fazer no caso para sair nos dias que arrumar serviço na cidade, e o coordenador explicou que ele tem que deixar comunicado à administração do CAPS AD III, o dia, hora da saída, local de trabalho e hora da chegada. Também foi colocado pelo coordenador sobre a importância de frequentar os grupos terapêuticos e o uso dos medicamentos.

O funcionário da administração pediu colaboração de alguns voluntários para a manutenção da grama e do jardim.

A reunião se encerrou às 15:00h, e após este momento, em conversa com o assistente administrativo e coordenador, foi relatado por eles que a maior dificuldade se encontra na família, que se ausenta e não aceita o usuário, abandonando-o no programa.

Outra observação que ocorreu durante o período de coleta de dados foi no dia 12 de setembro, na sala de grupo terapêutico, também chamado de sala de atendimento coletivo, onde se tratou com profissionais da educação sobre suicídio, ação desenvolvida pelo programa, devido ao mês de setembro ser o mês destinado a estas ações. Num primeiro momento foram feitas as apresentações dos profissionais do CAPS ADIII e dos profissionais da educação. Estavam presentes diretores de escola, coordenadores, orientadores educacionais e profissionais do CAPS.

Para aquecimento do grupo foi exibido uma cena do filme: “O vendedor de sonhos”, no qual um homem tenta se suicidar.

A psicóloga do CAPS AD III inicia a fala e a roda de conversa e mostra ao grupo a forma que podemos lidar com o suicídio através de uma construção amorosa, traz também dados estatísticos e justifica o porquê de tratar com os alunos, por isso explica o chamado aos educadores e instituições educacionais.

Foi discutido na roda de conversa se o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) desenvolve alguma atividade nas escolas para se trabalhar ou se atende casos de suicídio. Houve a explicação por um profissional do CAPS qual o objetivo do NASF, mas que não envolveria a esfera escolar.

Levantou-se a questão do suicídio ser uma demanda multifatorial, levando-se em consideração os fatores ambientais, sociais, familiares e que o próprio sistema de gestão afeta o comportamento suicida.

Assim a roda de conversa passou para um momento mais reflexivo levando-se à seguinte questão: *o que nós estamos fazendo para mudar esta realidade?*

Foi colocado na roda de conversa que recursos na comunidade poderiam ajudar e foi citado o SEPSI (Serviço Escola de Psicologia) da UNIRG como uma ajuda à comunidade.

Pôde-se perceber que a angustia dos educadores está voltada para como orientar a família nos casos urgentes que aparecem e que o tempo todo está pisando em “brasa”.

Um dos pontos citados pela equipe multiprofissional que o CAPS ADIII está voltado para o sentido da vida, buscar esta motivação no adolescente ou na criança.

Com o avanço da hora muitos dos presentes começaram a sair devido ao horário e outros compromissos, a roda de conversa durou aproximadamente duas horas (2horas), iniciou-se às 16:00h e terminou às 18:15 horas.

Não foi possível participar das atividades de grupo com usuários pela pesquisadora em questão sendo que na semana que ocorreram as observações participantes não houve as reuniões e também não ocorreram as reuniões com a equipe multiprofissional devido aos feriados ocorridos no mês de outubro.

6.3 Registros da coleta de dados e análise

A coleta de dados foi realizada com os três grupos de sujeitos participantes, iniciada pela a entrevista com a equipe multiprofissional. Foram realizadas entrevistas estruturadas (apêndice A, B. e C). As entrevistas ocorreram no mês de outubro no ano de 2018. A duração da entrevista com cada participante teve aproximadamente um tempo de 20min a 25min. As entrevistas posteriormente foram transcritas, a fim de resguardar a fidedignidade das informações dos sujeitos.

Cabe ressaltar que após a coleta de dados, utilizou-se o método de análise qualitativa de Bardin (2011). Segundo o autor este método possibilita a extração de sentido do texto por meio da unidade de análise que podem ser categorias ou temas, de modo a identificar a frequência com que aparecem no texto, tem-se a possibilidade então de fazer inferências sobre as falas dos sujeitos.

6.3.1 Equipe multiprofissional

Com relação à identificação dos profissionais, pode-se afirmar que são jovens, possuem pouco tempo de serviço no CAPS ADIII Gurupi/TO, mas com vinculação institucional.

Foi perguntada à equipe a seguinte questão: *Como você avalia o serviço prestado à comunidade no CAPS AD III?* Sendo obtida a seguinte categorização com os resultados abaixo:

Quadro 1 – Serviço prestado à comunidade

Sujeitos	Construção Qualitativa
A1	Positivo, redução de danos, reinserção do indivíduo a sociedade.
B	Importante, falta de conhecimento da sociedade.
D1	Diminuição de suicídio, homicídio, comunidade não concorda com o serviço prestado.
C1	Positivo, satisfatório, tem muito que aperfeiçoar.
C2	Importante para todos.
C3	Bom para a comunidade

Fontes: Dados coletados pelo pesquisador (2018). Legenda: letra A para assistente social, B para psicólogo, C para administrativo e D para saúde.

A Portaria Nº 2841 de 20 (Brasil, 2010) regulamenta sobre a equipe técnica que deverá compor o sistema operacional. Nesse sentido percebe-se que o CAPS AD III de Gurupi/TO trabalha com um quantitativo de profissionais adequados ao cumprimento da legislação. De acordo com o relato dos sujeitos que compõem a equipe multiprofissional há empenho no trabalho da equipe, a qual percebe a importância do serviço, a necessidade do engajamento profissional, porém mostra-se negativa com relação ao reconhecimento em âmbito comunitário e social do serviço prestado. Assim dados encontrados no censo do IBGE (2010) apontam que os programas psicossociais, para se ter eficácia, devem ter a atuação dos conselhos e favorecer o funcionamento em âmbito social e comunitário, ou seja, incluir mais a sociedade local nos planejamentos sobre políticas públicas.

A segunda pergunta realizada aos sujeitos se relaciona às dificuldades encontradas na realização do trabalho. Teve como pergunta norteadora: *Quais as dificuldades encontradas na realização do trabalho?*

Quadro 2 – Dificuldades encontradas na realização do trabalho

Sujeitos	Construção Qualitativa
A1	Dificuldade na burocracia.
B	Falta de instrumentos de trabalho.
D1	Adesão ao tratamento, recaídas.
C1	Problemas familiares e sociais, Adesão dos funcionários às atividades.
C2	Aceitação do paciente em aceitar que está doente.
C3	Burocratização do sistema

Fontes: Dados coletados pelo pesquisador (2018). Legenda: letra A para assistente social, B para psicólogo, C para administrativo e D para saúde.

Para Silva e Abrahão (2016), as repercussões das políticas acontecem na sua maioria em dispositivos como equipes de redução de danos, centros de atenção psicossocial especializados.

Ramos e Brito (2015) consideraram a falta de diálogo entre os diferentes níveis de gestão de políticas públicas e também os serviços assistenciais, entre profissionais de ponta, usuários e familiares.

Assim percebe-se no relato da equipe profissional a experiência vivida, relatada pelos autores acima que causam um angustia na execução do trabalho. Durante a execução da pesquisa observou-se a dificuldade de dar andamento ao trabalho pela burocratização do sistema, visto que esta fala se confirma no discurso do sujeito entrevistado: *“As redes de saúde mental por vezes esbarra nas barreiras da burocracia, o que dificulta o alcance de determinados objetivo tanto coletivo quanto individual”* (B, 37 anos).

Outra fala importante sobre a questão foi: *“A falta de instrumentos de trabalho na execução das ações dificulta o trabalho”* (A1, 27 anos). Mostra a dificuldade da operacionalização do sistema.

Como foi visto que o serviço é voltado para redução de danos, ações como prevenção e promoção ao uso de álcool e outra drogas ficam em plano secundário, fato que às vezes desestimula a equipe por não saber como desenvolver algumas ações principalmente com as famílias e a comunidade.

A terceira questão da entrevista visa apontar os aspectos positivos e negativos e foi formulada da seguinte forma: *Quais os pontos positivos e negativos do trabalho no CASPS AD III?*

Quadro 3 – Pontos positivos e negativos do trabalho

Sujeitos	Positivos	Negativos
B	Aprendizado, oportunidade, habilidades, empatia, respeito.	Trabalho em equipe, pouca comunicação, qualificação profissional.
A1	Trabalho em equipe, objetivo comum.	Falta de agilidade nas verbas para execução dos projetos.
D1	Assistência multiprofissional, reabilitação social.	Preconceito social
C1	Equipe de profissionais dedicados, espaço físico adequado para o trabalho.	Portaria concede apenas 04 dias ao paciente.
C2	Recuperação do paciente, aceitação da família com a melhora.	Evasão do paciente, não aceitação do tratamento.
C3	Equipe dedicada	Dificuldades no trabalho

Fontes: Dados coletados pelo pesquisador (2018). Legenda: letra A para assistente social, B para psicólogo, C para administrativo e D para saúde.

Sobre os pontos positivos e negativos para a realização do trabalho, percebe-se que há divergências nas opiniões, mas fica claro que a burocracia e a falta de recursos operacionais são obstáculos para os profissionais. Há que se ressaltar uma questão em comparação com a tabela 1 que apresenta o perfil dos profissionais, os quais são jovens com pouco tempo de atuação no serviço social, há que se levar em conta, também, que estão em processo de ambientação institucional, fato que leva a uma pouca comunicação em equipe e voltados ainda para as questões normativas e de funcionamento do CAPS AD III Gurupi/TO, não percebendo ainda a questão da humanização do serviço. Isso pode ser detectado na assembleia realizada com os usuários, onde são conversadas muito sobre as regras e normas vigentes no programa e não sobre a situação ou subjetividade do usuário e sua família.

Assim, Ramos e Brito (2015) consideram que há a necessidade do diálogo entre os profissionais dos serviços assistenciais, a equipe e os usuários e seus familiares.

A quarta e última questão abordada com a equipe multiprofissional, diz respeito à capacitação para realização do serviço. A questão norteadora para análise consistiu em: *Você se considera capacitada (o) para realização do serviço no serviço do CAPS AD III?*

Quadro 4 – Capacitação e realização do serviço

Sujeitos	Resultados
B	Sim
A1	Sim
D1	Sim
C1	Sim
C2	Estou aprendendo muito neste local e confesso que é um desafio.
C3	Sim

Fontes: Dados coletados pelo pesquisador (2018). Legenda: letra A para assistente social, B para psicólogo, C para administrativo e D para saúde.

Deve-se nesta categoria definir que capacitado é aquele que apresenta habilitação para o desenvolvimento do serviço, sendo assim os profissionais apresentam capacidade de prestar o serviço, porém deixam claro nas falas que há a necessidade de qualificação e aprimoramento para prestação do serviço.

As seguintes falas dos sujeitos coletadas na entrevista demonstram esta necessidade:

Sujeito B (37 anos): *“Sim! Com ressalva de que preciso aprimorar meus conhecimentos e habilidades na área da saúde pública e mental”*.

Sujeito A1 (27 anos): *“Sim, apesar da falta de capacitação que é um instrumento muito importante para aprimorar o nosso conhecimento”*.

Sujeito C1 (34 anos): *“Sim, porém vejo que nessa área da saúde mental ainda devo buscar mais conhecimento”*.

Denota uma fragilidade do programa no sentido da qualificação profissional, e que há a necessidade de reciclar melhor a equipe, porém isto não ocorre. Assim percebe-se que há um investimento na estrutura, nos cuidados paliativos e redução de danos voltados especificamente para os usuários.

Sendo assim, Silva e Abrahão (2016, p. 13) pontuam que os “dispositivos de produção de cuidados dos programas assistenciais deveriam desenvolver projetos terapêuticos que atendessem a demanda da sociedade de uma forma preventiva a comunidade”. Mas essas práticas só seriam possíveis mediante a qualificação do profissional para a execução das atividades.

6.3.2 Usuários do programa

A entrevista com os usuários foi realizada no dia dezenove de outubro às 14:00h, no espaço de convivência, e todas as entrevistas foram realizadas com usuários do programa com regime de 12 horas de internação, devido à dificuldade de contatar os usuários mais antigos do programa, uma vez que muitos já haviam tido alta ou evadido do programa. Apenas um dos usuários abordados se negou a ser participante da entrevista, os outros foram bastante colaborativos após saber o motivo e objetivo da pesquisa.

A entrevista com os usuários também seguiu o mesmo protocolo de entrevista da equipe com quatro perguntas a serem respondidas a respeito do atendimento, aspectos positivos e negativos, sobre a equipe, o que precisa ser melhorado e o atendimento familiar.

Percebeu-se durante a entrevista a dificuldade dos usuários em responder as questões devido às dificuldades cognitivas existentes e à comorbidade já causada pela doença (uso de álcool e outras drogas). Mesmo assim todos foram muito colaborativos. Em algumas questões as repostas ficaram deficientes devido ao pouco tempo em que os pacientes se mantêm em regime de internação, entre uma

semana a 45 dias. Quando o usuário tem mais tempo na casa, fica por volta de três meses.

A primeira pergunta da entrevista se referia à satisfação do atendimento do CAPS ADIII de Gurupi/TO: Você está satisfeito com o atendimento que você recebe no CAPS AD III? Pôde-se levantar os seguintes dados com esta questão:

Quadro 5 – Satisfação do serviço prestado pelo CAPS AD III

Sujeitos	Idade	Construção Qualitativa
U1	54	Bom
U2	45	Sim
U3	25	Sim
U4	30	Sim
U5	43	Estou aprendendo muito neste local e confesso que é um desafio.

Fontes: Dados coletados pelo pesquisador (2018). Legenda: Os nomes se encontram apenas com as iniciais do sujeito, para preservação da identidade.

Nessa categoria ficou clara a satisfação dos usuários com o serviço prestado no programa, pois se percebe que há por parte dos usuários reconhecimento à equipe pela qual são assistidos. A Insatisfação de apenas um usuário pela comida se deve à refeição ser com pouco sal, o que se justifica pelo fato de ser coletiva a refeição, e alguns dos usuários sofrem de hipertensão arterial.

Notou-se durante a entrevista que os sujeitos são indivíduos que possuem uma dificuldade em estabelecer uma conexão da sua realidade, também fica claro que estar naquele lugar significa ter um apoio em que se possa ser atendido e tratado dentro das atuais necessidades e cuidados. Nesse sentido os programas de políticas públicas voltados para situações de álcool e outras drogas têm um papel relevante para os indivíduos nesta situação de risco. Assim:

O programa de políticas públicas sobre álcool e drogas contribui significativamente para o fortalecimento das redes de atenção, com o objetivo de respeito às diferenças, humanização da questão-problema, de acolhimento e a não estigmatização dos usuários e suas famílias. (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/SENAD, 2012, p. 287)

Na questão relacionada aos pontos positivos e negativos do programa, a pergunta que norteou a entrevista foi a seguinte: Quais os pontos positivos e negativos do CAPS AD III? E teve como resultados os seguintes pontos para serem analisados:

Quadro 6 – Pontos positivos e negativos do CAPS AD III Gurupi/TO

Sujeitos	Idade	Positivos	Negativos
U1	54	Longe do convívio do álcool e fazer coisas que não quero	A “chepa” é ruim
U2	45	Mais ou menos	
U3	25	Atividades em grupo, jogos de futebol, o culto	Medicamentos
U4	30	Culto, conversas em grupo.	Estrutura física é frágil.
U5	43	Convivência com os colegas	Campo de futebol, uma piscina.

Fontes: Dados coletados pelo pesquisador (2018). Legenda: Os nomes se encontram apenas com as iniciais do sujeito, para preservação da identidade.

O convívio social está bem presente nesta conjuntura, visto que os usuários gostam das atividades que são feitas no coletivo, onde conversam, participam de atividades em grupo, descritas através dos grupos de conversa, fazem atividades de lazer e gostam dos cultos realizados. Assim estes momentos no programa propiciam maior cooperativismo e interação entre o grupo de usuários e a equipe.

Os aspectos relacionados às questões sociais e atividades em grupos se apresentam frágeis no serviço, visto que se tem a precisão de viabilizar a execução destas ações. Durante as visitas no programa e observação da hora das atividades de dinamização, os usuários se mantêm ociosos, alguns assistem televisão, outros jogam cartas com os colegas, alguns dormem nos bancos da sala de convivência e recepção e muitos buscam o fumódromo onde se torna uma sala de convivência e bate-papo.

Entende-se que os programas psicossociais devem levar em consideração a necessidade do usuário não apenas no critério de redução de danos e sim buscar mais mecanismos de atividades e ações que trabalhem juntamente com o usuário o seu convívio social, como uma forma de reabilitação. A necessidade de comunicação e lazer se tornam evidentes, os usuários também buscam um momento de descontração no tempo que eles se encontram dentro da instituição. Fato este representado na fala do U5 *“Os pontos positivos é a convivência com os colegas, os negativos é que aqui podia ter um campo de futebol, piscina...”*.

Quando se trata das atividades e ações realizadas nos programas dos CAPS ADs, temos a seguinte normativa:

- [...] c) oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
 f) atividades de integração na comunidade, na família, no trabalho, na escola, na cultura e na sociedade em geral; (BRASIL, Portaria 2841/2010, 2010, p. 05)

Na categoria apresentada sobre os aspectos a serem melhorados, os usuários responderam a seguinte pergunta: O que você acha que precisa ser melhorado? No quadro a seguir mostra o resultado coletado:

Quadro 7 – Aspectos a serem melhorados no serviço

Sujeitos	Idade	Construção Qualitativa
U1	54	“Chepa” (comida)
U2	45	Colocar mais professores (profissionais)
U3	25	Estrutura física
U4	30	Estrutura física atendimento médico, recepção.
U5	43	Mais palestras

Fontes: Dados coletados pelo pesquisador (2018). Legenda: Os nomes se encontram apenas com as iniciais do sujeito, para preservação da identidade.

Percebe-se que neste grupo de respostas a necessidade continua pautada na melhoria das ações e atividades, na necessidade de informação e conversas, no atendimento médico onde o usuário é capaz de obter respostas sobre seu estado clínico, na recepção sobre informação dos aspectos mais gerais, visto que a recepção é a porta de entrada do programa, e por fim, o espaço físico em que alguns pontos que podem ser entendidos na fala do usuário:

“Além da estrutura física, o atendimento médico e a recepção, do regime de 12 horas, ficam prejudicados, porque tem o regime de 21 horas e aí a gente fica sem atendimento” (U4, 30 anos).

A última pergunta realizada com os usuários e finalizando a entrevista, está relacionada ao atendimento à família, quando esta chega ao programa. Sendo feita a seguinte interrogação: *Como você avalia o atendimento prestado à sua família?*

Quadro 8 – Atendimento prestado à família

Sujeitos	Idade	Construção Qualitativa
U1	54	Não há visita domiciliar
U2	45	Sem resposta
U3	25	Não tem contato com a família
U4	30	Não há visita domiciliar
U5	43	Não há resposta

Fonte: Dados coletados pelo pesquisador (2018). Legenda: Os nomes se encontram apenas com as iniciais do sujeito, para preservação da identidade.

Foi verificado que quando se fala sobre a família as dificuldades por parte dos usuários são muitas, percebe-se pouca comunicação com o sistema familiar. Mesmo quando a pesquisadora tenta outra abordagem para uma melhor investigação sobre o sistema familiar o usuário tem dificuldade, mantendo respostas curtas e vagas. Esta característica fica evidenciada quando é perguntado ao U5, se a família vai ao CAPS AD III, ele responde que *“Minha mãe vem de vez em quando e é bem atendida”*. Em conversa com o psicólogo da equipe, este relatou que o pai não quer mais saber do filho e este se encontra apenas sobre os cuidados do CAPS ADIII.

A impressão que se pode ter sobre esta situação é que o sujeito se encontra no descaso e abandono nas redes de atendimento, muitas vezes por seus familiares. A pessoa que não se enquadra dentro de um padrão norteado socialmente acaba sendo inferiorizado e estigmatizado.

Para Goffman (2004), os indivíduos com estigmas se encontram marcados por conta de particularidades físicas e psicológicas, pois socialmente essas pessoas são tidas como diferentes e inferiores em relação à maioria das pessoas, sendo expostas a lutas diárias.

Como exemplo desta fala de Goffman (2004) foi relatado pelo profissional do programa que o pai do U5, em visita domiciliar relatou à equipe que não quer o filho: *“aquele vagabundo, marginal, devia morrer, não quero aqui, ele não presta”* (pai de U5).

Assim houve um questionamento da pesquisadora junto a alguns profissionais (psicólogo e assistente social), estes relataram que as famílias não querem se comprometer com o problema deixando os seus membros a mercê do programa.

“Eu sou do Pernambuco, sou hippie, faço trabalho manual e não tenho nenhum contato com a família” (U3, 25 anos).

Porém, quando questionados, muitos justificaram devido estarem no regime de 12 horas e não de 21 horas, assim não recebem visita familiar, mas a pergunta estava relacionada ao atendimento com a família no programa.

“Por enquanto o regime é de 12 horas aí não tem visita familiar, mas tenho um bom relacionamento com a família, tenho um filho de 5 anos e sou separado, casei com 15 anos e minha mulher 14 anos, a gente viveu junto 5 anos aqui na cidade” (U4, 30 anos).

“A família não vem me visitar porque está na internação de 12 horas, tenho bom convívio familiar” (U1, 54 anos).

Assim as respostas encontradas foram com a equipe que relataram a evasão das famílias. Nesta questão, verificou-se uma complexidade nas respostas, havendo contradição entre as respostas dos usuários e as dos profissionais.

Elsen e Waidaman (2005) reafirmam que é necessário entender a complexidade familiar devido às transformações sociais, às relações de gênero e aos papéis sociais de homens e mulheres. Mielk *et al.* (2010) consideram que, a partir da dinâmica familiar e sua nova organização estrutural, a presença de um membro adoecido pode resultar no desequilíbrio da estrutura familiar, principalmente nos aspectos das relações afetivas.

Para Duarte (2013), devem-se averiguar as necessidades de cuidado da família e potencializar um clima emocional para a saúde em que a reciprocidade e cooperação resultam em corresponsabilidade nos atos, pois há formação de vínculo e produção de confiança e cumplicidade, uma vez que a prática assistencial se amplia para o sistema familiar.

Dessa forma começa a ficar clara com a pesquisa a necessidade de se trabalhar a família de uma forma acolhedora nos programas psicossociais, através de demandas de cuidados específicos, entendendo as particularidades de cada uma.

6.3.3 A família do usuário do CAPS AD III – Gurupi/TO

De acordo com Duarte (2013) a família passou a ser vista como o esteio da vida social e o elo do usuário na comunidade, sendo assim esta necessita ser tratada, acolhida em suas necessidades.

Nesse sentido, percebe-se que os profissionais que trabalham no CAPS AD III Gurupi/TO mantêm um contato de proximidade com as famílias que às vezes aparecem no serviço, fazendo um trabalho de acolhida e informação.

Duarte (2013) considera que acolhimento e vínculo com a família são procedimentos que devem ser utilizadas no espaço de produção à saúde.

A equipe, apesar de desenvolver um trabalho de escuta ativa, acolhida e informação aos familiares, relata que há uma evasão muito grande das famílias no serviço, não participam mais das atividades e reuniões, querem a internação de seus membros apenas, como se fosse resolver a situação.

Quando se fez a entrevista e as observações domiciliares com as famílias, percebeu-se as dificuldades que estas enfrentam em vários aspectos desde a questão de subsistência, doenças crônicas, dificuldades sociais e de amparo.

A primeira pergunta realizada na entrevista com famílias abordou o conhecimento do serviço prestado pelo CAPS AD III – Gurupi/TO. Foi feita a seguinte pergunta: *Como a família conheceu o programa assistencial do CAPS AD III?* Obtiveram-se os seguintes resultados:

Quadro 9 – Conhecimento do CAPS AD III – Gurupi/TO

Família	Sujeitos	Construção Qualitativa
01	Mãe	Próprio CAPS AD III
02	Mãe	Assistente social
03	Mãe	Através do vigia do programa
04	Mãe	Hospital

Fonte: Dados coletados pelo pesquisador (2018). Legenda: as famílias entrevistadas foram discriminadas por números ordinais, para manter o sigilo.

Percebeu-se que o conhecimento sobre o serviço psicossocial foi através de órgãos públicos de saúde que a família procurou para primeira tomada de recursos para seus membros usuários de drogas. Nesse sentido a falta de informação se torna um fator relevante. Nota-se que a comunidade tem pouco conhecimento do que seja o programa CAPS AD III.

Com relação à segunda pergunta que se refere a função do CAPS AD III de Gurupi/TO, foi levantada a seguinte questão: *A família conhece a função do CAPS AD III?* Os dados mostram as seguintes classes de respostas:

Quadro 10 – Função do CAPS AD III – Gurupi/TO

Família	Sujeitos	Construção Qualitativa
01	Mãe	Ajudar as pessoas
02	Mãe	Acolhimento das pessoas que usam álcool e drogas
03	Mãe	Ajudar as pessoas
04	Mãe	Ajudar as pessoas a sair do vício

Fonte: Dados coletados pelo pesquisador (2018). Legenda: as famílias entrevistadas foram discriminadas por números ordinais, para manter o sigilo.

As famílias, nesse sentido, trazem um conhecimento muito ingênuo com relação ao programa que confirma a falta de informação para a comunidade, sendo que pela legislação o CAPS AD III, apresentam as seguintes finalidades:

- a) constituir-se em serviço aberto, de base comunitária que funcione segundo a lógica do território, e que forneça atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;
- b) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental, álcool e outras drogas, no âmbito do seu território;
- c) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regular e articular as ações de atenção integral aos usuários de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do seu território;
- d) coordenar, acompanhar e supervisionar, por delegação do gestor local, internações em hospital geral e unidades especializadas, no âmbito de seu território;
- e) realizar ações de apoio matricial na atenção básica, no âmbito de seu território;
- f) realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental;
- g) funcionar, de forma articulada, com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU-192 e com a rede de urgência/emergência local/regional;
- e
- h) articular-se com a rede de proteção social de seu território de atuação, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário. (BRASIL, portaria 2841/2010, 2010, p. 05)

Com relação aos serviços realizados, a pergunta norteadora foi a seguinte: *Os serviços realizados atendem a necessidade da família?* A tabela abaixo apresenta os resultados obtidos nesta categoria:

Quadro 11 – Serviços realizados atendem as famílias

Família	Sujeitos	Construção Qualitativa
01	Mãe	Atendeu
02	Mãe	Sim
03	Mãe	Atendeu
04	Mãe	Bom

Fonte: Dados coletados pelo pesquisador (2018). Legenda: as famílias entrevistadas foram discriminadas por números ordinais, para manter o sigilo.

Com relação a este ponto a Portaria 2.841 (BRASIL 2010), preconiza que visitas e atendimentos domiciliares, atendimento a família, atividades de integração na comunidade, no trabalho, escolas entre outros são partes integrantes do programa.

Na demanda sobre o que falta para o atendimento ser melhor, foi feita a seguinte pergunta: *O que falta para que o atendimento seja melhor no CAPS AD III?* As famílias apresentaram as seguintes classes de respostas:

Quadro 12 – O que falta melhorar no atendimento

Família	Sujeitos	Construção Qualitativa
01	Mãe	Mais segurança
02	Mãe	Ordem, controle
03	Mãe	Ordem severa, monitoramento constante.
04	Mãe	Bom

Fonte: Dados coletados pelo pesquisador (2018). Legenda: as famílias entrevistadas foram discriminadas por números ordinais, para manter o sigilo.

Nessa categoria verificou-se que ainda se mantém no subconsciente das famílias um modelo de tratamento severo, controlador em que o usuário tenha que se manter em regime fechado para poder se tratar, fora do convívio social, bem distante de um olhar de promoção e prevenção da saúde e uma possível reinserção social.

Com relação a este ponto Teixeira (2008) analisa que no Brasil a forma de tratamento ainda se manifesta na questão da repressão, prevenção e tratamento.

Durante as entrevistas fica evidente na fala das famílias que o encarceramento, ou seja, deixar o usuário fechado vai ajudar a ficar livre das drogas. Fato este presente nas falas das mães, quando relatam que as dependências do CAPS AD III de Gurupi/TO deveriam ser fechadas para ficar mais seguro e o usuário não teria contato com o ambiente externo.

Assim, percebe-se um ideário de combate às drogas de uma forma repressiva e punitiva, em que não há espaço para o usuário na sociedade, sendo este condenado pela própria família a viver longe da convivência social. Ponto que dificulta o trabalho de reinserção do usuário na sociedade.

Silva e Abrahão (2016) detectaram que “as repercussões das políticas acontecem na sua maioria em dispositivos como equipes de redução de danos, centros de atenção psicossocial especializado”.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool Crack e outras Drogas (CAPSad), como dispositivo de produção de cuidado, deveria desenvolver projetos terapêuticos flexíveis e abrangentes, em consonância com a perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde, atuando em um território previamente definido e também voltado ao desenvolvimento de atividades terapêuticas e preventivas à comunidade. SILVA; ABRAHÃO, 2016, p. 03-19)

Entende-se então que a família desconhece os serviços e atividades do CAPS AD III, reduzindo-se apenas em atendimento medicamentoso e internação e controle.

Sobre os fatores positivos e negativos foram levantados a partir da seguinte questão: *Quais os pontos positivos e negativos do CAPS AD III?*

Quadro 13 – Pontos positivos e negativos (para a família)

Família	Sujeitos	Positivos	Negativos
01	Mãe	Atencioso	Segurança constante
02	Mãe	Consultas e palestras	Governantes não ajuda
03	Mãe	Ajuda constante	Segurança
04	Mãe	Bom	Não concordo com o fumo

Fonte: Dados coletados pelo pesquisador (2018). Legenda: as famílias entrevistadas foram denominadas por números ordinais, para manter o sigilo.

A família se mantém carente em termos de ajuda, colocam a questão de segurança e do controle como uma forma positiva de lidar com a situação visto que se os usuários ficassem fechados, estariam livres das drogas e o tratamento seria melhor. Isso se comprova na fala de mães que mantêm seus filhos em tratamento no CAPS AD III – Gurupi/TO:

“Mais segurança, protegendo para ficar aqui dentro para não sair lá fora, deveria ter grade para evitar que passassem para fora” (Mãe, Família 01).

“Quando estão lá dentro a hora que querem sair saem, tem que ter uma ordem mais severa, controlar constante” (Mãe, Família 03).

As famílias entrevistadas se encontram em situação de vulnerabilidade social e na linha da pobreza, sendo assim toda a ajuda que essas famílias possam ter se tornam de grande valia.

Com isso De Michelli e Formigoni (2002) apresentam que os desafios contemporâneos aumentaram o nível de estresse intrafamiliar, afetando diretamente os vínculos familiares e fazendo com que os membros da família, por não conseguirem lidar de forma consciente com os problemas familiares, começassem a fazer uso de substâncias psicoativas. As autoras supracitadas apresentam que, na contemporaneidade, as famílias enfrentam desafios como a violência urbana, desemprego, DSTs (doenças sexualmente transmissíveis), alterações no ecossistema e o uso e abuso de drogas psicotrópicas, entre outros fatores.

O último quesito a ser tratado com as famílias, está relacionado à equipe multiprofissional, como foi inquirida a seguinte pergunta: *Como você avalia os profissionais que atendem no CAPS AD III – Gurupi/TO?*

Quadro 14 – Serviços prestados pela equipe multiprofissional

Família	Sujeitos	Construção Qualitativa
01	Mãe	Ainda não tive contato
02	Mãe	Bom, ajuda
03	Mãe	Ajuda muito boa
04	Mãe	Acho que tá bom

Fonte: Dados coletados pelo pesquisador (2018). Legenda: as famílias entrevistadas foram discriminadas por números ordinais, para manter o sigilo.

Como resposta a esta classe verificou-se nos discursos das famílias:

“Bom ajuda, no Dueré vi muita gente que melhorou, vi no Dueré, tinha um rapaz que dava muito trabalho bebia muito, fazia briga, hoje trabalha e não bebe mais” (Mãe, família 02).

“O ponto positivo é que quando tava lá foi uma ajuda constante” (Mãe, família 03).

Assim percebe-se que a equipe auxilia as famílias e prestam um atendimento acolhedor, fato que foi averiguado também nas visitas domiciliares nos dias de buscas ativas. Fica claro que mesmo a equipe muito nova e com pouca experiência no serviço do CAPS AD III, mantém um olhar sobre a complexidade familiar e da situação de risco que estas se encontram.

Com relação à análise de dados cabe acrescentar um ponto que aparece no discurso de Arriagada (2007) e Medeiros (2009) sobre o papel da mulher no sistema familiar e sua representação social, em que muitas são arrimos de família, mantêm a subsistência econômica familiar, além da educação e dos aspectos afetivos.

Esse ponto torna-se perceptível na pesquisa em visitas domiciliares e entrevistas realizadas. Como se pode perceber nas entrevistas das famílias, todas são mulheres e mães, e mantêm um papel de arrimo de família, cuidam dos filhos, netos e agregados familiares como genros e noras. Neste quesito o aspecto emocional torna-se segundo plano no sistema familiar, pois há questões mais emergentes para se cuidar.

Como impressão da pesquisadora sobre este aspecto essas mulheres se mantêm exaustas na resolução de problemas e conflitos no ambiente familiar, onde toda a ajuda se torna bem vinda, o aspecto emocional se torna debilitado.

A visita domiciliar e entrevista realizada com a mãe da família 02 identifica bem esta questão quando em seu relato diz que: *“toda a família é usuária de crack, são quatro com o genro”*. *“Eu sou viúva, meu marido morreu de acidente, sou doente*

hipertensa, diabetes, cuidado dos netos, o dinheiro é só minha aposentadoria e hoje eu não estou bem”.

Outro relato que expõe esta realidade é a mãe da família 04: *“Sou só eu e ele, eu trabalho e ganho um salário mínimo, tudo é comigo”.*

Com isso os estudos de Elsen e Waidaman (2005) reafirmam que é necessário entender a complexidade familiar devido às transformações sociais, às relações de gênero e aos papéis sociais de homens e mulheres. Duarte (2013, p. 48) conclui que *“Dessa forma, a família passa a necessitar de cuidados, possuindo suas demandas de cuidados específicos”.*

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com os dados apresentados na análise da pesquisa se nota que o problema do álcool e das drogas para o indivíduo e para o sistema familiar está relacionado ao contexto de vida de cada um. Também por uma construção histórica, cultural, social e econômica, fato que no contexto das drogas não se pode desvincular tais aspectos.

Neste sentido Werner (2004) considera o homem como um sujeito que essencialmente é constituído pelas relações sociais, suas condições sociais, e seus determinantes históricos. Salienta que o homem é um ser dialético e parte da suposição que sua interação é mediada por sua importância no grupo social.

Das observações e intervenções realizadas no CAPS AD III Gurupi/TO, essa questão do contexto social do usuário propicia a entrada e a dependência do uso de drogas, pois basicamente todos os sujeitos pesquisados vêm de um sistema social precário, com índice muito grande de marginalidade, de famílias com estrutura social, econômica e financeira fragilizada, dependente da ajuda governamental de programas sociais, fatores que colaboram com a iniquidade do sujeito, levando-o a um total descaso por si mesmo, subordinados ao adoecimento físico e mental.

No estudo realizado com as quatro famílias do CAPS AD III de Gurupi/TO, a questão da desigualdade pode ser vista através das visitas domiciliares e entrevistas, onde há os problemas de baixa renda, pouca escolaridade, sem muitos recursos assistenciais, financeiros e o desemprego. Determinantes sociais que propiciam a entrada no mundo das drogas, marginalidade e facções criminosas, como apontam os estudos de Comini (2016) coloca que as condições sociais, como a baixa escolaridade, a exclusão social restringem as opções e fortalecem as vulnerabilidades.

O estreitamento do contato com os usuários através das pesquisas participantes, das conversas informais e a entrevista apontou que a ideia presente é sair do vício, não apresentam uma inclinação para o futuro e também não sabem o que vão fazer quando terminar o tratamento e tiverem alta. Pressupõe que a consciência esteja submersa em frente aos fatos e a realidade, vive-se o dia-a-dia, numa perspectiva de futuro remota. Quando falado ou comentado algo sobre a dependência das drogas os olhares se tornavam passivos e distantes, a cautela em falar algo estava sempre presente nas conversas.

Goffman (2004) diz que o estigma inibe o crescimento pessoal e pessoas estigmatizadas são vistas como inferiores e diferentes em relação às outras e suas vidas se tornam uma luta constante.

Quando se trata da luta dos usuários e das famílias contra o pavor das drogas, esses indivíduos esquecem que são capazes de buscar uma modificação significativa em si mesmo, porém a dificuldade de se perceberem capazes os torna frágeis, e vivem à espera de um cuidado maior promovido pela equipe de saúde, a qual é vista por eles como profissionais detentores de um conhecimento para que a suposta “cura” seja concedida.

Por outro lado, como uma fonte fortalecedora, apresenta-se a equipe multiprofissional do programa psicossocial, capacitada, porém deficiente em qualificação para atender uma clientela tão complexa que é a família e o usuário. Esses profissionais, em determinados momentos, sentem-se impotentes diante das dificuldades encontradas com a demanda a ser tratada.

Entende-se que a família em nossa sociedade se encontra heterogênea, mutante e complexa. Para se trabalhar a família o profissional precisa entender esta transformação e complexidade existente no sistema familiar. Arriagada (2007) neste sentido salienta que há uma grande variedade de arranjos familiares, porém essas grandes variações vão mostrar que são importantes nas percepções dos membros das famílias e conexões afetivas delas. Esta fala da autora mostra a evidência na participação das atividades de campo com os familiares, pois foi visto que a família quando apresenta uma estrutura afetiva emocional com seus membros e se mantém presente na assistência ao membro usuário, há aderência deste ao tratamento, que se torna mais intenso, mesmo com as dificuldades de livrar do vício. “... *a família tem que ajudar se abandonar fica pior, a ajuda da família é importante*” (Mãe, família 03).

Com relação ao estudo de família no Brasil, Cervený (2007) comenta que sempre foi um desafio estudar famílias brasileiras devido à grande diversidade cultural, também corrobora com Arriagada (2007) quando enfatiza que na realidade atual existe uma pluralidade e combinações de arranjos familiares que incluem os laços consanguíneos, relações não formalizadas, famílias conjugais extensas e famílias domésticas entre outras.

Esses conceitos das autoras ficaram presentes nos estudos do CAPS AD III – Gurupi/TO. Na entrevista com a mãe da família 02, que tem três filhos no CAPS AD III, a filha caçula internada no programa também procura ajuda para o genro que

mora com a família e é usuário de crack. A senhora que é a subsistência da família cuida das quatro netas, e classifica-se como família anaparental. Sob este mesmo aspecto, a família 03 mantém um perfil diferente, pois fazem parte do sistema cinco membros. Os três filhos ajudam a mãe financeiramente, menos o filho usuário. Classifica-se como tradicional. A família 04 também possui outra configuração sendo definida como homoparental, ou seja, formada por mãe e filho.

Assim as famílias apresentam os mesmos problemas, porém possuem em sua conformação características e estruturas muito desiguais.

Uma questão pertinente neste estudo sobre a família brasileira e latina apesar de se falar das relações de papéis sociais, sobre a mulher ser mais atuadora no mercado de trabalho e mais presente nas questões econômicas e financeiras do sistema familiar, apresenta um novo papel hierárquico em sua dinâmica, visto pelos seguintes autores Coelho (2006), Arriagada (2007) e Medeiros (2009). Pode-se inferir que na sociedade brasileira ainda se apresenta um regime de famílias tradicionais, em que a responsabilidade de educação, criação e cuidados afetivos maternos sobrecarrega na mãe, segundo Coelho (2006). Todavia quando as dificuldades familiares se tornam turbulentas demais e as famílias precisam se rearranjar para dar conta dos problemas mais emergenciais como crise financeira, desemprego, doenças graves, o aspecto afetivo-emocional passa a ser secundarizado para que o sistema familiar dê conta de equilibrar-se nas turbulências.

O senso realizado pelo IBGE (2017) aponta que as disparidades neste sentido podem apresentar um aspecto cultural. Em 2015 o número de mães solteiras representavam um percentual de 26, 8% das famílias com filhos, os pais solteiros 3,6%. Na pesquisa realizada verificou-se através do diário de campo e visitas que mesmo no caso das mulheres casadas os maridos se mantêm ausentes, cuidando apenas das questões de subsistência. Muitos trabalham em serviço braçal, enquanto a mulher se encarrega das questões familiares. Já as que não têm marido são responsáveis pela subsistência familiar e de seus agregados.

Quando se trata das famílias no contexto de pobreza, a analogia que se faz está diretamente ligada às desigualdades sociais, fatores econômicos e institucionais. Indicadores Sociais demonstrados pelo IBGE (2017) comprovaram que o Brasil é um dos países com maior índice de desigualdade social, principalmente de renda. Na tabela 03 verifica-se que as famílias entrevistadas mantêm sua renda para subsistência em um salário mínimo. Na família que difere

deste índice, é arrecadado para a subsistência familiar o salário de outros membros participantes do sistema familiar. Com isso o nível de stress intrafamiliar afeta diretamente os vínculos familiares, perfaz na família um desarranjo e desequilíbrio, onde se eleva o uso de substâncias psicoativas, segundo De Michelli e Formigoini (2002).

Comini (2016) sobre os fatores institucionais delineia que a impunidade e a corrupção em altos cargos de decisão têm efeito sobre a aplicação de leis. Ainda neste sentido o autor coloca que há ocorrência de crianças e adolescentes que sofrem devido à situação de vulnerabilidade e marginalização de seus familiares, sendo que muitas são usadas por criminosos, outras os pais estão na prisão por tráfico e muitas perderam seus familiares ficando órfãs.

Assim a sociedade enfrenta um problema que não é mais visto em apenas grandes centros das facções criminosas, já que tomam conta também de cidades pequenas, instalando-se o narcotráfico, onde comunidades de regiões periféricas da cidade vivem em setores que são tomadas por grupos que comandam o tráfico da região. Realidade esta vivida pelas famílias e jovens de Gurupi/TO, que pode ser confirmada nos relatos dos sujeitos entrevistados e nas visitas em regiões periféricas do município. Por conseguinte, muito cedo, as crianças e adolescentes têm contato com tais grupos, o que faz com que muitas delas acabem se tornando soldados do tráfico como forma de subsistência, onde alguns que não conseguem ajuda significativa acabam perdendo a vida prematuramente ou vivem jurados de morte por facções rivais.

A questão das drogas e cultura esteve sempre relacionada, afirma Comini (2016) a narco-cultura onde os elementos simbólicos como a honra, a proteção, a lealdade, o status, prestígio, a vingança e o consumo estão presentes na vida do indivíduo e da sociedade.

O caminho das drogas não está relacionado apenas ao consumo, não se pode qualificar ou desqualificar o usuário. No contato com os usuários do CAPS ADIII de Gurupi/TO, ficou evidente que as pessoas que ali se encontram possuem uma história, algumas ainda têm suas famílias, outras perderam por conta do vício e outras estão sem contato nenhum com o sistema familiar, a princípio são pessoas e cada uma a seu modo buscam uma tentativa de melhoria.

O problema das drogas se eleva quando o usuário devido às suas condições de desigualdade social adentra para o mundo do crime e passa a não ter mais

aquela identidade ou representatividade social bem vista. Neste momento ele passa a ser o traficante, o bandido, marginal, o “terror” social. Então a sociedade cria para ele outra identidade que seria irreal, pode-se dizer que o traficante em seu estereótipo nem sempre vai trazer estampado a figura do mal.

Com isso Damasceno (2013) considera, numa visão social e biológica, que as divisões elas sempre existirão, pois é particular do ser humano fazer escolhas entre fortes e fracos, sobrevivendo sempre aqueles que se adaptam da melhor forma ao convívio social.

Um estudo importante de Velho (2000), sobre a questão de famílias de baixa renda, diz que no contexto brasileiro a exploração demográfica das populações urbanas em decorrência do êxodo rural e os processos de segregação social estão na base de grupos pobres de baixa renda, com demandas básicas de saúde, habitação, educação e trabalho, onde acabam expostos a abusos e sendo também causadores destes. Fato este percebido nos habitantes de regiões periféricas de baixa renda.

O discurso do autor supracitado revela a realidade das famílias sujeitas da pesquisa, as quais vivem em regiões periféricas do município de Gurupi/TO. Essas regiões são atingidas pelo descaso, o que é comprovado em relato da mãe da família 02, em que o setor não tem agente de saúde, o serviço de transporte urbano não passa no local, e quando precisa de medicação tem que ir a unidade básica do setor vizinho, e nem sempre tem dinheiro para pagar o moto táxi.

Outro caso relatado é da mãe da família 04, que para levar o filho a Palmas para fazer a perícia na junta médica para aposentadoria, não pode ser feito no dia marcado. De acordo com ela foi remarcado para o outro dia, sendo assim voltaram para Gurupi/TO, pois não tinham dinheiro suficiente para se alojarem em Palmas.

Com relação ao Estado de bem-estar familiar, Medeiros (2009) levanta três pontos importantes. O primeiro é que tanto família e Estado preenche um espaço do mercado na economia capitalista, então estes possuem um papel importante na cadeia sistêmica de desenvolvimento, pois normalizam a vida do indivíduo, através dos direitos de propriedade, deveres, poder e assistência social. O segundo ponto descrito por Medeiros (2009) se relaciona com o “welfare State”, este afeta a organização e estrutura da família como as mudanças de valores e a redivisão do trabalho social, mantendo-se um impacto expressivo sobre as hierarquias familiares.

O terceiro e último ponto refere-se ao estado de bem-estar das famílias, sendo que estas têm que se apresentar estáveis e bem organizadas.

Das famílias pesquisadas a questão de bem-estar é praticamente inexistente, pois são famílias que possuem o mínimo e este se deve multiplicar para que as necessidades de seus membros para que a subsistência seja satisfeita. A ordem de bem-estar não se estabelece nestas famílias por vários fatores: primeiro que há um desequilíbrio na homeostase do sistema familiar, segundo que as condições de subsistência são mínimas e precárias, terceiro que o nível de educação formal é baixo (parte das famílias são semianalfabetas), e quarto ponto, não há uma divisão de trabalho e ajuda.

Assim, no caso das famílias pesquisadas, há um desamparo em relação ao modelo no Estado de Bem-Estar. A crise econômica, a dificuldade de uma melhor inserção no mercado de trabalho e a baixa escolaridade, são fatores que desencadeiam uma instabilidade no estado de bem-estar. A mulher não é apenas aquela que cuida dos filhos e da casa, mas passa a ser aquela que muitas vezes mantém a casa, a vida se torna sedentária e há uma mudança considerável na alimentação e manutenção da saúde. Das famílias visitadas são praticamente as mulheres que mantêm o sustento familiar e por vezes o cigarro, a bebida, o medicamento e vestimentas. São também as mulheres que mantêm os filhos usuários inseridos no programa, na esperança de uma melhora e harmonia no ambiente familiar.

Conseqüentemente, Arriagada (2007) e Medeiros (2009) convergem às opiniões quando traçam a caracterização das famílias latinas, quando distinguem o papel do feminino no mercado de trabalho, nas desigualdades domésticas e cuidados na condução e educação dos filhos. Apresentam-se assim, na visão dos autores, uma diversidade e dificuldade de laços afetivos, que muito contribui para as desigualdades e complexidade no seio das famílias. Também apontam as desigualdades sociais como um fator de dificuldades para as famílias latino americanas.

Esta questão, ressaltada pelos autores acima, observou-se no discurso de uma mãe, que divide seu tempo entre os cuidados da filha de 18 anos recém internada no CAPS AD III de Gurupi/TO, com as tarefas domésticas, o trabalho de diarista e os projetos futuros como ter um companheiro e estudar. Ainda salientou

que o que mais pede a Deus é a harmonia entre os filhos, e às pessoas que se encontram no vício, que Deus as ajude na recuperação.

Com relação aos Programas Psicossociais e Políticas Públicas foi averiguada no estudo de campo a dificuldade de manutenção das redes de atenção e a aderência das redes de apoio. Percebe-se que no momento o CAPS AD III Gurupi/TO caminha sozinho e que não há um entendimento entre os papéis dos CAPS, visto que em Gurupi/TO se tem o CAPS I e o CAPS AD III. O que se relata é que, quando se trata da clientela a ser atendida, confunde-se muitas vezes a clientela que teria que ser atendida pelo CAPS I e encaminha-se ao CAPS AD III.

Com isso, tem-se a necessidade de um breve esclarecimento sobre a doença mental, álcool e drogas. Os CAPS I foram criados para o tratamento de indivíduos que apresentam transtornos mentais. A função do CAPS I definida na portaria de Nº336, de 19 de fevereiro de 2002, diz no seu inciso 01 que:

As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme definido adiante. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 01)

Com relação às observações e conversas com os usuários há evidência da capacidade cognitiva afetada. Dos cinco (05) usuários apenas um (01) não apresentou o distúrbio. Os quatro usuários que aparentam um quadro da capacidade cognitiva afetada, pode-se suspeitar que seja decorrente do uso abusivo das drogas e a longo tempo.

Foram percebidos também indivíduos internos na clínica que possuem casos clínicos específicos de esquizofrenia e quadros de retardos mentais em crise aguda que deveriam ser tratados pelo CAPS I, mas que se encontram no CAPS AD III. Em conversa com a profissional da equipe do CAPS AD III foi questionada essa situação e a mesma respondeu que em reunião com os profissionais do CAPS I, devido ao paciente fazer uso de drogas, ele seria caso do CAPS AD III, portanto deveria ficar no programa.

Nesse sentido, tem-se a necessidade de um estudo de caso e de uma comunicação com as equipes para que seja analisada a melhor forma de lidar com estas questões, que podem ser um desafio em termos de andamento do programa.

Uma condição observada e averiguada nas visitas à instituição é que o foco principal se encontra na medicalização e na redução de danos. Esse ponto foi percebido na fala dos usuários e também na de um profissional, em que relatam que há uma espera grande pelo dia da consulta. O dia da consulta é onde se determina a alta ou a permanência no programa.

As famílias também aderem ao programa por conta da medicalização de seus membros. Mas em conversa com dois profissionais, observou-se que estes estão frustrados com essas questões, principalmente sobre a alta, pois acham que essas decisões deveriam ser tomadas em conjunto e não apenas pelo médico.

De acordo com a Portaria nº 2.841 (BRASIL, 2010) incide que umas das características do CAPS AD III seria de realizar apoio matricial na atenção básica, âmbito de seu território, também articular com redes de proteção social do território de atuação, para acompanhamento de casos, quando necessários. As atividades e ações devem ser realizadas em âmbito terapêutico com o usuário e a família, promover oficinas terapêuticas com profissionais, integração da comunidade e por fim estratégias de redução de danos.

Ou seja, devem-se trabalhar as práticas de redução de danos, mas se o programa apresenta um caráter psicossocial, as atividades terapêuticas e de reabilitação do usuário devem ser primordiais. O usuário deve aos poucos ser inserido no ambiente social, onde atividades integrativas com a comunidade possibilitam o trabalho de reabilitação. As atividades terapêuticas devem ajudar a trabalhar a emoção e a expansão da consciência, pois são fortalecedores para a diminuição do risco de recaídas às drogas.

Pela Portaria nº 2.841 (BRASIL, 2010) o trabalho se pauta mais nas questões sociais e de reinserção do cidadão à comunidade, mas para que isto aconteça, o trabalho da equipe multiprofissional deve se estender às redes de apoio. Nesse sentido a equipe deve integrar-se mais a comunidade, promovendo o trabalho e objetivo do CAPS AD III que não se restringe apenas à medicação e redução de danos e sim à inserção social do reabilitado e menos estigmatizado.

De acordo com a pesquisa realizada, o trabalho com as redes de apoio e maior proximidade com a comunidade se mantém frouxo nas atividades do CAPS AD III Gurupi/TO. Pode-se ter como resposta a esta fragilidade os aspectos já levantados com relação à equipe, profissionais muito jovens com pouca experiência

na área, sem uma especialização específica para lidar com a saúde mental, drogas psicoativas e a complexidade do sistema familiar.

Sobre as famílias é interessante a caracterização de Minuchin (1982) quando este retrata o contexto familiar como sendo um sistema aberto, onde há uma conexão e o estabelecimento de relações e vinculações com o ambiente e contextos sociais específicos como igrejas, escolas, vizinhos, etc. A família é muito dinâmica e se fragiliza muito rápido em situações, além de mudar seus sintomas diante de uma situação muito rapidamente também. Para se trabalhar a família no contexto de álcool e drogas é necessário perceber a necessidade momentânea de cada grupo, pois as famílias possuem necessidades diferentes, e é importante saber o funcionamento da dinâmica familiar e de seus membros.

No CAPS ADIII Gurupi/TO as atividades e ações são desenvolvidas pelos profissionais, mas não atinge o aspecto afetivo e emocional das famílias, sendo assim há dificuldade em manter o trabalho, já que se percebe o planejamento das atividades e ações, mais centrado no profissional, e não na clientela que é a família.

Os estudos realizados pela SENAD em 2011 mostraram que a participação da família teve significância no tratamento de dependência das drogas, vale ressaltar que o tipo de intervenção realizada varia de acordo com o quadro diagnóstico de cada usuário, mas a presença da família é importante neste processo.

Em análise para que a resposta do CAPS AD III de Gurupi/TO seja positiva e desenvolva as atividades e ações, o programa tem que ir ao encontro das comunidades, buscar esclarecer o que é o programa, tornar visto o trabalho desenvolvido, participar das atividades e ações dos conselhos municipais, tornar frequente as visitas domiciliares, não apenas em dias de buscas ativas. Criar condições para que usuário e famílias se encontrem, já que foi notório, diante das observações realizadas o distanciamento das famílias com seus membros, no que tange os aspectos afetivos.

Sendo assim, falar de políticas, neste aspecto, constitui-se um estágio em que os governos democráticos na ideia de Souza (2006) traduzem seus propósitos para que tenham uma mudança no cotidiano e na vida do cidadão.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo conhecer as atividades e ações realizadas no CAPS AD III de Gurupi/TO com as famílias dos usuários.

Foi realizada uma pesquisa de cunho qualitativo a qual teve como metodologia aplicada observação participante e entrevista com os usuários, equipe e familiares.

O processo de desenvolvimento da pesquisa foi efetuado através das observações, participações das atividades desenvolvidas, visitas domiciliares e entrevistas realizadas, levando em consideração os fatores positivos e negativos, bem como as questões de vulnerabilidade apresentadas.

Como fatores positivos se podem perceber a estrutura física que se apresenta como ampla, acolhedora, com capacidade para acolher os usuários e as famílias, espaço apropriado para a equipe desenvolver um bom trabalho dentro do que lhe seja permitido.

No que cabe à equipe multidisciplinar, pode-se reconhecer que o trabalho da equipe é desenvolvido com seriedade e que todos os profissionais definem bem seus papéis e os executam no programa.

Com relação ao atendimento à família e ao usuário do sistema, também evidenciou-se um bom desempenho da equipe com relação ao que preconiza a normativa da portaria Nº2. 841, de 20 de setembro de 2010.

Os pontos negativos estão catalogados na visão da equipe multiprofissional, na questão da burocratização do sistema, dificuldade de comunicação no âmbito das ações a serem desenvolvidas, falta de qualificação na área da saúde mental, o que é considerado importante para a realização do trabalho.

Para os usuários do programa os fatores negativos se encontram na fragilidade da estrutura física, no atendimento da recepção e no atendimento médico. Muitas vezes devido à demanda, os usuários do regime de 12 horas ficam sem atendimento, sendo priorizado o regime de 21 horas.

A família destaca a questão da falta de segurança na estrutura física e a liberdade com que os usuários ficam quando estão no CAPS AD III Gurupi/TO. De acordo com as famílias entrevistadas deveria haver mais controle, e o espaço necessitaria ser fechado com grades.

Na categoria analítica da família, existe sim na visão da pesquisadora o cuidado com a família, através da escuta ativa, orientações, informações e a realização das atividades duas vezes por semana e mais as visitas domiciliares.

A equipe multiprofissional entende a necessidade da família como um elo de conexão de ajuda mútua e emocional ao usuário. Muitas vezes, para que a ajuda ocorra, os profissionais se solidarizam e contribuem a forma que podem.

Porém a família tem evadido do programa psicossocial, o que deixa o usuário em total responsabilidade do CAPS AD III, evidenciando assim um ponto de vulnerabilidade do sistema.

Nesse sentido, constata-se que o pouco tempo dos profissionais na atuação do programa e a falta de experiência na área de álcool e drogas e com famílias, dificulta o planejamento de atividades e ações que sejam pertinentes a estas.

Outro ponto de vulnerabilidade apresentado está na baixa ou falta de um trabalho em conjunto com as redes de atenção e segurança pública, na busca da integralidade do trabalho e na execução de prevenção e promoção de saúde.

Com relação ao ciclo de trabalho das políticas públicas, verificou-se que a parte de execução e avaliação do trabalho no programa se mantém deficitária, por conta da vulnerabilidade apresentada e a avaliação que não ocorre, para poder sanar as deficiências.

Mas a relevância do programa se encontra no atendimento às comunidades carentes e à sociedade como um todo, pois se torna o único meio que as famílias conseguem ter acolhida, ajuda para seus membros em situação de risco e necessidade de amparo.

Assim existe a necessidade de maior divulgação do programa na sociedade de forma geral, para que esta perceba a relevância do seu trabalho para as comunidades que se encontram em situações de risco com seus usuários no âmbito do álcool e outras drogas.

Como processo humanitário se tem a observância da comunidade/sociedade não usar de estereótipos como “drogado”, “maconheiro”, “pinguço” ou “vagabundo” e enxergar esses indivíduos como seres capazes de uma transformação. Fato este foi experienciado pela pesquisadora quando na entrevista realizada com os usuários que foram voluntários, em que relataram que o dia dos cultos era muito bom. Portanto há de se ter um olhar não estigmatizado, tanto para o usuário quanto para sua família.

A família se apresenta como uma peça fundamental na recuperação e reabilitação dos membros, de tal modo que esta deve ser acolhida em seu processo de mudança, complexidade e dinâmica. Cada qual possui sua forma de se ambientar e rearranjar-se nas suas dificuldades, em realinho com o tempo.

Com relação às políticas públicas, muitos são os desafios em nível de Brasil a serem abrangidos. Um dos pontos importantes seria a desburocratização do sistema, para que os projetos feitos pelos profissionais técnicos sejam aprovados para serem executados e que os órgãos de planejamento, execução e avaliação dos programas se dialoguem entre si com o objetivo de aperfeiçoar e melhorar a prestação do serviço à comunidade/sociedade.

Os benefícios, em termos comunitários e sociais, seriam a implementação e otimização dos serviços e ações pertinentes ao sistema psicossocial, famílias, membros usuários e equipe multidisciplinar. De acordo com as atividades realizadas no CAPS ADIII, propõem-se ações interventivas, juntamente com outros programas assistenciais existentes no município, como o NASF (Núcleo de Apoio Social à Família), como trabalho em forma de redes de apoio na Atenção Básica como uma busca de Prevenção Promoção e da Saúde no Sistema Familiar.

A pesquisa contribuiu de forma significativa e efetiva a fim de que se tenham condições mais favoráveis no desenvolvimento das atividades e ações com famílias para que esta compreenda a sua importância no processo de reabilitação do membro familiar usuário.

Os desafios são muitos, mas há de se ter o otimismo na construção das melhorias em políticas públicas. A participação dos atores sociais se faz necessária em todo o processo, visto que se entende este processo como dialético.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, M. C.; SALLA, F.; SOUZA, L. A. **A sociedade e a lei: o Código Penal de 1890 e as novas tendências penais na primeira república**. NEV-USP, São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.nevusp.org/downloads/down113.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2018.

_____ *et al.* A sociedade e a lei: o Código Penal de 1890 e as novas tendências penais na Primeira República. **Revista Justiça e História**, Porto Alegre, v. 3, n. 6, p. 97-130, 2003. Disponível em: <<http://www.nevusp.org/downloads/down113.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface Comum. Saúde Educ.*, Botucatu/SP, v.10, n. 20, p. 299-316, 2006.

BACELLAR, R. P. Mediação e Arbitragem. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.fkb.br/biblioteca/Arquivos/Direito/Mediacao%20e%20Arbitragem%20-%20Roberto%20Portugal%20Bacellar.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2018.

BARBETTA, P. A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. 8ª ed. Florianópolis: UFSCAR, 2012, 288p.

BARBOSA, N. H. Proposta metodológica na atenção psicossocial: análise dimensional de caso. **Psicologia e Sociedade**, Joinville, n. 25, p. 469-475, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Ed. 70, 2011, 136p.

BARRA, A. A política de drogas na América Latina: obstáculos e próximos passos. **Nueva Sociedad: Democracia Y política na América Latina**. 2015. Disponível em: <<http://nuso.org/articulo/politica-de-drogas-na-america-latina-obstaculos-e-proximos-passos/>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

BARROSO, R. C. C. **Políticas Públicas sobre drogas: labirinto entre a marginalidade e a cidadania**. 2008. 110f. Mestrado (Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) — Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE.

BIAR, L. de Andrade. Desvio e estigma: caminhos para uma análise discursiva. **Calidoscópico**, v. 13, n. 1, p. 113-121, 2015. Disponível em: <<http://revistas.unisinos.br/index.php/calidoscopio/article/view/cld.2015.131.11>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

BOITEUX, L. Tráfico e constituição: um estudo sobre a atuação da justiça criminal do Rio de Janeiro e de Brasília no crime de tráfico de drogas. **Revista Jurídica da Presidência**, v. 11, n. 94, p. 01-29, 2010.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Art. 3º. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 29 dez. 2017.

_____. **Constituição Federal de 1988**. Art. 5º. Brasília, 2018. Disponível em: <http://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_04.10.2017/art_5_.as>. Acesso em: 27 mar. 2018.

_____. Juizados Especiais: a nova mediação para processual. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.trt3.jus.br/escola/download/revista/rev_76/rev_76.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2018.

_____. **Lei nº 3.368/76**. Planalto. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6368-21-outubro-1976-357249-norma-pl.html>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

_____. **Lei nº 3.368, de 21 de outubro de 1976**. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm>. Acesso em: 29 dez. 2017.

_____. **Lei nº 10.406, de 10 de Janeiro de 2002**. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acesso em: 23 mar. 2018.

_____. **Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10409.htm>. Acesso em: 30 dez. 2017.

_____. **Lei nº 10.792, de 1º de dezembro de 2003**. Altera a Lei nº 7.210, de 11 de junho de 1984 – Lei de Execução Penal e o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941. Disponível em: <www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/2003/L10.792.htm>. Acesso em: 16 mar. 2018.

_____. **Lei Antidrogas, nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 03 dez. 2017.

_____. **Lei nº 11.754, de 23 de julho de 2008.** Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11754.htm>. Acesso em: 15 dez. 2017.

BRASIL. **Organização das Nações Unidas no Brasil – ONUBR.** Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/onu-no-brasil/>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

_____. Planalto: **Código Criminal do Império 16 de dezembro de 1830.** 2018. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/242733>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

_____. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

_____. **Saúde Mental para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas.** 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=11359&Itemid=693>. Acesso em: 22 jun. 2016.

_____. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental.** 5. ed. Brasília, 2004.

_____. Senado Federal. Em Discussão. **História do Combate as drogas no Brasil.** 2017. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/242733>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

_____. Senado Federal. Em Discussão. **Revista de audiência Pública.** 2017. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica.aspx>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

_____. Senado Federal. **Institucional** – Biblioteca digital. 2018. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/242733>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

_____. Senado Federal. **O código Penal de 1890.** 2018. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/221763>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

BUVINICH, D. P. R. O mapeamento da institucionalização dos conselhos gestores de políticas públicas nos municípios brasileiros. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, n. 48, v. 1, p. 55-82, 2014.

CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, n. 13, v. 3, p. 477-84, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a04>>. Acesso em 22 jun. 2016.

CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 dez. 2017.

CARLINI, A. E. *et al.* **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. São Paulo: CEBRID-UNIFESP, 2002, 391 p.

CARVALHO, S. **A política criminal das drogas no Brasil**. 1996. 366f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas. Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/106430>>. Acesso em: 27 jan. 2018.

_____. *et al.* **A política criminal de drogas no Brasil**: do discurso oficial às razões da descriminalização. 1996. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/106430>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

CDC. **Annual surveillance report of drug-related risks and outcomes**. United States, p. 20-27, 2017. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/drugoverdose/pdf/pubs/2017-cdc-drug-surveillance-report.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2018.

_____. (Org.). **Família em movimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, 188p.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2000, 567p.

COMAD. **Lei Municipal 7.691/1994**. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/institucional/comad/>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

COMINI, N. Democracia Abierta. **A natureza multidimensional do problema das drogas na América Latina**. 2016. Disponível em: <<https://www.opendemocracy.net/democraciaabierta/nicol-s-comini/natureza-multidimensional-do-problema-das-drogas-na-am-rica-latina>>. Acesso em 20 mar. 2018.

DA DROGA. Observatório Europeu da Toxicodependência (EMCDDA). 2012. **Relatório Anual 2012-A evolução do fenómeno da droga na Europa**. Disponível em: <https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/emcdda_pt>. Acesso em: 27 mar. 2018.

DAMASCENO, A. N. S. **O estigma na visão de Ervin Goffman e o Princípio da igualdade**. 2013. Disponível em: <<https://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/artigo/2996/o-estigma-visao-ervin-goffman-principio-igualdade>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

DANTAS, R. V. **Criminalização das drogas no Brasil: evolução legislativa, resultados e políticas alternativas**. 2017. 54f. TCC (Bacharelado em Direito) — Universidade de Brasília, Brasília.

DA SILVA, Maria Ozanira *et al.* Os programas de transferência de renda e a Pobreza no Brasil: superação ou regulação? **Revista de Políticas Públicas**, v. 9, n. 1, p. 251-278, 2015.

DEL OLMO, R. **A face oculta da droga**. Rio de Janeiro: Revan, 1990, 30 p.

_____. Geopolítica de las drogas. Revista Análisis, in: **Revista Anallisis**, Medellín, 1998. <https://www.cidp.pt/publicacoes/revistas/ridb/2013/14/2013_14_17163_17190.pdf> Acesso em 20/03/2018.

DEMICHELLI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S. Are reasons for the first use of drugs and family circumstances predictors of future use patterns? **Addictive Behaviors**, v. 27, n. 1, p. 87-100, 2002.

DEMO, Pedro. **Pesquisa Participante: saber pensar e intervir juntos**. Volume 8. Brasília: Líber Livro, 2004.

DE OLIVEIRA, V. C. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas atendidas em um CAPS AD do sul do Brasil. **Revista de Enfermagem Baiana**, v. 31, p. 1-12, n. 1, 2017.

DUARTE, M. L. C.; VIANA, K. R.; OLSCHOWSKY, A. Avaliação de usuários de crack sobre os grupos de familiares no Centro de Atenção Psicossocial. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 81-88, 2015.

_____. **Familiares de Usuários de Crack em um CAPS AD III: Avaliação de Necessidades e Cuidados**. 2013. 207f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

EMERGÊNCIA POLÍTICA. **Relato de um novo imaginário latino Americano para o século 21**. 2018. Disponível em: <<https://emergenciapolitica.org/america-latina/>>. Acesso em: 24 nov. 2018.

EUROPEAN FOOD RESEARCH AND TECHNOLOGY. **Relative Quantification of Vitis Vinífera in musts by Microsatellite DNA Analysis**. n. 227, p. 845-850, 2008. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s00217-007-0795-5#citeas>>. Acesso em: 8 jan. 2018

FAERMANN, L. A. A Pesquisa Participante: Suas Contribuições no Âmbito das Ciências Sociais. **Ciências Humanas**, v. 7, n. 1, p. 01-16, 2014.

FARAH, M. F. S. Análise de políticas públicas no Brasil: de uma prática não nomeada à institucionalização do “campo de públicas”. **Revista de Administração Pública**, v. 50, n. 6, p. 959-979, 2016.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999, 220 p.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a manipulação da Identidade Deteriorada**, trad. Mathias Lambert. Sabotagem, p. 04-119, 2004.

GOMES, F. G. Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 201-36, 2006.

GONZÁLEZ, F. **Pesquisa Qualitativa e subjetividade: os processos de construção e informação**. São Paulo: CENAGE Learning, 2015, 203p.

GOULART, S. L. Estigmas de grupos ayahuasqueiros. *In*: LABATE, Beatriz Caiuby (Org.). **Drogas e Cultura: Novas Perspectivas**. Salvador: EDU-FBS, 2008, p. 251-287.

GUARECHI; N.; HUNING, S. **Implicações a Psicologia no contemporâneo**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

GUARINELLO, N. L. O Vinho: uma droga mediterrânea. *In*: LABATE, Beatriz Caiuby (Org.). **Drogas e Cultura: Novas Perspectivas**. Salvador: EDU-FBS, 2008, p. 189-197.

HENMAN, A. R. A coca como planta mestra: reforma e nova ética. *In*: Beatriz Caiuby Labate (Org.). **Drogas e Cultura: Novas Perspectivas**. Salvador: EDU-FBS, 2008, p. 396-390.

IBGE. 2016. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

_____. **Censo Demográfico 2010: Características da população e dos domicílios, resultado do universo**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2017.

_____. **Censo demográfico das famílias**. 2017. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 22 mar. 2018.

JAEGER, G.; SELZNICK, P. A normative theory of culture. **American Sociological Review**, v. 39, n. 5, p. 213-242, 1964.

KANSTORSKI, L. P. *et alii*. Avaliando a Política da Saúde Mental num CAPS: A trajetória num movimento antimanicomial. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 242-263, 2011. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a16.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2017.

KISLINGER, E. **Dall unbriacone al krasopateras il consume del vino a Bisanzio**. 1991. Disponível em: <www.rmoa.unina.it/2832/1/Kislinger.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2017.

LASWELL, H. Politics: who gets what, when and how – sidy politics. **Encyclopedia Britannica**, 1936. Disponível em: <<https://www.britannica.com/topic/Politics-Who-Gets-What-When-How>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

LINO, L. L. Políticas Públicas para dependentes químicos: um estudo sobre CAPS AD. **Blucher Social Sciences Proceedings**, v. 1, n. 1, p. 01-11 2014. Disponível em: <<http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/politicas-pblicas-para>>

dependentes-quimicos-um-estudo-sobre-o-caps-ad-13002>. Acesso em: 22 jun. 2017.

MACHINEA, J. L. Síntese do Panorama Social da América Latina. **CEPAL**. 2006. Disponível em: <<https://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/prensa/noticias/.../3/...>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

MANN, P. H. **Métodos de investigação sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1983, 265 p.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. Volume 2. São Paulo: Atlas, 2002, 144 p.

MARTINS, A. A. C. **A política das Drogas nas Américas e a Política Antidroga brasileira**. Rio de Janeiro. Ano 2, nº14, 2013. Disponível em: <https://scholar.google.com.br/scholar?cluster=12326133803119722584&hl=pt-BR&as_sdt=0,5&scioldt=0,5>. Acesso em: 22 jun. 2017.

MEKSENAS, P. Aspectos metodológicos da pesquisa empírica: a contribuição de Paulo Freire. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, n. 78, p. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/078/78meksenas.htm>>. Acesso em: 02 fev. 2018.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18ª ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2001, 41 p.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Brasília, 2005.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. SENAD. CARMO, Paulina; DUARTE, A. Vieira; ANDRADE, Arthur Guerra de (Orgs.). **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 28 out. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção integral a Usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politicaatencao_alcool_drogas>. Acesso em: 03 dez. 2017.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, 2009.

_____. **Portaria nº 2841, de 20 de setembro de 2010.** Brasília. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/legislacao/2010/setembro/informe-eletronico-de-legislacao-em-saude-n-180-21.09.2010/legislacaofederal/u_pt-ms-sas-481_200910.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2017.

_____. Secretaria Executiva. Coordenação de DST e AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília, 2003.

MINTZ, Sidney. W. **Cultura: uma visão antropológica.** Tempo, v.14. n. 28. p.223-237, jul.2010. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-77042010000100010>.> Acesso em: 17 fev.2019.

NADER, P. **Curso de Direito Civil: Direito de Família.** Volume 5. Rio de Janeiro: Forense, 2006.

NORONHA, O. M. Pesquisa Participante: respondo questões teórico-metodológicas. *In:* FAZENDA, Ivani (Org.). **Metodologia de Pesquisa Educacional.** São Paulo: Cortez, 2001.

OEDT. A Evolução do Fenômeno da droga na Europa. **Revista Lisboa**, p. 33-44, 2012.

OLIVEIRA, D. **Bandura: Teoria Social Cognitiva.** 2017. 176p. Disponível em: <<http://www.academia.edu/16787800/Cap01BanduraTeoriaSocialCognitiva>>. Acesso em: 03 dez. 2017.

PEREIRA, A.; PATRÍCIO, T. **SPSS: guia prático de utilização: análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia.** 8. ed. Lisboa: Sílabo, 2013, 256 p.

PORTUGAL, F. T.; GONÇALVES, M. A. Análise histórica da psicologia social comunitária no Brasil. **Psicologia & Sociedade**, v. 28, n. 3, 2016.

RAMOS, P. F.; BRITO, C. M. D. A Internação Psiquiátrica compulsória de um familiar utilizada como medica protetiva a idoso. **Revista USP**, 2015, v. 16, p. 36-56.

RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. *In*: BEUREN, I. M. (Org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. Volume 3, São Paulo: Atlas, 2003, p. 76-97.

REIS, G. S., Democracia no Uruguai: quase um oásis, mas o diabo mora nos detalhes. **Teoria & Pesquisa: Revista de Ciência Política**, v. 26, n. 2, 2017. Disponível em: <<http://www.teoriaepesquisa.ufscar.br/index.php/tp/article/view/601>>. Acesso em: 24 nov. 2018.

REUTER, P. **Avaliação da Política sobre Drogas nos Estados Unidos**. Universidade de Maryland Baltimore – UBM, EUA. p. 01-16, 2008. Disponível em: <<http://www.cbdd.org.br/wp-content/uploads/2009/10/REUTER-Peter-Avalia%C3%A7%C3%A3o-sobre-a-pol%C3%ADtica-de-drogas-dos-Estados-Unidos.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2018.

ROCHA, E. E. R. B. A Pesquisa Participante e seus Desdobramentos – Experiências em Organizações Populares. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária**. Belo Horizonte, 12 a 15 de setembro de 2004. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/congrent/Direitos/Direitos8.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2018.

RODRIGUES, E. *et al.* A pobreza e a exclusão social: teorias conceitos e políticas sociais em Portugal. **Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**, v. 9, 2017.

ROSANELI, Caroline F. *et al.* A fragilidade humana diante da pobreza e da fome. **Revista Bioética**, v. 23, n. 1, 2015.

SANTOS, José Luiz dos. **O que é Cultura**. 14. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994, p.110.

SANTOS, Marcos Eduardo. **Da observação participante a pesquisa-ação: uma comparação epistemológica para estudos em administração**. 2011. Disponível em: <http://www.profmarcoseduardo.xpg.com.br/pessoal/facef_pesq.pdf>. Acesso em: 05 out. 2017.

SERVA, M.; JAIME JUNIOR, P. Observação participante pesquisa em administração: uma postura antropológica. **Adm. empresa**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 64-79, 1995.

SILVA, M. A. B., ABRAHÃO, A. L. Políticas Públicas para Atenção Integral a Saúde dos usuários de álcool e outras drogas na Saúde Mental do Brasil: revisão de literatura, *Diversitates: Intenacional Journal*, Niterói/RJ, v. 08, p. 03-19, 2016.

SILVA, M. B.; GRIGOLO, T. M. Metodologia para iniciação científica à prática da pesquisa e da extensão II. **Caderno Pedagógico**. Florianópolis: Udesc, 2002, 229 p.

SILVA, R. A. **O papel da família no tratamento de dependentes de álcool e outras drogas**. 2016, p. 02-04. Disponível em: <<http://universidadebrasil.edu.br/portal/o-papel-da-familia-no-tratamento-de-dependentes-de-alcool-e-outras-drogas>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

SILVA, S. G. Introdução aos Estudos sobre Políticas Públicas como Campo do Conhecimento. **Revista Universitária**, v. 02, n. 8, p. 01-03, 2016. Disponível em: <<http://www.gestaouniversitaria.com.br/artigos/introducao-aos-estudos-sobre-politicas-publicas-como-campo-de-conhecimento>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

SILVEIRA, P. S. da *et al.* Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. **Estudos de Psicologia**, Natal, p. 01-08, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v16n2/v16n2a03>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

SOUZA, A. L. B. O poder local, o município e a lei orgânica. **Gestão Pública/IGAM**. 2014, 01 p. Disponível em: <<https://www.igam.com.br/gestaopublica/o-poder-local-o-municipio-e-a-lei-organica/>>. Acesso em: 08 dez. 2017.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, 2006.

SOUZA, M. L. **Fobópole**: O medo generalizado e a militarização da questão urbana. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009, 288 p.

SOUZA, M. M. C. A importância de se conhecer melhor as famílias para a elaboração de políticas sociais na América Latina. **IPEA**, n. 20, p. 47-71, 2000.

TEIXEIRA, I. B. A. Políticas de drogas no Brasil e o papel do Estado liberal: luta de classes, ideologia e repressão. **Cadernos de Estudos Sociais e Políticos [serial on the internet]**, 2012, v. 1, n. 1, p. 55-70. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10000/10364>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

TORCATO, C. E. M. **A história das drogas e sua proibição no Brasil**: da Colônia à República. 2016. 371f. Tese (Doutorado em História Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

TREVISAN, A. P.; VAN BELLEN, H. M. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 3, p. 529-550, 2008.

UNIRG. Curso de Psicologia. **Relatório final de Estágio Ênfase A, CAPS AD III**. Gurupi – TO, 2015.

VARELLA, A. C. Os vícios de —comer cocall e da —borracheirall no mundo andino do cronista indígena Guaman Poma. *In*: LABATE, Beatriz Caiuby (Org.). **Drogas e Cultura**: Novas Perspectivas. Salvador: EDU-FBS, 2008, p. 345-368.

VELHO, G. Individualismo, Anonimato e Violência na Metrópole. **Horizontes antropológicos**, p. 15-29, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v6n13/v6n13a02.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

_____. **Individualismo e Cultura**: Notas para uma sociedade Contemporânea. 7ª reimpressão. Rio de Janeiro: Zahar, 1987, 149 p.

VINICIUS, E. Q. **A questão das drogas ilícitas no Brasil**. 2008. 94f. Monografia (Ciências Econômicas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

WERNER, J. A relação sujeito–drogas na perspectiva histórico-cultural: abordagens preventivas e terapêuticas. **Revista de Educação do COGEIME**, v. 13, n. 25, p. 77-88, 2016.

APÊNDICE II**ROTEIRO DE ENTREVISTA – EQUIPE**

1. Identificação

Data: ____/____/____ Hora: _____.

Profissional: A () B () C () D ()

Formação profissional: _____.

Idade: _____ Sexo: M () F ()

Tempo de serviço no programa: _____.

2. Entrevista

1. Como você avalia o serviço prestado à comunidade no CAPS CAPS AD III?

2. Quais as dificuldades encontradas na realização do trabalho?

3. Quais os pontos positivos e negativos do trabalho no CASPS AD III?

4. Você se considera capacitada (o) para realização do serviço no CAPS AD III?

APÊNDICE III
ROTEIRO DE ENTREVISTA – USUÁRIO

1. Identificação

Data: ____/____/____ Hora: _____.

Nome: (utilizar apenas as iniciais) _____ idade: _____.

Sexo: M () F ()

Tempo que frequenta o programa: _____.

Tempo de uso da droga: _____.

2. Entrevista

1. Você está satisfeito com o atendimento que você recebe no CAPS AD III?

2. Quais os pontos positivos e negativos do CAPS AD III?

3. O que você acha que precisa ser melhorado?

4. Como você avalia o atendimento prestado à sua família?

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

“O TCLE respeita a pessoa e sua autonomia, permitindo ao indivíduo decidir se quer e como quer contribuir para a pesquisa”. (Res. nº. 466/12).

Prezado (a) Senhor (a), Eu, Dulcimara Carvalho Moraes, aluna de mestrado em Gestão de Políticas públicas – GESPOL, pela UFT/UnirG abaixo identificado (s), solicito a sua colaboração no sentido de que o senhor faça parte de uma pesquisa que será desenvolvida sob a minha supervisão como pesquisador (a) responsável. Junto com este convite para sua participação voluntária estão explicados a seguir todos os detalhes sobre o trabalho que será desenvolvido para que o (a) senhor (a) entenda sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

Título: AÇÕES E PRÁTICAS ASSISTENCIAIS REALIZADAS COM FAMÍLIAS DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CAPS ADIII EM GURUPI - TOCANTINS

Pesquisador responsável: Dulcimara Carvalho Moraes

Orientador: Professor Dr. Marcelo de Souza Cleto

Objetivo do estudo: Identificar e avaliar as ações e práticas assistenciais realizadas com as famílias dos atendidos pelo programa psicossocial do CAPS AD III de Gurupi.

Procedimento da Pesquisa - As sessões desta pesquisa serão desenvolvidas através de entrevistas realizadas com a equipe multiprofissional, famílias e usuários do CAPS AD III de Gurupi/TO e gravadas.

O público alvo da presente pesquisa será a equipe multiprofissional e 10 famílias com seus referentes usuários do programa psicossocial. A pesquisa só será iniciada após submissão e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa responsável.

Após submissão e aprovação do projeto no comitê de ética, haverá convocação das famílias e usuários que se habilitem voluntariamente a participar da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, serão realizadas as entrevistas. Para obtenção de maiores dados sobre o participante pretende-se recorrer ao relato dos familiares e dos funcionários da instituição além de observações, em lugares e momentos distintos.

Os possíveis riscos e desconfortos: Os riscos inerentes à investigação demonstram-se restritos, visto que a coleta de dados com a família e usuários não trará implicações emocionais severas ou físicas. Caso algum membro da família ou usuário possa sensibilizar devido à sua vulnerabilidade ou instabilidade emocional, a pesquisadora em questão estará apta a desenvolver ações interventivas que venham a equilibrar a instabilidade ou vulnerabilidade emocional dos sujeitos. O acolhimento psicológico às famílias, equipe e usuários, bem como a escuta ativa e intervenção focal diante do problema e da crise será realizada no próprio ambiente físico do programa, nos dias das atividades e ações desenvolvidas para as famílias e usuários.

. Os benefícios que o(a) senhor(a) deverá esperar com a sua participação, mesmo que não diretamente são: (Os benefícios seriam que em termos comunitários e sociais possam implementar e otimizar serviços e ações pertinentes ao sistema psicossocial, famílias, membros usuários e equipe multidisciplinar.

Enquanto durar a pesquisa, e sempre que necessário, o(a) senhor(a) será esclarecido(a) sobre cada uma das etapas do estudo telefonando ou nos procurando a qualquer momento durante as 24 horas do dia nos telefones e/ou endereços abaixo descritos, onde nós estaremos disponíveis para quaisquer esclarecimentos.

O (a) senhor(a) é absolutamente livre para, a qualquer momento, desistir de participar, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. Fica claro que as informações conseguidas através da sua participação nesta pesquisa poderão contribuir para (elaboração de monografia e/ou artigo científico e/ou fim a que a pesquisa se destina). Nós pesquisadores garantimos sua total privacidade, não sendo expostos os seus dados pessoais e/ou sua família (nome, endereço e telefone). Quanto a imagens pessoais resultantes de sua participação neste estudo,

serão colhidas de forma a preservar a integridade total (sua e/ou da família) sem risco de discriminação e/ou estigmatização. Assumimos o compromisso de trazer-lhe os resultados obtidos na pesquisa assim que o estudo for concluído (Caso exista grupo controle, é necessário garantir-lhe o mesmo tratamento quando do término da pesquisa) e aproveitamos para informar que a sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária não havendo qualquer previsão de indenização ou ressarcimento de despesas, que correrão sob nossa responsabilidade. Esperando tê-lo informado de forma clara, rubricamos todas as páginas do presente documento que foi elaborado em duas vias sendo uma delas destinada ao senhor. Obs.: em caso de denúncia por descumprimento do TCLE, procurar o CEP/UNIRG - UFT: Avenida Rio de Janeiro, 1585, Centro. Fone: (63) 3612-7645 ou e-mail cep@unirg.edu.br

.....
Dulcimara Carvalho Moraes, Av. Ministro Alfredo Nasser Cx postal 180 –
Gurupi/TO – CEP: 77402-970, Cel.: (63) 98111-0830

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado (a) dos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e que compreendi perfeitamente tudo o que me foi informado e esclarecido sobre a minha participação na pesquisa. Estando de posse de minha capacidade psíquica e legal, concordo em participar do estudo de forma voluntária sem ter sido forçado e/ou obrigado e sem receber pagamento em qualquer espécie de moeda. Assino este documento em duas vias com todas as páginas por mim rubricadas.

Gurupi, _____ de _____ de _____.

.....
Impressão Datiloscópica ou Nome completo, e RG do voluntário da pesquisa
(legível)

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA O REPRESENTANTE LEGAL DO SUJEITO VULNERÁVEL

Eu, (nome completo do representante legal) de posse de minha capacidade psíquica e legal, fui informado(a) de maneira clara e detalhada dos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, tendo também sido esclarecido para mim que todos os dados pessoais serão confidenciais. Os pesquisadores afirmaram também que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. Como representante legal de(a) (nome completo do voluntário) autorizo sua participação voluntária no estudo, estando ciente de que não receberei pagamento em qualquer espécie de moeda. Declaro que recebi uma cópia deste termo, que vai por mim rubricado e assinado, ficando a outra em poder dos pesquisadores.

Gurupi, _____ de _____ de _____.

.....
Nome completo e RG do voluntário da pesquisa (legível)

ANEXO II

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE ATIVIDADES E AÇÕES NO CAPS AD III GURUPI/TO

Para um melhor acompanhamento e atendimento das atividades e ações realizadas no programa, pode ter como proposta os seguintes passos descritos neste protocolo.

1º Passo: reunião informativa uma vez por mês das famílias que estão tendo contato com o Programa Psicossocial do CAPS AD III pela primeira vez. Esta reunião tem que ser de caráter informativo sobre o programa e deve esclarecer os seguintes pontos:

1. O que é o CAPS AD III
2. Qual o seu objetivo e função
3. Atividades e Ações desenvolvidas
4. As modalidades de serviço e atendimento
5. Qual o papel de cada profissional no serviço
6. As diferenças do regime de 12 horas e de 21 horas
7. O papel da família no CAPS AD III

2º Passo: As atividades e ações realizadas com as famílias deverão ocorrer de 15 em 15 dias, sendo que a primeira deve ser para escuta ativa e acolhida das famílias diante das suas necessidades e o segundo grupo terapêutico. Estas atividades deverão ser planejadas e programadas com todos os profissionais da equipe e seguir um cronograma pré-estabelecido. Pode ser construído um plano de ação contendo os seguintes pontos:

1. Tipo de atividade a ser desenvolvida.
2. Local
3. Data
4. Hora
5. Grupo a ser trabalhado
6. Profissional responsável
7. Tipo de atividade ou ação (palestra, vivência, grupo de conversa...)
8. Método a ser utilizado

9. Procedimentos
10. Recursos
11. Síntese
12. Avaliação
13. Referencia utilizada (livros, vídeo, filmes...)

3º Passo: As atividades com os usuários devem ser programadas de acordo com a dinâmica dos usuários respeitando suas carências para que tenham um melhor aproveitamento. Pode-se ter:

1. Uma vez por semana grupo de conversa informativa
2. Uma vez por semana grupo terapêutico
3. Planejamento de atividade recreativa
4. Atividade de cultura e lazer (cinema, competições de jogos de mesa, competição de futebol, momento de leitura, etc.).
5. Uma vez por mês palestra com profissionais de acordo com o tema proposto pelo grupo.

4º Passo: Ampliação da comunicação com a equipe multiprofissional:

1. Uma vez por semana reunião para discussão de casos mais severos e complexos (estudo de caso).
2. Uma vez por mês reunião para análise, discussão e avaliação do trabalho desenvolvido.
3. Semestralmente qualificação formal para melhor embasamento e dinâmica do trabalho.

5º Passo: Com relação às redes de apoio e atenção:

1. Realizar bimestralmente reuniões com diretores, coordenadores, líderes religiosos, autoridades municipais e políticas, com o objetivo de mostrar a relevância do programa à comunidade e unir parcerias nas realizações de projetos.
2. Realizar bimestralmente ações em escolas e grupos comunitários para promover atividades de prevenção e promoção de saúde sobre saúde mental, álcool e outras drogas.

6º Passo: Com relação às instituições acadêmicas de ensino superior:

1. Realizar anualmente um foro de debates para que sejam discutidas questões relevantes sobre o tema em nosso município dentro das redes primárias de atenção e produzir propostas para que sejam votadas junto aos órgãos competentes do município.
2. Criar parcerias para projetos de extensão, estágios curriculares regulares para otimização dos projetos no programa, com todas as áreas de atuação.

ANEXO III**PLANO DE AÇÃO****Cabeçalho do Programa****PLANO DE AÇÃO****1 – Dados do programa****2- Identificação**

1. Tipo de atividade a ser desenvolvida.
2. Local
3. Data
4. Hora
5. Grupo a ser trabalhado
6. Profissional responsável

3 – Objetivo:**4 – Tipo de atividade ou ação (palestra, vivência, grupo de conversa...)****5- Método a ser utilizado:**

1. Procedimentos
2. Recursos
3. Síntese
4. Avaliação
5. Referências utilizadas (livros, vídeo, filmes...)

6- Procedimentos:

7- Recursos

8 – Síntese

9 – Avaliação:

10- Referencias utilizada (livros, vídeo, filmes...):

Assinatura do coordenador (a)

Assinatura do profissional
(responsável)

