

**CENTRO UNIVERSITÁRIO TABOSA DE ALMEIDA  
ASCES - UNITA  
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**AYANNE SANGUINETO CARREIRO**

**REDE DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS/AS DE ÁLCOOL E OUTRAS  
DROGAS NO MUNICÍPIO DE CARUARU-PE: A PERCEPÇÃO  
DOS/AS USUÁRIOS/AS QUANTO A EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS  
PARA GARANTIA DE DIREITOS**

**CARUARU – PE**

**2016**

**AYANNE SANGUINETO CARREIRO**

**REDE DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS/AS DE ÁLCOOL E OUTRAS  
DROGAS NO MUNICÍPIO DE CARUARU-PE: A PERCEPÇÃO  
DOS/AS USUÁRIOS/AS QUANTO A EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS  
PARA GARANTIA DE DIREITOS**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Centro Universitário Tabosa de Almeida – ASCES - UNITA, como requisito parcial, para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Mestra. Rosineide Maria Gonçalves.

**CARUARU – PE**

**2016**

## **BANCA EXAMINADORA**

Aprovada em: \_\_/\_\_/\_\_.

---

**Prof<sup>a</sup>. Mestra. Rosineide Maria Gonçalves**

---

**Primeiro Avaliador: Prof.**

---

**Segundo Avaliador: Prof.**

## DEDICATÓRIA

*Dedico esta pesquisa a minha mãe que é meu alicerce e meu suporte. Obrigada mainha por estar sempre comigo.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me sustentar com sua mão me dando saúde, paz, fé e confiança em mim mesma, pois sem estas coisas eu não conseguiria chegar até aqui.

Agradeço ao meu pai, Ailton, que esteve sempre a postos quando precisei dele durante toda minha vida. Agradeço também a minha família paterna; vovó Zefinha e meu avô, carinhosamente chamado por mim de pai (*in memoriam*), e tios, que sempre me acolheram com amor e carinho.

É com sentimento de gratidão e carinho que agradeço a minha querida mãe, Eliane, que durante a jornada da graduação não me deixou só, mesmo cansada, não desistiu de enfrentar tudo comigo. Obrigada mainha, pelas suas orações e por ser minha referência de mulher de fé. Amo você e tudo que você significa pra mim e oro a Deus pra você ser a pessoa mais feliz e realizada do mundo.

Uma peça fundamental nessa jornada tem por nome Eunice, agradeço minha avó que cuidou de mim desde meus quatro anos de idade e até hoje não deixou nada faltar e me faz sentir que é tudo de coração. Foi por ela acreditar em mim que consegui chegar até aqui e chegarei ainda mais longe se depender do esforço e do amor dela. Obrigada vovó. Agradeço também a minha família materna, que com suas risadas deixaram minha vida mais leve. E não poderia esquecer do meu avô Daniel, (*in memoriam*) que foi um exemplo de bondade e afeto.

Agradeço também ao meu namorado Mikael, que sempre fez com que eu me desafiasse e acreditasse sempre na minha força interior. Agradeço seus gestos de confiança Nana, e principalmente por seu senso de humor incomparável, esse fez toda a diferença nos pesados dias de luta. (xis xis). Sou grata também a sua família, nas pessoas de sua irmã Manuelle, seu pai, Manoel, que tira muitas de nossas risadas e principalmente a sua mãe Márcia, mulher forte, que me acolheu e me socorreu em muitos momentos difíceis, assim como sua irmã. E claro, obrigada por me dar a graça de cuidar de Bebel, ela com certeza mudou minha vida pra melhor (formamos um belo trio). Enfim, obrigada a todos vocês.

Não posso esquecer de meus mestres (professores do ensino fundamental, médio e graduação). Estes desenvolveram meu pensamento crítico, o que me

preparou não só para o mercado de trabalho, mas também para a vida. Obrigada a todos (as).

São peças fundamentais também, três amigas que conquistei durante um ano de graduação no curso de Direito, estas me apoiaram quando decidi fazer a transferência para o curso de Serviço Social, o que foi de suma importância, pois me passaram confiança para seguir o caminho que eu quis pra mim, mesmo sendo diferente do delas. Obrigada meus "animaizinhos" (Nathália, Dayanne e Viviane) por não me esquecerem.

Não posso deixar de citar também meus companheiros de turma, Rafaella, Joelma, Jeferson, Keila, Raquel, Patrícia, Edneusa e Jucélia, que me acolheram no 2º período do curso de Serviço Social. Vocês tornaram a caminhada mais leve pois dividimos nossas angústias e medos. Tornaram também a caminhada mais feliz, pois o senso de humor é nossa marca registrada. Obrigada queridos! E em especial a Carol e Virgínia, companheiras de luta do início ao fim, vocês duas foram um suporte essencial nessa jornada, quero vocês pra vida toda.

Por último, mas não menos importante, meu sentimento de gratidão a minha orientadora e professora Rosineide Gonçalves. Mulher alegre, inteligente e acima de tudo, forte. Obrigada Rosi, pelas orientações na produção desse trabalho e também na vida. És um exemplo a ser seguido.

Assim encerro meus agradecimentos, na sensação de que tive as melhores pessoas ao meu lado, o que fez toda diferença. Obrigada a todos (as). Vocês são espetaculares. Amo vocês.

## RESUMO

O presente estudo teve por objetivo trazer a percepção dos/as usuários/as de álcool e outras drogas acerca da efetividade de seus direitos no atendimento em rede previsto nas políticas nacional e estadual sobre drogas. Para tal, foram feitas abordagens a respeito da problemática das drogas e os movimentos sociais que demandaram a elaboração de políticas públicas. Considerando que o trabalho voltado aos usuários/as de álcool e outras drogas é realizado por meio de uma atuação em rede, o presente estudo traz também as estratégias que envolvem essa atuação, para assim melhor compreendê-la. Foram realizadas análises dos textos da Política Nacional sobre Drogas - PNAD instituída no ano de 2005, bem como da Política Estadual sobre Drogas de Pernambuco, instituída em 2011 para melhor compreender a relação entre os direitos previstos pelas mesmas e o trabalho desenvolvido pela rede que as compõe. Por fim, foi realizada pesquisa de campo com os/as usuários/as de álcool e outras drogas que estão sendo atendidos pelo CAPSad III – Mandacará situado no município de Caruaru-PE e os resultados indicam que, do ponto de vista da saúde os direitos, em geral, estão sendo garantidos, porém observa-se lacunas na articulação com a rede complementar que possa garantir direitos, a exemplo da reinserção no mercado de trabalho.

**PALAVRAS-CHAVES:** Drogas; Garantia de Direitos; Rede de Atenção aos Usuários de Drogas.

## **ABSTRACT**

The present study aimed to bring the perception of users of alcohol and other drugs about the effectiveness of their rights in the network care provided in national and state drug policies. To that end, approaches were made regarding the drug problem and the social movements that demanded the elaboration of public policies. Considering that the work aimed at the users of alcohol and other drugs is carried out through a network operation, the present study also brings the strategies that involve this action, in order to better understand it. An analysis of the texts of the National Policy on Drugs - PNAD instituted in 2005, as well as the State Policy on Drugs of Pernambuco was instituted in 2011 to better understand the relationship between the rights provided by them and the work developed by the network that Makes up Finally, field research was carried out with users of alcohol and other drugs that are being treated by the CAPSad III - Mandacarú located in the city of Caruaru-PE and the results indicate that from the point of view of health rights , In general, are being guaranteed, but there are gaps in the articulation with the complementary network that can guarantee rights, such as the reintegration into the labor market.

**KEY-WORDS:** Drugs; Guarantee of Rights; Attention Network for Drug Users.



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Critérios de inclusão e exclusão.....	46
--	----

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figuras 1.</b>	Cidade de Caruaru.....	39
<b>Figuras 2.</b>	Feira de Caruaru.....	39

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b>	Gráfico da evolução do Índice de Desenvolvimento Humano de Caruaru.....	40
<b>Gráfico 2.</b>	Faixa etária.....	47
<b>Gráfico 3.</b>	Tipos de substâncias.....	48

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b>	Renda, Pobreza e Desigualdade – Município de Caruaru – PE.	41
<b>Tabela 2.</b>	Vulnerabilidade Social do município de Caruaru – PE.....	41

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AA</b>	Alcoólicos Anônimos
<b>CONFEN</b>	Conselho Federal de Entorpecentes
<b>CONAD</b>	Conselho Nacional Antidrogas
<b>CEPAD</b>	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas
<b>CAPS</b>	Centros de Atenção Psicossocial
<b>CAPS AD</b>	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
<b>IDHM</b>	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>MTSM</b>	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
<b>NOB/SUAS</b>	Norma Operacional Básica/Sistema Único de Assistência Social
<b>NA</b>	Narcóticos Anônimos
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OBID</b>	Observatório Brasileiro sobre Drogas
<b>PNAD</b>	Política Nacional sobre Drogas
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>RAPS</b>	Rede de Atenção Psicossocial
<b>SENAD</b>	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
<b>SENA</b>	Secretaria Nacional Antidrogas
<b>SESC</b>	Serviço Social do comércio
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SUAS</b>	Sistema Único de Assistência Social
<b>SP</b>	São Paulo
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 1. ATUAÇÃO DO ESTADO E DA SOCIEDADE PERANTE O CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS.....</b>	<b>16</b>
1.1 Compreendendo a problemática do uso abusivo das drogas.....	16
1.2 As políticas sociais como direito.....	19
1.3 As política sociais para o uso abusivo de álcool e outras drogas.....	21
1.4 A estratégia de atuação na perspectiva do trabalho em rede.....	25
<b>CAPÍTULO 2. A PERSPECTIVA DO DIREITO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL E EM PERNAMBUCO.....</b>	<b>28</b>
2.1 Política nacional sobre drogas, a efetivação dos direitos dentro da estratégia em rede.....	28
2.2 A efetivação dos direitos dentro da estratégia em rede segundo a política estadual sobre drogas de Pernambuco.....	35
2.3 Caruaru: o território em estudo.....	38
2.4 Rede de atenção aos/as usuários/as de álcool e outras drogas do município de Caruaru – PE.....	42
<b>CAPÍTULO 3. A PERCEPÇÃO DOS/AS USUÁRIOS/AS QUANTO A EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS SOB A PERSPECTIVA DA GARANTIA DE DIREITOS.....</b>	<b>45</b>
3.1 O processo da pesquisa.....	45
3.2 Resultados e análise da pesquisa.....	47
3.2.1 Perfil dos/as usuários/as.....	47
3.2.2 Acesso na rede de atendimento.....	49
3.2.3 Abordagem do/a usuário/a como sujeito.....	52
3.2.4 Permanência do serviço.....	52
3.2.5 A importância do tratamento na vida do/a usuário/a.....	53
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>58</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>60</b>
<b>APÊNCIDES.....</b>	<b>65</b>

## INTRODUÇÃO

A problemática das drogas, assunto muito recorrente na contemporaneidade, vem sendo abordada por governos, setores da saúde e das organizações da sociedade como um problema provocado pelo crescente contingente de pessoas que se tornam usuárias de drogas. A dependência de drogas lícitas e ilícitas tem cada vez mais provocado problemas para os usuários no âmbito da saúde, segurança pública, perda de vínculos familiares, violência, acidentes de trânsito, entre outros.

No âmbito das responsabilidades do Estado essa problemática foi incorporada por políticas públicas que norteiam as ações voltadas para usuários de drogas. Políticas públicas como a Política Nacional sobre Drogas – 2005 e a Política Estadual sobre Drogas de Pernambuco – 2011 que nesta pesquisa buscou discutir suas ações na perspectiva da garantia de direitos para seus usuários.

A presente pesquisa é realizada durante a graduação do curso de Serviço Social do Centro Universitário Tabosa de Almeida ASCES-UNITA situado no município de Caruaru/Pernambuco.

O tema da pesquisa emergiu a partir da experiência de Estágio Curricular I, inicialmente no Programa Atitude e, posteriormente, no Consultório de Rua do município de Caruaru, onde foi possível identificar como está configurada a rede voltada para os usuários de álcool e outras drogas. A aproximação destes serviços que despertou a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre o assunto.

No primeiro capítulo desta pesquisa busca-se trazer a discursão da problemática drogas e como o Estado é chamado a dar respostas a esse tema. Ainda neste capítulo discute-se os conceitos de rede e as estratégias que são utilizadas nesse método de atendimento a população.

O segundo capítulo deste trabalho trata de apresentar a política Nacional sobre Drogas, instituída no ano de 2005 e a Política Estadual sobre Drogas de Pernambuco, instituída em 2011 e como está configurada a proposta de rede por estas políticas e compreender se as mesmas abordam estratégias de garantia de direitos aos usuários de álcool e outras drogas. Faz-se um recorte também acerca da rede de saúde mental do município de Caruaru – PE.

Na sequência temos o capítulo três, capítulo este que traz a metodologia e os resultados da pesquisa qualitativa esta que por sua vez busca dar voz ao sujeito para explicar qual o seu olhar acerca da perspectiva de garantia de direitos dentro dos serviços garantidos pelas políticas e oferecidos pelas Rede de Atenção a Saúde - RAS e Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, isto se dará por meio da coleta de dados com entrevista que busque compreender a percepção do sujeito, a análise e interpretação dos fenômenos. Para Fraser, Gondim e Bahia (2004) “ ao privilegiar a fala dos atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos, sendo apropriada para investigações”.

Contudo, nos resultados obtidos, junto aos/as usuários/as de substâncias psicoativas, pode-se observar quais as considerações, críticas, percepções acerca dos serviços oferecidos a eles/as pela rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas dentro da perspectiva da garantia de direitos.



# **CAPÍTULO 1. ATUAÇÃO DO ESTADO E DA SOCIEDADE PERANTE O CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS**

## **1.1 COMPREENDENDO A PROBLEMÁTICA DO USO ABUSIVO DAS DROGAS**

O consumo de drogas lícitas e ilícitas não é uma prática recente, vem de séculos e abarca todos os povos. Fazendo parte da humanidade, as drogas são consumidas por diferentes povos e culturas em diferentes contextos históricos. No que justifica o seu uso, há diferentes motivações para utilização das mesmas, como por exemplo, lazer, rituais religiosos, aumento de disposição e energia, fuga da realidade, fins terapêuticos, entre outros.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS o conceito de drogas “ é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, causando alterações em seu funcionamento”. (*apud*. NICASTRI, 2011, p.19).

Vale ressaltar que, embora seja tão comum às relações humanas, a partir do século XX esse consumo atingiu proporções epidêmicas. Sabe-se que é nesse período da história que a humanidade conquista avanços tecnológicos importantes e geradores de mudanças profundas no modo de viver e de expressões das relações sociais. Junto a todo esse processo, as conquistas da civilização e reviravoltas em relação ao poder, ocorrem também ondas de problemas psicológicos causados, em muitos casos, pelo ritmo de vida urbano e pelo uso de substâncias psicoativas como opção alternativa de hábitos, prazeres ou mesmo soluções e fuga dos problemas.

Com a busca por prazeres, distração, diversão, alta ociosidade, entre outros fatores, a droga, tanto lícita quanto ilícita torna-se um produto do capitalismo por movimentar grande quantidade de dinheiro nos comércios legal (drogas lícitas) e ilegal (drogas ilícitas). A ciência contribui com esse quadro quando aprimora, transforma e potencializa seus usos e efeitos, por meio dos medicamentos comercializados.

A mudança dos hábitos em relação às drogas não aconteceu isolada do movimento geral da sociedade. O avanço da industrialização acarretou transformações nos meios de produção, comercialização, propagação dos produtos, numa era de aparente opulência, em que o consumo desenfreado de novos carros, roupas, telefones, comidas,

casas e viagens tornou-se o ideal de vida de grande parte da população. Este padrão de consumo estimulado pela propaganda afetou igualmente a relação das pessoas com as drogas. Produtos recentes ou tradicionais, lícitos ou ilícitos, conhecem novas vias de motivação e novas formas de procura de substâncias psicoativas. [...] (LACERDA, 2006, p.19).

A ampliação do acesso e consumo das substâncias psicoativas, quando se trata de algumas drogas lícitas, é resultante do surgimento de dinâmicas que facilitam e atingem o máximo de pessoas, a exemplo de: comerciais televisivos, cinemas, propagandas impressas, entre outros meios de comunicação para atender aos interesses do capital para ampliar seus lucros. Em contrapartida, o Estado gera o problema, porém recrimina o usuário de drogas, causando a exclusão dessa população.

Em relação às drogas ilícitas, por não terem controle institucional, a movimentação desse mercado se dá através do "crime organizado"<sup>1</sup>. Esse que por sua vez gera bastante lucro, pois atravessam fronteiras e povos de todo o mundo contribuem para o fortalecimento dessa rede de criminosos, tornando assim, fácil de corromper agentes públicos para facilitar o comércio ilegal dentro e fora do Brasil.

Aos/as usuários/as dessas substâncias, tanto álcool quanto outras drogas tão comercializadas e incitadas pelo capitalismo ou crime organizado resta a estigmatização, uma vez que, as drogas podem provocar alterações nas emoções, cognição e no comportamento devido ao prejuízo da capacidade de julgamento, da memória e do controle do pensamento, fazendo com que a sociedade julgue essa população como ameaça e um risco constante.

Há, do uso de drogas, entretanto, uma repercussão social. O grupo humano ressentido-se dos comportamentos, das "condutas dos diferentes", seja simplesmente pela "inconveniência" da diferença ou seja pelos danos físicos e morais sobre outros membros do grupo. Com esse exemplo, percebe-se o peso do que nos ofende e, conseqüentemente, se elaboram as regras que vão sustentar a moralidade comum – em razão da qual (bem como a religião) se criam as proibições. (SEIBEL, 2010, p. 1097).

---

<sup>1</sup> De acordo com a Academia Nacional de Polícia Federal do Brasil, crime organizado é definido como sendo uma prática criminosa que possui as seguintes características: 1) planejamento empresarial; 2) antijuridicidade; 3) diversificação de área de atuação; 4) estabilidade dos seus integrantes; 5) cadeia de comando; 6) pluralidade de agentes; 7) compartimentação; 8) códigos de honra; 9) controle territorial; 10) fins lucrativos. **Revista digital Espaço Acadêmico**, nº 34. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/034/34coliveira.htm>. Acesso em: 15/10/2016.

Para o autor, o senso comum trata o uso de drogas como um comportamento diferente. Esse mesmo senso discrimina a existência desse comportamento dentro da normalidade da sociedade, pois considera que o diferente prejudicará a mesma.

A mídia ainda cria e recria diariamente amostras de pobreza e criminalidade das pessoas que fazem uso de drogas, criando o estereótipo, fazendo com que a sociedade se posicione contra essa população e com isso rejeitem, excluam e discriminem, sendo ela já tão vulnerável.

Deste modo, podemos perceber que a questão do uso abusivo de álcool e outras drogas é extremamente complexa, pois abarca diversos fatores e por isso se faz necessário ter uma compreensão desse complicado entrelace de relações que se centraliza na substância psicoativa.

No Brasil, segundo os estudos realizados pelo Observatório Brasileiro sobre Drogas – OBID (2005), 22,8% da população já fizeram uso na vida de drogas (exceto álcool e tabaco). Entre as drogas estão o uso da maconha, solventes, orexígenos, benzodiazepínicos, cocaína, xaropes e estimulantes.

Ainda segundo o OBID, entre 2001 e 2007, as regiões que apresentaram o maior número de óbitos diretamente associados ao uso de drogas foram: Sudeste: 44,3%, Nordeste: 27,8% e Sul: 16,3%. Nesse mesmo período e nessas regiões, foram registradas 392 mortes em acidentes ocorridos nas rodovias federais brasileiras que foram associadas ao consumo de álcool. Segundo levantamento domiciliar, ainda realizado pela OBID, a região que apresentou a maior prevalência do uso na vida de qualquer droga (exceto tabaco e álcool) foi o Nordeste, com 27,6%. Como toda problemática social, o Estado é chamado a dar respostas aos problemas enfrentados no âmbito da sociedade, por meio das políticas sociais que intervenham no conjunto de questões pertinentes. Para Demo:

As Políticas Sociais são propostas planejadas pelo Estado para o enfrentamento das desigualdades sociais. Pressupõe uma iniciativa expressa e organizada, não de ações paralelas, intermitentes e casuais; trata-se de enfrentamento, porque entre iguais e desiguais a relação mais típica é a do confronto dialético, no sentido da unidade dos contrários; supõe planejamento, ou seja, a percepção de que é possível intervir no processo histórico, não o deixando acontecer à revelia. (DEMO, 2005, p.14).

A partir dessa compreensão, é importante discutir o contexto e a forma como o Estado brasileiro se organizou para responder a esse conjunto de questões, quem

foram os sujeitos políticos que pautaram elaboração de políticas de atendimento aos/as usuários/as que engrossaram as estatísticas que tornou o consumo dessas substâncias em problema de saúde pública.

## 1.2 AS POLÍTICAS SOCIAIS COMO DIREITO

Para discutir políticas sociais faz-se necessário compreendê-la como processo social que se gestou, juntamente com os movimentos sociais, no período de surgimento das primeiras iniciativas de ascensão do capitalismo a partir da Revolução Industrial.

A política social aparece no capitalismo construído a partir das mobilizações operárias sucedidas ao longo das primeiras revoluções industriais. A política social, compreendida como estratégia governamental de intervenção nas relações sociais, unicamente pôde existir com o surgimento dos movimentos populares do século XIX. (VIEIRA, 2009, p. 140).

Em alguns países, como por exemplo: Noruega, Suécia, Finlândia e Dinamarca, durante o século XX o Estado tem a importante função de promover o bem-estar social. Essa ordem social requer um posicionamento do Estado às demandas ligadas aos problemas do cotidiano da sociedade, surgindo assim as políticas públicas. Sendo essas, responsáveis por responder as demandas que a sociedade trazia.

Assim, generalização dos direitos políticos é resultado da luta da classe trabalhadora e, se não conseguiu instituir uma nova ordem social, contribuiu significativamente para ampliar os direitos sociais, para tencionar, questionar e mudar o papel do Estado no âmbito do capitalismo a partir do final do século XIX e início do século XX. (BEHRING; BOSCHETTI, 2001, p.64).

No Brasil, o estado de bem-estar social não se instaura, mas na década de 1930 alguns direitos sociais foram conquistados, dando ênfase, a Constituição de 1934, que garantiu direitos trabalhistas como carga horária de trabalho de 8 horas, férias remuneradas; tudo isso em prol da classe operária.

Destaque importante pode ser dispensado a Constituição de 1988, pois garantiu avanços na área social e estabeleceu a Seguridade Social no país. Sempre partindo do princípio que as conquistas sociais são resultadas advindas das lutas da classe trabalhadora.

Nesse caso em questão, além dessa luta sindical, a referida constituição foi fortemente influenciada pelos movimentos pela redemocratização do país que mobilizou a sociedade e para apresentar um conjunto de emendas no congresso constituinte numa compreensão de políticas sociais como direito.

[...] diversamente dos abstratos direitos de primeira geração, os direitos ditos sociais são concebidos como instrumentos destinados à efetiva redução e/ou supressão de desigualdades, segundo a regra de que se deve tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida da sua desigualdade. (MENDES *et al.* 2008, p.710).

O Estado é, portanto, responsável por suprir as necessidades sociais, com a prestação e execução de políticas que possam alcançar a população de forma eficaz.

Expressão tradicionalmente consagrada como referente a ações governamentais dos Estados modernos tendo em vista atender a redução das consequências da pobreza em diversas áreas de serviços, como educação, saúde, habitação, previdência etc. Essas ações visam equacionar, em alguns casos, ou minimizar, em outros. (GENTILLI, 2007, pp. 77-78).

As políticas públicas podem ser formuladas principalmente por iniciativa dos poderes executivo, ou legislativo, separada ou conjuntamente, a partir de demandas e propostas da sociedade, em seus diversos seguimentos. A participação da sociedade na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas em alguns casos é assegurada na própria lei que as institui.

Assim, a sociedade participa ativamente mediante os conselhos em nível municipal, estadual e nacional. Audiências públicas, encontros e conferências setoriais são também instrumentos que vem se afirmando nos últimos anos como forma de envolver os diversos seguimentos da sociedade em processo de participação e controle social.

As políticas sociais podem ser explicadas, portanto, como as ações públicas que visam modificar alguma realidade da vida social, utilizando de forma adequada os recursos disponíveis, e atingindo os objetivos pretendidos.

[...] são diretrizes, princípios norteadores de ação do Poder Público; regras e procedimentos para as relações entre Poder Público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamento) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos [...] (TEIXEIRA, 2002, p.03).

### **1.3 AS POLÍTICA SOCIAIS PARA O USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

No que se refere a questão das drogas, nem sempre pensou-se em estratégias para prevenção e assistência aos/as usuários/as de álcool e outras drogas. No início do século XX essa abordagem é meramente feita na área da justiça e segurança pública, tratando o uso de substâncias psicoativas como um ato criminoso e moralmente incorreto, não importando as causas que levam o consumidor ao uso. (MOTA, RONZANI, 2013, *apud*. COSTA *et al.*, 2015).

As primeiras intervenções do governo brasileiro na área ocorreram no início do século XX, com a criação de um aparato jurídico-institucional destinado a estabelecer o controle do uso e do comércio de drogas e a preservar a segurança e a saúde pública no país (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 803).

Essa postura proibicionista tinha o intuito de travar uma “guerra” contra as drogas, tentando promover a abstinência das drogas ilícitas e livrar a sociedade delas completamente. Sob essa ótica o Estado brasileiro, durante a maior parte do século XX atua apenas na intenção de controlar o consumo das substancias ilícitas, criminalizando todo e qualquer acesso a elas.

A partir da década de 1970 e 1980 dispositivos prestam assistência aos/as usuários/as de drogas, como por exemplo, os hospitais psiquiátricos. (COSTA *et al.*, 2015). Espaços estes que serviam para o “tratamento” e “recuperação” e punição destes usuários/as. Assim como aborda Alves (2009), “o que prevalecia não era o direito a saúde, com a garantia de tratamento à dependência de drogas, mas sim a reabilitação criminal do viciado”.

Com o advento da Reforma Psiquiátrica nos anos 1970 e da consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, na década de 1980, a abordagem acerca das drogas, passa a ser encarada também como questão de saúde pública. A partir daí

nascerem os centros de tratamento, pesquisas e prevenção para o uso de substâncias psicoativas. É neste período também que estratégias de redução de danos ganham espaço e força política, o que proporcionava um novo olhar para os/as usuários/as de álcool e outras drogas. Seria redução de danos:

[...] a distribuição de insumos (seringas, agulhas, cachimbos) para prevenir a infecção dos vírus HIV e Hepatite B e C entre usuários de drogas; a elaboração e distribuição de materiais educativos para usuários de álcool e outras drogas informando sobre formas mais seguras do uso de álcool e outras drogas e sobre as consequências negativas do uso de substâncias psicoativas; os programas de prevenção de acidentes e violência associados ao consumo, e a ampliação do número de unidades de tratamento para o uso nocivo de álcool e outras drogas, entre outras. (BRASIL, 2005).

É importante abrir um parêntese para aprofundar o debate sobre o processo que se gestou a Reforma Psiquiátrica<sup>2</sup>, para então só depois continuar a discussão sobre as políticas públicas que surgiram voltadas para atenção aos usuários/as de álcool e outras drogas. A Reforma Psiquiátrica surge com a eclosão do “movimento sanitário”<sup>3</sup> (Reforma Sanitária). Instituída na década de 70, a Reforma Psiquiátrica é clamada através de movimentos sociais para efetivar a garantia de direitos aos pacientes psiquiátricos, que sofriam com o exílio dos hospitais psiquiátricos.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

---

<sup>2</sup> Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p.91).

<sup>3</sup> A Reforma Sanitária Brasileira foi proposta num momento de intensas mudanças e sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial. Almejava-se, desde seus primórdios, que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no País. A realidade social, na década de oitenta, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se constituía na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, restrita aos trabalhadores que para ele contribuíam, prevalecendo a lógica contra prestacional e da cidadania regulada.

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASÍLIA, 2005, p.06).

Dentro do movimento sanitário se constituiu o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), esse movimento era formado por integrantes do movimento sanitário, pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, por familiares, sindicalistas e membros de associações de profissionais. (BRASÍLIA, 2005, p.07). Com toda essa classe unida resulta em denúncias da violência dos manicômios aos seus internos, do processo de mercantilização da loucura que era oriunda de uma rede privada de assistência e a críticas aos modelos hospitalocêntricos.

Nos anos 80 as primeiras propostas de um novo modelo de assistência começam a emergir. O MTSM realiza o II Congresso Nacional, com tema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, no estado de São Paulo - Brasil. Nesta mesma década é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro - Brasil.

A partir dos debates travados nesses dois eventos surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial<sup>4</sup> (CAPS) no Brasil e agregado a ele se instaura um processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) no hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, onde ficou comprovado que ocorriam maus-tratos e mortes de pacientes. Essa intervenção tomou proporções nacionais, o que comprovou que o modo de tratamento que os hospitais psiquiátricos tinham era desumano e de total negação aos direitos das pessoas com transtorno mental, isso só demonstrou a necessidade de criação de uma rede de cuidados aos portadores de transtornos mentais, que por sua vez deveria ser implantada substituindo assim os hospitais psiquiátricos. Essa rede (ainda que mínima) vem a ser efetivada na década de 90.

---

<sup>4</sup> O primeiro CAPS do Brasil, denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira, surgiu em 1986, na cidade de São Paulo, a partir da utilização do espaço da então extinta Divisão de Ambulatório (instância técnica e administrativa da Coordenadoria de Saúde Mental, responsável pela assistência psiquiátrica extra-hospitalar) da Secretaria Estadual de Saúde. Transformou-se esse local num serviço que se propunha a evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e poder oferecer um atendimento intensivo para portadores de doença mental, dentro da nova filosofia do atendimento em saúde mental desse período. (RIBEIRO 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n3/v24n3a12.pdf>. Acesso em: 20/10/2016).



Mas antes de adentrar a década de 90, vale destacar a criação do Conselho Federal de Entorpecentes<sup>5</sup> – CONFEN na década de 80, que contribuiu nos anos 80 e 90 para o engajamento de práticas de atenção e planejamento de uma malha de serviços voltada para os usuários/as de drogas, embora mínimas.

A estrutura legal que encerra a lógica do isolamento em manicômios para os pacientes de saúde mental, para onde eram encaminhados/as os/as usuários/as de álcool e outras drogas, considerados problemas foi em 2001, com o Projeto de Lei de Paulo Delgado<sup>6</sup> do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais que substituiu (em vários estados) os leitos psiquiátricos. (BRASÍLIA, 2005).

Após a melhor compreensão desse processo que conduziu a abordagem dos governos quanto a problemática é importante adentrar agora na elaboração de políticas sociais voltadas para os/as usuários/as de álcool e outras drogas.

No final da década de 1990 e início dos anos 2000, o Brasil começa visar a falta de estratégias e políticas para a prevenção e assistência aos/as usuários/as de álcool e outras drogas. Sendo criada, em 2002, e reformulada em 2005, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) sob a responsabilidade da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Será explanado maior detalhamento sobre a PNAD no capítulo 2.

Em Pernambuco, pode-se contar também com a Política Estadual Sobre Drogas de Pernambuco instituída no ano de 2011, que juntamente com as outras políticas voltadas aos/as usuários/as de álcool e outras drogas se propôs a dar respostas ao trabalho voltado a este público.

O uso de substâncias psicoativas e suas consequências sanitárias, econômicas, sociais, jurídicas e políticas deixou de ser um assunto individual e privado e passou a ser considerado como um assunto político, como resultado de sua magnitude e transcendência, a qual afeta e compromete diferentes atores sociais, entre os quais se encontram os usuários de substâncias e seus familiares, instituições e formuladores de políticas nacionais e internacionais. (BELLO, 2015, p.17).

---

<sup>5</sup> Compete ao Conselho Federal de Entorpecentes propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica. (**CONFEN**: Decreto nº 85.110, de 2 de Setembro de 1980).

<sup>6</sup> Lei que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a abolição dos hospícios no país. Vale ressaltar que só veio a ser aprovada em 2001. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001.

Para Mota e Ronzani (2013), “essas políticas e leis agregam à abordagem do fenômeno uma perspectiva de saúde pública, em que as drogas lícitas e ilícitas aparecem como problemas relacionados à saúde da população, e não à ordem social”.

O “consumidor problemático” de substâncias psicoativas tem direito ao acesso aos serviços que lhes possibilitam receber tratamento, reabilitação e reinserção plena à sociedade. Porém, também, a política deve promover a igualdade e a não discriminação, o direito à propriedade, a autonomia individual, a integridade física, o direito à informação e participação, a liberdade de culto, reunião e circulação. (BELLO, 2015, p. 33).

Por fim, uma política pública que aborde diferentes aspectos da saúde pública referente ao uso de substâncias psicoativas, desde a promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e reintegração social, estaria fazendo parte de uma ação em rede onde se abarca todo processo social dos indivíduos diferentemente de ações voltadas apenas a ordem social. (BELLO, 2015).

#### **1.4 A ESTRATÉGIA DE ATUAÇÃO NA PERSPECTIVA DO TRABALHO EM REDE**

A abordagem da palavra rede remete a uma série de definições, pela consulta ao dicionário da língua portuguesa a mesma palavra é aplicada em diferentes significados, a exemplo de: rede de pesca, rede de dormir, rede telefônica, entre outras. Há, ainda, o uso da expressão nas tecnologias de informação. Nesse estudo será trabalhado o conceito de rede como estratégia de atuação conjunta de um grupo de pessoas e/ou instituições que ganham força como forma de organização em vários campos do conhecimento e da ação humana.

A estratégia de atuação em rede passou a ser considerada capaz de dar respostas aos problemas e desafios vivenciados pela humanidade que se revelam cada vez mais complexos. As redes possibilitam a comunicação ágil e o trabalho articulado entre pessoas, grupos e instituições localizados na mesma cidade ou em regiões e países, muitas vezes, distantes.

[...] compartilhar a autoridade (ou seja, a capacidade institucional de impor uma decisão) através de uma série de instituições. Uma rede, por definição, não tem centro e sim nós, de diferentes dimensões e com relações internodais que são frequentemente assimétricas. Mas,

enfim, todos os nós são necessários para a existência da rede. (CASTELLS, 1998, p.11).

Na perspectiva das políticas sociais o trabalho em rede é uma estratégia de atuação que visa superar a fragmentação dos saberes e das políticas e também para atender os cidadãos de forma integrada em suas necessidades. É uma alternativa de articular os atores envolvidos na busca de um objetivo comum. Nesse sentido buscando garantir os direitos sociais a toda e qualquer pessoa.

[...] aquela que articula intencionalmente pessoas e grupos humanos, sobretudo como uma estratégia organizativa que ajuda os atores e agentes sociais a potencializarem suas iniciativas para promover o desenvolvimento pessoal e social. (GONÇALVES; GUARÁ, 2010, p.14).

Diferentemente da estrutura de rede a estrutura piramidal baseia-se em níveis hierárquicos e as informações contidas nela são controladas e circulam de cima para baixo ou de baixo para cima e suas ações muitas vezes dependem da ordem dos níveis hierárquicos superiores. Já na estrutura em rede, que é formada por múltiplos centros, a informação circula livremente entre todos os integrantes da mesma, facilitando as ações que dependem de todos os seus integrantes, de forma articulada e integralizada.

Para o trabalho em rede acontecer e ter um bom funcionamento é necessário que todos os integrantes que a compõem estejam engajados e solícitos a melhorar, modificar e atender as necessidades da vida de seus usuários/as. É um trabalho formado por equipes interligadas, que mesmo que atuem em especificidades e setores diferentes ainda consigam conversar entre si, num sistema intersetorial.

A intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais [...]. (REDE UNIDA, 2000).

Atualmente, no Brasil, pensar em estratégias para o cuidado com usuários/as de álcool e outras drogas é pensar em rede numa tentativa de organização dos serviços, assumindo que atores sociais e instituições trabalhem de forma integrada, garantindo serviços e ações adequadas, acesso com qualidade e a continuidade e integralidade da atenção para com seus usuários/as.

[...] uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulado à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. (BRASIL, 2004, p.06).

Por fim, vale salientar que todo trabalho em rede voltado para o uso de álcool e outras drogas implica em ações cujas dimensões ética e política devem prevalecer na realização do atendimento. Para tanto, a atuação em rede deve colocar as políticas sociais em prática direcionando-as a vida dos/as usuários/as, deve ser então um trabalho que vá em direção à construção de espaços compartilhados e que os usuários/as sintam-se parte integrada da rede para colocar em prática os seus próprios objetivos.

## **CAPÍTULO 2. A PERSPECTIVA DO DIREITO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL E EM PERNAMBUCO**

### **2.1 POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS, A EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DENTRO DA ESTRATÉGIA EM REDE**

Conforme já discutido no capítulo anterior as políticas sociais são gestadas na pressão e luta dos movimentos sociais e são incorporadas pelo Estado em meio a contradição dos interesses das classes sociais. À luz do pensamento de (VIEIRA 2009), os movimentos impulsionam o poder público para dar respostas as suas demandas.

Partindo dessa concepção a política de saúde mental, ou seja, voltadas para o enfrentamento dos problemas gerados pelo uso abusivo de álcool e outras substancias psicoativas, foram trabalhadas a partir pressão dos movimentos de luta anti-manicomial e também do conjunto de estudos e debates sobre a problemática do uso abusivo de substancias psicoativas. Com a compreensão da problemática gera-se o interesse da sociedade para obtenção de respostas e que envolvesse políticos, gestores e especialistas para então se tornar objeto de intervenção.

Uma vez definida a problemática e os atores que estarão envolvidos no processo, o segundo passo é definir os objetivos e metas a serem alcançadas, para então se chegar a proposta de enfrentamento dos problemas. Nesse processo de planejamento de política para o tratamento dos usuários/as de álcool e outras drogas, é importante pensar não só no uso de substâncias psicoativas e suas consequências, mas também o que será oferecido de suporte para essa população.

Fazendo então um resgate histórico da Política Nacional sobre Drogas – PNAD instituída em 2005 se faz necessário destacar o ano de 1998, em que o Estado brasileiro vem iniciar a construção de uma política específica para a redução da demanda e da oferta das drogas. Foi realizada neste ano a XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas<sup>7</sup> que serviu para discutir os princípios diretivos que

---

<sup>7</sup> Discutiu o problema mundial das drogas. Os países estabeleceram uma nova agenda para a comunidade internacional, com a adoção de três documentos fundamentais: uma declaração política, uma declaração sobre os princípios orientadores da redução da demanda por drogas e uma resolução com medidas para reforçar a cooperação

iriam nortear o caminho para então chegar ao objetivo desejado. Algumas medidas foram tomadas nessa assembleia como, por exemplo, a transformação do Conselho Federal de Entorpecentes<sup>8</sup> (CONFEN) que se tornou o Conselho Nacional Antidrogas<sup>9</sup> (CONAD), e foi criada também a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). O período histórico que se concerne a esse ano foram denominados por alguns historiadores como a “década perdida” (década de 90), a inserção das políticas neoliberais e as privatizações das empresas estatais ao longo destes anos contribuíram significativamente para essa nomenclatura. Políticas específicas voltadas para o crescimento e para a distribuição de renda ficaram fora de plano durante esse período. Presidente do Brasil no ano de 1998 – Fernando Henrique Cardoso.

Para os anos 2000, especificamente a partir do ano de 2002 foi iniciada uma estratégia articulada e integrada entre governo e sociedade para a coordenação de uma política que atuasse frente a problemática das drogas. Assim, por meio de Decreto Presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002, foi instituída a primeira Política Nacional Antidrogas – PNAD do país.

Um ano depois, agora em 2003, foi identificada a necessidade de construção de uma nova estratégia para a redução da demanda e oferta das drogas e agora com a necessidade de contemplar três pontos principais, que são eles: integração das políticas públicas setoriais com a PNAD visando a necessidade de ampliar o alcance das ações; descentralização das ações em nível municipal, permitindo atividades para a redução da demanda, pensando nas especificidades de cada território e estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade.

---

internacional. Ao aprovar a declaração política, os Estados-membros das Nações Unidas comprometeram-se a obter resultados mensuráveis na redução da oferta e da procura de drogas ilegais até 2008. (ESCRITÓRIO DE LIGAÇÃO E PARCERIA NO BRASIL, disponível em <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html>> acessado em 18/11/2016).

<sup>8</sup> Compete ao Conselho Federal de Entorpecentes propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica. (**CONFEN**: Decreto nº 85.110, de 2 de Setembro de 1980).

<sup>9</sup> Compete ao CONAD: acompanhar e atualizar a política nacional sobre drogas, consolidada pela SENAD; exercer orientação normativa; acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD e o desempenho dos planos e programas da política nacional sobre drogas; propor alterações em seu Regimento Interno; e promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. (**CONAD**: decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006).

Contextualizando este ano, eleito pelo voto direto em 2002 e tomado posse para governar o Brasil a partir do ano de 2003, Luiz Inácio Lula da Silva – Partido dos Trabalhadores, representante da esquerda política, em seu mandato, que governou até o ano de 2010, houve consideráveis queda da pobreza, diminuição também das desigualdades sociais, criação/ou efetivação de programas sociais como o Bolsa Família, Fome Zero, Primeiro Emprego, Programa Universidade para Todos - PROUNI, Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior - FIES, entre outros, fez várias alianças com outros países, deixando uma boa imagem do Brasil perante o mundo. Houve crescimento significativo no salário mínimo, houve a redução da taxa de desempregados. E o governo caracterizou-se pela baixa inflação. Vale salientar que este contexto histórico se estende por vários anos, porém aqui se estenderá até o ano de 2005, onde é instituída a PNAD.

Em 2004 encontra-se a necessidade de realinhamento e atualização da então Política Nacional Antidrogas. Isso se deu por meio da realização de um seminário internacional de políticas públicas sobre drogas, que teve seis (6) fóruns regionais e um fórum nacional sobre drogas. Momentos estes abertos a participação popular e embasados por estudos científicos; a política agora, realinhada e atualizada passou a chamar-se Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Ela veio a ser aprovada no ano de 2005 no dia 23 de maio e entrou em vigor no dia 27 de outubro deste mesmo ano sob a Resolução N°3/GSIPR/CH/CONAD.

Neste contexto de (re)formulações nas políticas sobre drogas, da busca por melhores respostas aos desafios sociais no contexto do uso de drogas e na tentativa de atuação integrada dos diversos atores na implementação dessas políticas, com respeito à autonomia de cada um dos setores envolvidos, surge na pauta do debate e na emergência do campo de estudo o foco em estratégias que busquem a eficiência das políticas públicas e a integralidade das ações, como a intersetorialidade. (JUNQUEIRA; LAPORT, 2015, p.70).

Após essa trajetória capitaneada por um novo contexto das políticas sociais e instituída a Política Nacional sobre Drogas, em 2005, é importante destacar os pressupostos, fundamentos, objetivos, diretrizes e as estratégias em rede da mesma sob a perspectiva da garantia de direitos para seus usuários/as.

Observando a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), percebe-se que a mesma baseou-se em vários pressupostos, dos quais serão destacados aqui apenas os que estiverem relacionados com o objeto deste de estudo, ou seja, os

que identifiquem ou façam alusão a garantia de direitos dos/as seus/suas usuários/as no acesso à rede de serviços para o tratamento. A escolha justifica-se pela vasta quantidade de temas por ela tratados e que não são objeto de estudo desta pesquisa.

No tocante a Rede de Atenção destaca-se que, segundo discussões já apresentadas no primeiro capítulo deste estudo, por rede compreende-se “[...] uma estratégia organizativa que ajuda os atores e agentes sociais a potencializarem suas iniciativas para promover o desenvolvimento pessoal e social.” (GONÇALVES; GUARÁ, 2010, p.14).

Retornando aos pressupostos da Política Nacional sobre Drogas – 2005 a menção aos direitos dos usuários/as de substâncias psicoativas aparece em três momentos, bem como a perspectiva de ações em rede para melhoria das ações.

Tratar de forma igualitária, sem discriminação, as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas; garantir o direito de receber tratamento adequado a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas; garantir a implantação, efetivação e melhoria dos programas, ações e atividades de redução de demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos, levando em consideração indicadora de qualidade de vida, respeitando potencialidades e princípios éticos. (POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS - PNAD, 2005, pp.01 -02).

Os direitos dos/as usuários/as de álcool e outras drogas previstos na PNAD têm como objetivo garantir que os usuários/as que fazem uso dos serviços da rede de atenção sejam tratados com respeito e que o direito ao tratamento seja efetivado. Se tratando da estratégia de rede, neste caso ressalta-se a importância de que haja sempre uma melhoria nas ações prestadas pelos órgãos desde a prevenção até a reinserção social, para que as necessidades, advindas dos/as usuários/as sejam trabalhadas e supridas.

No que concerne aos objetivos da PNAD dois pontos do texto tem o intuito de garantir direitos aos/as usuários/as que dela necessitam. Vale ressaltar que estão listados na política um conjunto de 13 (treze) pontos que tratam de diferentes assuntos. Porém, como já foi citado, destacam-se aqui os que são relacionados ao objeto de estudo que é a garantia de direitos para seus/suas usuários/as nos serviços prestados pela rede.



Implantar e implementar rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas [...] integrando os esforços desenvolvidos no tratamento; Reduzir as consequências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para a pessoa, a comunidade e a sociedade. (POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS – PNAD, 2005, p.03).

O objetivo da proposta de rede aqui mencionada é integrar as ações dos diferentes organismos envolvidos no processo da atenção aos/as usuários/as de álcool e outras drogas para atender suas diferentes demandas. O segundo ponto citado reforça a importância de reduzir as consequências do uso abusivo para usuários/as, bem como para sua família e o território em que o mesmo está inserido.

Para a consecução dos seus objetivos a política tem estruturados 5 (cinco) eixos, quais sejam: 1- Prevenção; 2- Tratamento, Recuperação e Reinserção Social; 3- Redução dos Danos Sociais e à Saúde; 4- Redução da Oferta; 5- Estudos, Pesquisas e Avaliações. Todos esses eixos estão contemplados com orientação geral e suas diretrizes<sup>10</sup>.

Conforme orientação já definida acima, será tratado nesse ponto, apenas os eixos dois e três, ou seja, os que estão relacionados diretamente ao cidadão que tem como diagnóstico o uso abusivo de álcool e outras drogas, e que já se encontram como usuário dos serviços da rede.

No eixo 2 (dois) cuja proposta é estabelecer ações para tratamento, recuperação e reinserção social propõe descentralizar as ações para que apenas um setor, seja ele, federal, estadual, municipal, organizações não governamentais ou entidades privadas não se torne o único responsável por essas ações.

Destaca que as ações oferecidas a esse público devem ser pensadas a partir das pesquisas científicas para que sejam sempre aperfeiçoadas e cheguem da melhor forma possível ao/a usuário/a de substâncias psicoativas. Ainda sobre essas ações, as dotações orçamentárias devem ser distribuídas de acordo com o grau de necessidade de cada setor (esfera municipal, estadual ou federal), de forma que onde se necessita mais recursos se chegará mais recursos, existindo assim, a equidade.

---

<sup>10</sup> Linha reguladora de um caminho ou estrada, de um plano, um negócio, ou de procedimento; diretiva. (FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio Século XXI Escolar: O dicionário da língua portuguesa**, 2011).

Se tratando dos direitos dos usuários/as, este eixo menciona cinco (5) pontos que devem nortear os serviços de atenção aos/as usuários/as de álcool e outras drogas nesta perspectiva. Que são eles:

O Estado deve estimular, garantir e promover ações para que a sociedade (incluindo usuários, dependentes, familiares e populações específicas), possa assumir com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente, de forma descentralizada, pelos órgãos governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal, pelas organizações não governamentais e entidades privadas;

O acesso às diferentes modalidades de tratamento e recuperação, reinserção social e ocupacional deve ser identificado, qualificado e garantido como um processo contínuo de esforços disponibilizados, de forma permanente, para os usuários, dependentes e seus familiares, com investimento técnico e financeiro de forma descentralizada;

Na etapa da recuperação, deve-se destacar e promover ações de reinserção familiar, social e ocupacional, em razão de sua constituição como instrumento capaz de romper o ciclo consumo/tratamento, para grande parte dos envolvidos, por meio de parcerias e convênios com órgãos governamentais e organizações não governamentais, assegurando a distribuição descentralizada de recursos técnico e financeiros;

Promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para o tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergência, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros [...]”. (POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS – PNAD, 2005, pp.05 -07).

Mais uma vez se aplica a estratégia em rede que visa o desenvolvimento pessoal e social dos/as usuários/as de drogas lícitas e ilícitas, fazendo com que seja garantido o acesso a tratamento para essas pessoas, que nada mais é que um direito das mesmas.

Para a consecução dos seus objetivos a PNAD é concebida numa estratégia que compõe a estrutura de duas redes quais sejam: Rede de Atenção a Saúde (RAS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). No tocante a RAS Mendes afirma:

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão

única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada –, e com responsabilidade sanitárias e econômicas por esta população. (MENDES, 2010, p.2300).

São órgãos da saúde que atendem toda população e, muitas vezes, servem como portas de entrada para a acolhida dos/as usuários/as de álcool e outras drogas, a exemplo da Unidade de Saúde da Família – USF, entre outras. E visualizando a necessidade de atendimento especializado, encaminha-se para a RAPS.

No tocante a RAPS<sup>11</sup> é a articulação em rede que atua na estratégia de tratamento especializado para os/as usuários/as que são encaminhados pela RAS e que escolhem fazer o tratamento. Essas duas redes se materializam por meio dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS<sup>12</sup> e Sistema Único da Assistência Social - SUAS<sup>13</sup>.

Para melhor compreender o eixo 3 (três) que trata da redução dos danos sociais e à saúde destaca-se que são abordados três (3) pontos relacionados a garantia direitos das/os usuárias/os. Que seguem:

A promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos, deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, visando à redução dos riscos, as consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade;  
Orientar e estabelecer, com embasamento científico, intervenções e ações de redução de danos, considerando a qualidade de vida, o

---

<sup>11</sup> A RAPS é formada por 7 componentes: I - Atenção Básica em Saúde; II - Atenção Psicossocial Especializada; III - Atenção de Urgência e Emergência; IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório; V - Atenção Hospitalar; VI - Estratégias de Desinstitucionalização; VII - Reabilitação Psicossocial.

<sup>12</sup> É política pública de direção universal e direito de cidadania, capaz de alargar a agenda dos direitos sociais a serem assegurados a todos os brasileiros, de acordo com suas necessidades e independente de sua renda, a partir de sua condição inerente de ser de direitos. A assistência social, assim como a saúde, é direito do cidadão que independe de sua contribuição prévia e deve ser provido pela contribuição de toda a sociedade. (Norma Operacional Básica NOB/SUAS - 2005).

<sup>13</sup> O Sistema é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. (**Portal Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>. Acesso em: 10/10/2016).

bem-estar individual e comunitário, as características locais, o contexto de vulnerabilidade e o risco social; Implementar políticas públicas de geração de trabalho e renda como elementos redutores de danos sociais. (POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS – PNAD, 2005, pp.07-08).

No entanto, é um direito do cidadão participar de ações que visem redução de danos, sendo que para isso considerem todos os aspectos da vida do usuário, inclusive o produtivo.

Pode-se notar mais uma vez que a estratégia em rede é um ponto forte que vem afirmar que o texto da política foi idealizado para promover ações articuladas entre diversos setores.

## **2.2 A EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DENTRO DA ESTRATÉGIA EM REDE SEGUNDO A POLÍTICA ESTADUAL SOBRE DROGAS DE PERNAMBUCO**

Caruaru, para além de contar com a Política Nacional sobre Drogas – 2005 ainda pode contar com uma política estadual que trate também a temática das drogas. Denominada Política Estadual sobre Drogas de Pernambuco Lei Nº 14.561, de 26 de Dezembro de 2011<sup>14</sup> é dividida entre disposições gerais, princípios e diretrizes gerais e específicas, e disposições finais; lei esta, coordenada pela Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos, que contará com o auxílio das Secretarias de Estado envolvidas nas ações de saúde, educação, trabalho, justiça, assistência social, comunicação, cultura e defesa social.

Antes de adentrar propriamente ao município de Caruaru-PE e sua rede de atenção aos/as usuários/as de álcool e outras drogas, se faz necessário apresentar a Política Estadual sobre Drogas de Pernambuco – 2011, pois ela é outro objeto de estudo desta pesquisa e é também um objeto que rege a rede de atenção aos/as usuários/as de álcool e outras drogas no município de Caruaru. Ela será apresentada aqui com a mesma proposta que foi apresentada anteriormente a PNAD – 2005. Abordando os elementos de seu texto que tratem dos direitos dos/as

---

<sup>14</sup> A Política Estadual sobre Drogas de Pernambuco, que tem por finalidade estabelecer princípios e diretrizes para o fortalecimento e integração das ações de saúde, educação, trabalho, justiça, assistência social, comunicação, cultura e defesa social, no âmbito governamental e não governamental destinadas à prevenção e enfrentamento dos problemas decorrentes do uso de drogas lícitas e ilícitas. (**POLÍTICA ESTADUAL SOBRE DROGAS DE PERNAMBUCO**: Lei nº 14.561, de 26 de Dezembro de 2011).

usuários/as de substâncias psicoativas e conseqüentemente, a estratégia de rede presente em seu texto.

No que diz respeito aos princípios que a Política Estadual sobre Drogas de Pernambuco – 2011 traz em seu texto, pode-se citar quarto (4) deles em que os direitos dos/as usuários/as são abordados.

Respeito à dignidade da pessoa humana, com a promoção e garantia da cidadania e dos direitos humanos para usuários e dependentes de drogas; Transversalidade de suas ações e a não-discriminação de usuários e dependentes de drogas por motivo de gênero, condição sexual, origem étnica ou social, deficiência, procedência, nacionalidade, atuação profissional, religião, faixa etária ou situação migratória; Universalidade de acesso às ações e aos serviços destinados à acolhida, tratamento, proteção, reinserção social e inclusão produtiva de usuários e dependentes de drogas; Apoio à família, enquanto núcleo privilegiado de acolhimento e apoio para usuários e dependentes. (POLÍTICA ESTADUAL SOBRE DROGAS DE PERNAMBUCO, 2011 p.01).

Nota-se, fazendo um comparativo com a PNAD – 2005, o respeito para com os/as usuários/as como um direito que rege as políticas. É primordial a garantia da dignidade da pessoa humana, independente das diferenças dos povos. Faz parte também da garantia de direitos toda e qualquer pessoa que precisar dos serviços da rede de atenção aos/as usuários/as de álcool e outras drogas ter acesso aos serviços por ela oferecidos, sem distinção de classe social, raça ou etnia, bem como seus familiares.

Quanto as diretrizes gerais da Política Estadual, é mencionado que o trabalho desenvolvido em torno dos usuários que estão inseridos nos equipamentos da rede se dêem de forma que contemple todos os segmentos da vida social do indivíduo, dependendo das necessidades do mesmo. A rede deve atuar desde a prevenção até a inclusão produtiva dos usuários e ou pessoas envolvidas nesse trabalho.

Fortalecimento do pacto federativo, por meio da atuação conjunta e articulada de todas as esferas de governo no atendimento e na prevenção, acolhida, tratamento, proteção, reinserção social e inclusão produtiva de usuários e dependentes de drogas, e de todas as pessoas envolvidas direta ou indiretamente nas ações implementadas por esta Lei. (POLÍTICA ESTADUAL SOBRE DROGAS DE PERNAMBUCO, 2011, p.02).

Dentro das diretrizes específicas da Política Estadual sobre Drogas na área de prevenção pode-se observar dois momentos em que a efetivação dos direitos

para os/as usuários/as é abordada. Um momento é quando o texto da política fala do fortalecimento dos grupos família dentro dos espaços oferecidos aos/as usuários/as. Entende-se que o usuário necessita de sua família próxima a ele, se assim desejar, para que se fortaleça os vínculos familiares e caminhem juntos neste processo.

Fortalecimento e ampliação dos grupos com familiares nas redes de assistência à saúde, assistência social, complementar e escolar, visando ao incremento das ações de prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas; Por Rede Complementar ficam compreendidas as iniciativas de Grupos de Autoajuda, como AA (Alcoólicos Anônimos), NA (Narcóticos Anônimos), Amor Exigente, entre outros. (POLÍTICA ESTADUAL SOBRE DROGAS DE PERNAMBUCO, 2011, p.3).

No que concernem as diretrizes específicas no modelo de atenção, acolhida, proteção, tratamento, reinserção social e inclusão produtiva e Redução de Danos para a efetivação dos direitos dos/as usuários/as pode-se citar do texto da política:

Promoção da articulação e integração em rede dos serviços de atendimento aos usuários de drogas no que se refere à acolhida, proteção, tratamento, reinserção social e inclusão produtiva no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, da sociedade civil organizada e da rede complementar do Estado de Pernambuco; Implementação dos serviços de assistência social destinados às pessoas que fazem uso de drogas ilícitas ou abusam de drogas lícitas, e a seus familiares, considerando as características específicas dos diferentes grupos, de forma descentralizada e regionalizada; Articulação visando a garantir a habilitação e qualificação dos leitos hospitalares para o cuidado integral aos usuários de drogas lícitas e ilícitas nos Hospitais Gerais, assegurando leitos para todo ciclo da vida; Criação e ampliação de programas voltados à inclusão produtiva, a fim de divulgar e conscientizar a comunidade para a responsabilidade compartilhada nas ações continuadas de reinserção social do usuário de drogas lícitas e ilícitas; Articulação objetivando garantir que o Sistema Estadual de Proteção à Pessoa – SEPP assegure o atendimento dos usuários de drogas lícitas e ilícitas ameaçadas de morte, considerando as especificidades de gênero e todo ciclo de vida; Garantia ao reeducando, no sistema prisional e no sistema socioeducativo, de atendimento preventivo e especializado para tratamento de pessoas que fazem uso ou abusam de drogas lícitas e ilícitas; Assegurar junto aos gestores que o Projeto Terapêutico Singular - PTS e os Planos individuais e familiares promovam a reinserção social e a inclusão produtiva dos usuários de drogas lícitas e ilícitas, mediante ações que envolvam trabalho, cultura, esportes, lazer e educação, utilizando recursos intersetoriais e estratégias conjuntas; (POLÍTICA ESTADUAL SOBRE DROGAS DE PERNAMBUCO, 2011 pp.04 –06).

As diretrizes citadas acima indicam a importância de estratégia em rede dos serviços de atenção para a promoção do desenvolvimento social e pessoal dos/as usuários/as dos serviços, podendo contar com equipamentos do SUS e do SUAS, assim como a Política Nacional sobre Drogas - 2005 também menciona essas políticas. Consideram mais uma vez a importância do trabalho junto as famílias dos/as usuários/as. Pode-se afirmar novamente que é de direito dos/as usuários/as enquanto inseridos na rede de atenção a promoção a reinserção social e produtiva.

Destaca-se, também, que a Política Estadual faz menção, a garantia de atendimento em hospitais, tendo os leitos especiais para os problemas decorrentes do uso de drogas. Se tratando dos usuários que estão sob ameaça, é importante ressaltar que a rede de atenção assegura o direito de serem atendidos e acolhidos nos serviços e quanto aos reeducando, dentro ou fora do sistema prisional ele tenha acesso também aos tratamentos.

Por fim, diante das diretrizes específicas da Política Estadual Sobre Drogas na área de pesquisa, monitoramento e sistema de informação a política busca melhorias para efetivar os direitos de forma eficaz, direitos estes prestados por meio da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, pois a garantia de bom atendimento, melhores condições nesses atendimentos e qualidade em seus serviços são também formas de garantir direitos.

Incentivo à realização e criação de fóruns permanentes nos municípios que envolvam a rede de atendimento - saúde, educação, defesa, assistência social e complementar, a fim de trocar experiências, discutir papéis e construir um fluxograma dos serviços existentes, com o intuito de prestar um serviço de qualidade aos usuários e dependentes de drogas. (POLÍTICA ESTADUAL SOBRE DROGAS DE PERNAMBUCO, 2011 p. 8).

### **2.3 CARUARU: O TERRITÓRIO EM ESTUDO**

Caruaru está situada no agreste central pernambucano, a uma distância de 134,6 km do Recife, capital do estado. Tem uma população estimada em 2016 de 351.686 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Sua principal atividade econômica é o comércio, notadamente as feiras livres de confecções. O polo estudantil de ensino superior tem crescido, atraindo todos os anos um grande número de estudantes oriundos das cidades vizinhas.

Caruaru conta com universidades públicas e também com uma rede privada de faculdades particulares. Vale ressaltar que, em algumas formações como Serviço Social houve um aumento da oferta, mas com modalidade de Ensino a Distância – EaD, o que gera/gerou muitos debates acerca deste modelo de ensino.

**Figura 1.** Cidade de Caruaru.



FONTE: Imagem da internet.

**Figura 2.** Feira de Caruaru.

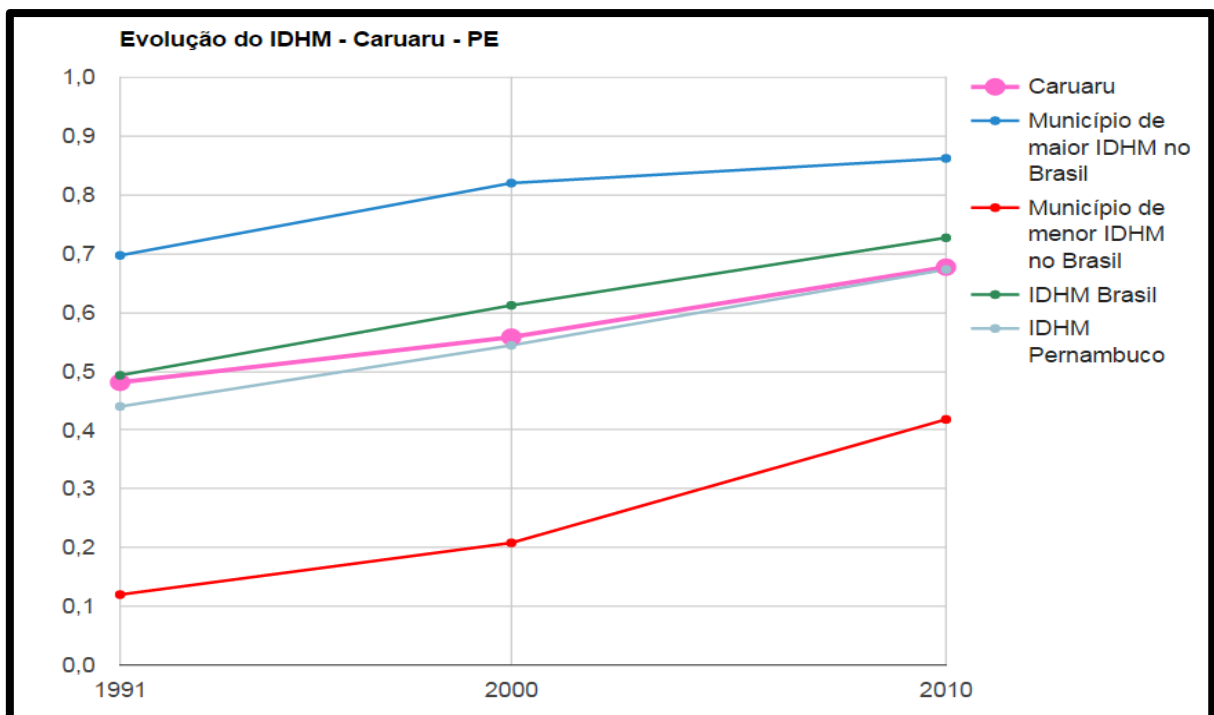


FONTE: Imagem da internet.



Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de Caruaru é 0,677, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). Para melhor visualização desse dado, segue o gráfico abaixo:

**Gráfico 1.** Gráfico da evolução do Índice de Desenvolvimento Humano de Caruaru.



Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

Os dados levantados pelo IPEA revelam que a renda per capita média de Caruaru cresceu 77,30% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 312,46, em 1991, para R\$ 416,02, em 2000, e para R\$ 553,99, em 2010. O que não se movimentou muito foi o índice de Gini, apontado no gráfico, indica o grau de concentração de renda, avaliado entre 1 e 0, sendo 0 representando situação de total igualdade e 1, completa desigualdade.

**Tabela 1.** Renda, Pobreza e Desigualdade – Município de Caruaru – PE.

Renda, Pobreza e Desigualdade - Município - Caruaru - PE			
	1991	2000	2010
Renda per capita (em R\$)	312,46	416,02	553,99
% de extremamente pobres	14,57	9,96	5,66
% de pobres	39,83	28,89	16,31
Índice de Gini	0,55	0,57	0,53

**FONTE:** PNUD, IPEA e FJP.

Em se tratando de um estudo que busca apreender a percepção dos/as usuários/as quanto a garantia de direitos de uma determinada política social, vale destacar algumas informações quanto aos dados que revelam o grau de vulnerabilidade social do município. Esse é um dado importante, pois dialoga com elementos do direito social a que os/as cidadãos/as deveriam ter acesso. Destacam-se abaixo informações quanto a mortalidade infantil, chefes de família, trabalho e renda e condições de moradia de Caruaru.

**Tabela 2.** Vulnerabilidade Social do município de Caruaru – PE.

Vulnerabilidade Social - Município - Caruaru - PE			
	1991	2000	2010
<b>Crianças e Jovens</b>			
Mortalidade infantil	48,28	47,66	18,91
% de crianças de 0 a 5 anos fora da escola	-	70,51	58,00
% de crianças de 6 a 14 fora da escola	27,37	10,66	5,09
% de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis, na população dessa faixa	-	18,80	12,99
% de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos	2,10	3,67	3,11
Taxa de atividade - 10 a 14 anos	-	10,49	7,59
<b>Família</b>			
% de mães chefes de família sem fundamental e com filho menor, no total de mães chefes de família	16,05	19,98	28,31
% de vulneráveis e dependentes de idosos	4,49	4,52	2,83
% de crianças extremamente pobres	21,12	16,36	10,40
<b>Trabalho e Renda</b>			
% de vulneráveis à pobreza	67,18	55,04	39,22
% de pessoas de 18 anos ou mais sem fundamental completo e em ocupação informal	-	59,39	45,17
<b>Condição de Moradia</b>			
% da população em domicílios com banheiro e água encanada	73,85	77,26	88,45

**FONTE:** PNUD, IPEA e FJP.

Observando os dados apresentados, tem-se uma ideia acerca do porte a que o município pertence e suas possibilidades econômicas. Embora o município tem,

em alguns dos dados apresentados, uma relativa melhora dos índices de renda média, diminuição do percentual de pobres e extremamente pobres, as informações no campo da vulnerabilidade social ainda apontam questões importantes que demandam atenção do Estado frente a desigualdade social e a condição de vida de mulheres, crianças que ainda estão em percentual significativo fora da escola, entre outros.

Diferentemente, a partir do caminho que se almeja traçar, compreender a comunidade torna-se um elemento central no trabalho realizado no âmbito das políticas públicas, haja vista que para compreendermos os determinantes sociais que atravessam e incidem sobre as pessoas, é fundamental que passemos a compreender como estes elementos se materializam no contexto comunitário. Ou seja, é preciso tomar como elemento de análise em que medida os processos de desigualdade e exclusão social que dizem do cenário social contemporâneo se materializam no âmbito local/comunitário, não esquecendo-nos de sua dimensão macro e meso, que remete a sua totalidade. Equacionar esta questão passa a ser uma pista importante para compreendermos como os diferentes grupos sociais constroem alternativas para suas vidas, ao passo que entender o uso e abuso de drogas, dentre outros problemas sociais, faz parte do cenário, sendo a comunidade um *locus* privilegiado para a construção de ações conjuntas no enfrentamento aos dilemas que ainda persistem em dificultar a potencialização humana. (COSTA; LAPORT; PAIVA, 2015, p. 195).

Trabalhar a população, usuária dos serviços das políticas sociais, especialmente a da PNAD aqui em estudo, prescinde um olhar sobre a sua realidade social e o conjunto de questões envolvidas que o levaram ao grau de dependência de álcool e outras drogas, ou que pela condição de doença a que chegaram após esse mesmo uso abusivo colocaram em risco seus vínculos familiares e comunitários.

## **2.4 REDE DE ATENÇÃO AOS/AS USUÁRIOS/AS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO MUNICÍPIO DE CARUARU – PE**

A rede de atenção aos/as usuários de álcool e outras drogas do município de Caruaru oferece serviços que estão previstos tanto na PNAD - 2005, quanto na Política Estadual sobre Drogas de Pernambuco - 2011. Além de contar com os serviços do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), SUS (Sistema Único de Saúde), e conseqüentemente a RAS (Rede de Atenção a Saúde) e RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), que foram apresentadas anteriormente quando discutia-se a

rede de atenção aos/as usuários/as de álcool e outras drogas. Para além, Caruaru também conta com o apoio a essa extensa rede com o Programa Atitude<sup>15</sup>.

Este estudo dará maior visibilidade ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas - CAPSad pois, como será mostrado mais a frente, no próximo capítulo, o CAPSad III<sup>16</sup> – Mandacará, situado no município de Caruaru – PE foi o equipamento da rede de atenção onde foram selecionados/as usuários/as para as entrevistas de campo.

O CAPSad faz parte da Atenção Psicossocial Estratégica, ele dá suporte ao SUS e SUAS e a outros campos estratégicos, buscando assim a autonomia da vida do/as usuário/as. Os CAPSad são compostos por equipes multiprofissionais, com presença obrigatória de psiquiatra, enfermeiro/a, psicólogo/a e assistente social, aos quais se somam outros profissionais do campo da saúde e profissionais de nível médio (BRASIL, 2004).

Os CAPSad III funcionam diariamente, isso inclui finais de semana e feriados, o/a usuário/a chega ao CAPSad através de demanda espontânea, ou acompanhado de familiares, ou ainda encaminhados por outros serviços, sempre consentido pelo usuário. Crises graves decorrentes do uso de substâncias, mesmo sendo o/a usuário/o já atendido pelo CAPSad são encaminhados para o hospital que dispõe de leitos integrais para essas crises.

A partir da chegada do/a usuário/a ao serviço, é feito o primeiro atendimento e depois disso será definido quais atividades o/a usuário/a fará parte dentro do serviço. O CAPSad oferece aos/as usuários/as serviços que vão:

Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;  
Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento; Oferecer condições para o repouso

---

<sup>15</sup> O Programa ATITUDE - Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus familiares- é coordenado pelo Governo de Pernambuco, através da Secretaria de Desenvolvimento Social da Criança e da Juventude de PE e seu trabalho está alinhado com as ações do Pacto pela Vida. O ATITUDE possui um conjunto de serviços com foco na prevenção e atendimento aos usuários de crack, álcool e outras drogas, com atenção também direcionada aos parentes da pessoa atendida. (**Carta Aberta à população**, 2015. Disponível em: <http://www.simples.serdigital.com.br/clientes/crp/arquivos/210.pdf>. Acesso em: 20/11/2016).

<sup>16</sup> O índice "III" se aplica a municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;

Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;  
Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas;  
Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;  
Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo. (CARVALHO, 2010, pp.11-12).

São trabalhos oferecidos para promover o desenvolvimento pessoal da pessoa usuária de substâncias psicoativas, dentro da lógica de rede para preencher todos os aspectos da vida social e pessoal do indivíduo.

## **CAPÍTULO 3. A PERCEPÇÃO DOS/AS USUÁRIOS/AS QUANTO A EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS SOB A PERSPECTIVA DA GARANTIA DE DIREITOS**

### **3.1 O PROCESSO DA PESQUISA**

Para realização desta pesquisa, o projeto, que a antecede, foi submetido tanto ao comitê científico quanto ao comitê de ética do Centro Universitário Tabosa de Almeida – ASCES/UNITA e aprovado em ambos para então se desenvolver o estudo.

O estudo aqui apresentado é do tipo qualitativo, pois buscou dar voz ao sujeito para explicar qual o seu olhar acerca da perspectiva de direito dentro da rede de atenção aos/as usuários/as de álcool e outras drogas, por meio de entrevista semiestruturada para compreender a percepção do sujeito, a análise e a interpretação dos fenômenos.

A entrevista na pesquisa qualitativa, ao privilegiar a fala dos atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos, sendo apropriada para investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo. Em outras palavras, a forma específica de conversação que se estabelece em uma entrevista para fins de pesquisa favorece o acesso direto ou indireto às opiniões, às crenças, aos valores e aos significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo circundante. (FRASER; GONDIM, 2004, p.2).

A partir do tema pode-se visualizar a questão de pesquisa: Qual a percepção dos/as usuários/as quanto a efetividade dos serviços para garantia de direitos? O roteiro da entrevista realizada para responder a este problema encontra-se no apêndice I. Os instrumentais utilizados neste estudo foram pesquisas bibliográficas, para dar base teórica ao tema proposto e a pesquisa de campo, onde a pesquisadora foi a campo para realizar as entrevistas. Vale ressaltar que só foi possível a realização das entrevistas pela anuência (apêndice II) fornecida pela Secretaria de Saúde de Caruaru/PE.

Nesse sentido, os sujeitos da pesquisa foram os/as usuários/as do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad III situado no município de

Caruaru-PE, que faz parte dos serviços oferecidos pela rede de atenção aos/as usuários/as de álcool e outras drogas. A escolha do serviço que compõe a RAPS deve-se ao fato de que ele é uma unidade especializada no atendimento dos usuários de substâncias psicoativas.

No quadro abaixo especificam-se os critérios utilizados para definir que usuários seriam incluídos ou excluídos das entrevistas que compõem a pesquisa.

**Quadro 1.** Critérios de inclusão e exclusão.

EXCLUSÃO	INCLUSÃO
Usuários que não estão no serviço por abandono do tratamento.	Usuários de drogas lícitas e/ou ilícitas que estão sendo atendidos pelo CAPS ad - III, do município de Caruaru-PE, e que seja maior de 21 anos de idade.
Usuários que não tenham interesse em participar da pesquisa.	<b>Querer/consentir fazer parte da pesquisa.</b>

**FONTE:** Quadro elaborado pela autora desta pesquisa.

De acordo com informações levantadas no CAPSad com o coordenador do serviço, existem atualmente, 114 (cento e quatro) usuários/as sendo acompanhados/as neste organismo, portanto foi definido um percentual de dez por cento desse número, o que corresponde a universo de onze usuários/as.

Justifica-se que, embora a metodologia proposta inicialmente previa os onze usuários/as, foram feitas entrevistas com dez usuários/as, pois um/a dos/as entrevistados/as tinha idade menor que 21 anos e a sua entrevista não foi inserida no estudo, devido aos critérios de inclusão previstos.

A escolha pela entrevista semiestruturada, justifica-se pela possibilidade de permitir uma que os/as entrevistados/as façam uso da palavra sem constrangimento, pois:

Combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele

o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. (BONI; QUARESMA, 2005, p.75).

Neste sentido, o intuito ao usar as entrevistas foi deixa-los/as livres para dialogar, não limitando seus pensamentos e considerações a respeito do que lhe foi perguntado. A aplicação se deu em sala reservada cedida pelos profissionais do CAPSad para que não ocorresse nenhuma interferência de terceiros ou a quebra de sigilo das respostas e nem constrangimento para o/a usuário/a.

No intuito de continuar garantindo o direito ao sigilo, as entrevistas só foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice III) pelos/as usuários/as; bem como o uso do conteúdo das entrevistas, quando apresentada a fala dos/as usuários/as, foi utilizando nomes de deuses/as da mitologia grega.

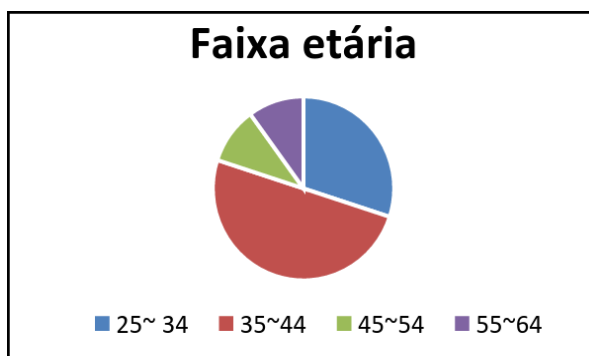
### 3.2 RESULTADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

Neste capítulo será apresentado o resultado da pesquisa de campo, realizada por meio de entrevistas com os/as usuários/as do (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) - CAPSad III – Mandacarú, situado no município de Caruaru/PE.

As entrevistas tiveram como propósito compreender a trajetória que os/as usuários/as fazem pela Rede de Atenção aos/as Usuários/as de Álcool e outras Drogas e identificar qual a percepção que os/as mesmos/as têm da garantia de direitos por ela proporcionadas.

#### 3.2.1 PERFIL DOS/AS USUÁRIOS/AS

Iniciando pelo perfil dos/as usuários/as entrevistados/as, oito deles era do sexo masculino e dois do sexo feminino; apenas um deles/as respondeu que tinha



como estado civil a condição de casado, os demais se denominaram como solteiros/as ou divorciados/as. (Gráfico 2) Essa é um dado talvez explicado pelas consequências da instalação da doença, já que muitos/as

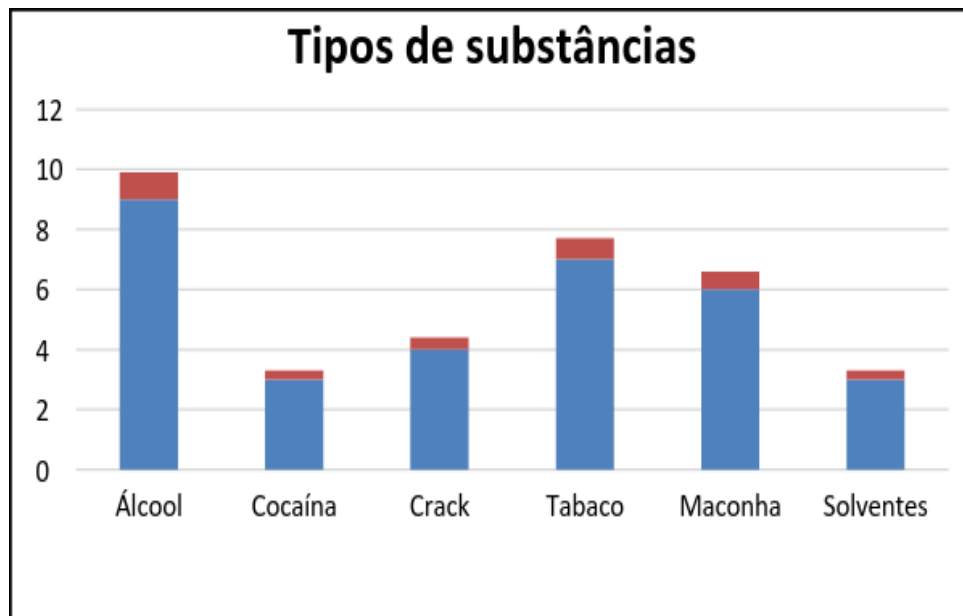


deles/as vivem situações de perda de vínculos com seus familiares quando atingem um grau mais alto de dependência.

Conforme pode ser observado, prevalece entre os/as entrevistados/as uma faixa etária entre 25 e 44 anos, demonstrando uma faixa de idade considerada em idade ativa e que, caso não estivessem em tratamento por dependência de álcool e outras drogas estariam em plena atividade produtiva.

Se analisado junto ao item da condição de ocupação dos mesmos, apenas um/a dos/as dez entrevistados/as afirmou que possui um vínculo de trabalho e é assalariado, um outro que se declarou ocupado em atividade informal, oito deles se declararam estar desempregados e três dentre esses oito desempregados recebem benefícios de programa social.

Para complementar dos dados do perfil, buscou-se identificar quais os tipos de substâncias têm sido mais comuns no cotidiano dos/as usuários e que instalaram o quadro de dependência a que foram acometidos/as.



Como pode ser observado (Gráfico 3), a pergunta buscava entender quais os tipos de substâncias mais utilizados e chama a atenção a alta incidência do uso do álcool, combinado a outras drogas no universo dos/as dez entrevistados/as.

### 3.2.2 ACESSO NA REDE DE ATENDIMENTO

Um primeiro elemento observado junto aos/as entrevistados/as foi como se deu o acesso a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Iniciando por como conheceram a referida rede foi possível identificar que metade deles/delas afirmaram ter conhecido pela necessidade de acessar o hospital em busca por socorro para atendimento devido ao uso severo de drogas. Levados por parentes/amigos ao Hospital Manoel Afonso, em seguida encaminhados pelos/as médicos/as ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSad.

As informações permitem observar a importância do Hospital Manoel Afonso, pois aparece em depoimentos configurando como uma das principais portas de entrada para a rede devido a experiência no tratamento dos sintomas sentidos por pessoas acometidas pela dependência.

Outros dois usuários afirmam ter acessado serviços da saúde como a Unidade de Pronto Atendimento - UPA, Policlínica até chegarem ao CAPSad.

“Olhe, foi uma sequência, eu cheguei de uma viagem e eu não cheguei muito bem dessa viagem. E quando eu cheguei fui numa policlínica e o clínico geral achou por bem eu passar por um psiquiatra. O psiquiatra chegou e começou a conversar comigo e conversando e eu dizendo tudo o que “tava” se passando, né. Aí ele me deu um laudo e me encaminhou para o INSS e eu fiquei fazendo acompanhamento no ambulatório. Até que um perito do INSS indicou o CAPS transtorno. Isso tudo já faz quase 9 anos, eles sempre ficavam me trocando de unidade. Era ambulatório, aí o perito do INSS achou por bem procurar o CAPS que é mais eficaz, depois eu fui para policlínica e assim “tal” e chegou o momento que eu só “tava” pegando a medicação no ambulatório e comecei fazer uma combinação bastante perigosa que era usar a medicação junto com o álcool. Não era porque eu “tava” com vontade de beber é que eu queria juntar aquela medicação com o álcool, adormecer e não acordar mais. Tive várias crises suicidas. Daí depois do CAPS transtorno me mandaram vir pra cá pra o CAPS ad.” (POSÊIDON, 2016).

Nesse depoimento, observa-se que a rede foi falha, quando o usuário em seu relato diz que: “ ficavam me trocando de unidade”. O usuário que já está fragilizado por causa das consequências advindas do uso de substâncias psicoativas fica mais fragilizado ainda quando não recebe o trabalho oferecido pela rede de forma organizada e estratégica, para promover o desenvolvimento pessoal (GONÇALVES;

GUARÁ, 2010) e percebe-se ainda que falta capacitação dos profissionais para que o atendimento seja eficaz e bem direcionado.

Os entrevistados Zeus e Afrodite afirmam que ficaram sabendo do CAPSad por pessoas de seu convívio e, a partir daí, foram procurar atendimento no serviço. Esse é um elemento que chama atenção, pois a abertura do serviço para receber sem um encaminhamento anterior foi fundamental para esses usuários/as.

Durante as entrevistas um/a dos/as usuários/as citou o Programa Atitude como espaço de acolhimento, e que passou um ano sendo acompanhado pela unidade, mas depois passou a ser atendido pelo CAPSad. Em seu depoimento não cita as razões de saída do Programa Atitude, contudo, é importante destacar que o CAPSad é um equipamento especializado em saúde mental e o atendimento na unidade pode ter sido mais pertinente a sua situação.

A partir da compreensão das RAS e RAPS, buscou-se dos/as entrevistados/as quais outros serviços da rede eles/as tiveram acesso e dos dez, seis dizem ter sido encaminhado para tratamento dentário e exames de sangue na Unidade de Saúde da Família – USF. Aparece nos depoimentos outros serviços/equipamentos: albergue, centro POP, Serviço Social do Comércio - SESC (cursos de pintura). Quando esse encaminhamento se deu, chama a atenção porque foram realizados também pelo Programa Atitude (visto que havia usuário que já passou pelo programa e citou os encaminhamentos que recebeu do mesmo) e o CAPSad.

Os/as demais usuários/as, ou seja, os outros quatro dizem nunca ter sido encaminhado para outros equipamentos da rede, seja saúde, assistência ou rede complementar. Porém dois deles ressaltam que o CAPSad tem muitos profissionais em várias especialidades que realizam atendimentos em diversos segmentos. Até então não há reclamações acerca da falta de encaminhamentos para estes/as usuários/as.

“Não, nesse CAPS aqui o que eu achei bastante interessante que até então nunca tinha acontecido é que aqui também tem clínico geral, o clínico daqui, aí não passei mais por nada não fora daqui”; (POSÊIDON, 2016);

“Depois daqui fui pra canto nenhum, não saí mais daqui. Mas aqui tem um monte de coisa né, tem médico, psiquiatra, psicólogo, assistente social, tem mais outros”. (HADES, 2016).

Ao serem perguntados sobre quais os profissionais especialistas eles já tiveram acesso, todos/as os/as entrevistados/as dizem ter passado pelo médico psiquiatra, isso está associado ao fato do serviço ao qual estão ligados está direcionado para apoio a saúde mental do paciente, e a atividade do psiquiatra e psicólogo representam o carro chefe do serviço.

Ainda no tocante a variedade de profissionais há, por parte dos usuários/as entrevistados/as um reconhecimento que tiveram acesso a diversos profissionais que compõe o CAPS, quais sejam: assistentes sociais, psicólogos/as, redutores de danos, nutricionista, enfermeiros/as e médicos/as além do psiquiatra, citam ainda o dentista, que não está dentro do CAPSad, mas mediante encaminhamento a Unidade de Saúde da Família - USF tiveram acesso a esse profissional.

Ainda buscando identificar se os/as usuários/as compreendem o papel da rede complementar, foi perguntado sobre para quais serviços e/ou profissionais os/as usuários/as foram encaminhados. Na abordagem da pergunta, foram oferecidas alternativas como: educação, justiça, trabalho, cultura, lazer. Talvez isso justifique as respostas dos/as usuários/as, pois ficaram mais centradas no acesso ao lazer. Isso ocorre muito associado a realização dos grupos que eles/as estão inseridos/as no equipamento, identificam as atividades como lazer, talvez pela ludicidade da abordagem. Quanto as demais, a maioria diz não ter acesso aos demais serviços. Para Ares (2016) " Olhe, lazer, só quem participa dos grupos mesmo, que é terapia né. Só isso mesmo". Já Hermes (2016) também se refere aos grupos terapêuticos como lazer: "Tem esses grupos de terapia né, acho que é um lazer isso. Mas só isso mesmo".

Conforme já trabalhado no capítulo 2 deste estudo, a rede complementar faz parte da estratégia da política e se faz necessária ter um compartilhamento intersetorial na busca de garantir esse acesso, uma vez que são direitos dos/as usuário/as acessarem uma diversidade de espaços que possam colaborar com o seu processo de reinserção social e profissional.

Dos usuários que demonstram ter compreendido o que é a rede complementar um deles diz que já teve acesso a justiça, porém afirma que foi procurar o serviço por conta própria.

"Na verdade, eu tô me divorciando, procurei a defensoria pública mas não consegui resposta nenhuma. Aí fui lá na sua faculdade

(ASCES) lá tem os estagiários né, advogados e tão vendo meu caso. Fui por conta própria mesmo”. (APOLO, 10/2016).

Outros dois usuários dizem que foram encaminhados pelo CAPSad ao SESC para curso de pintura. Hermes (2016) afirma “ tem visse. Quando fui pra o SESC lá a gente tem uma aprendizagem de alguma profissão sabe. Fiz pintura lá entendeu, é massa”. No depoimento de Atenta (2016), ela diz que: “me mandaram lá pra o SESC, que foi onde fiz pintura, aqui também tem isso sabe e tem os grupos da gente, que eu me lembre é isso”.

### **3.2.3 ABORDAGEM DO/A USUÁRIO/A COMO SUJEITO**

Considerando o objetivo do estudo de querer identificar a efetivação dos direitos na política a partir do olhar dos/as usuários/as buscou-se identificar como os/as mesmos/as percebiam o tratamento dispensado pelos profissionais da rede, ou seja, se as equipes pelas quais já foram atendidos os tratavam bem ou percebiam algum tipo de julgamento? O resultado foi que dois dos dez entrevistados já passaram por mau tratamento com alguns profissionais específicos dos equipamentos que já foram atendidos. Segundo Afrodite: “ A maioria, mas tem uma mulher da cozinha que joga o prato, não entrega, pra gente comer, dar vontade de dar nela. Mas o resto trata bem”. Apolo em sua fala diz que:

“Nunca percebi não né, aqui tinha um gerente muito autoritário, aqui no CAPSad e quase ninguém se dava bem com ele porque ele era muito autoritário. Mas do restante da equipe, eu sempre fui tratado bem. E acho que pra esse tipo de tratamento você ser durão não tem muita serventia não né”. (APOLO,10/2016).

Avaliada a equipe, os/as usuários/as foram questionados/as quanto aos atendimentos oferecidos nos serviços que eles já passaram. Todos os usuários dizem que no geral os serviços e atendimentos realizados para eles/as foram bons.

### **3.2.4 PERMANÊNCIA DO SERVIÇO**

A política de saúde mental aborda a importância do acesso ao tratamento sistemático, sem interrupções e com a variedade de serviços que atendam as consequências sociais e de saúde do uso abusivo das substâncias psicoativas a que estão acometidos/as. Diante disso, destaca-se a questão apresentada na entrevista

de dois usuários/as quando tratavam do comportamento pessoal dos profissionais e chamaram a atenção para duas questões: o tempo de internação e para as condições de trabalho dos profissionais para garantir o serviço.

“Tem o tempo de internação que eu acho muito pouco sabe, quinze dias só, não dá pra você se livrar do vício. Mas aqui eu acho bom, só acho que é pouco tempo que o usuário passa aqui dentro. Depois fica só participando dos grupos e vem pra pegar medicação, essas coisas. Eu acho bom aqui, tirando isso”; (Ares, 11/2016);

“A avaliação é que eles tentam fazer o máximo que podem. Tanto aqui como nos outros lugares, são profissionais excelentes. Mas é muito difícil o tratamento sabe, as drogas acabaram com minha vida. Mas todos os profissionais me mostram que a vida não é só isso, que eu posso ter outras oportunidades. Mas é muito bom, dentro das possibilidades deles, porque os profissionais não dependem só deles, depende da estrutura que o órgão oferece, mas eles fazem o ideal”. (POSÊIDON, 10/2016).

Vale o destaque desse depoimento, pois considerando o contexto de crise política e econômica em que vive o Brasil nos últimos dois anos, afetando diretamente o financiamento das políticas sociais e, conseqüentemente, a rede que faz esses atendimentos aos usuários, pode-se visualizar que há rebatimentos e aparecem como conseqüências de uma rede fragilizada. E que em algum momento não vão potencializar os atendimentos e conseqüentemente o desenvolvimento pessoal dos/as usuários/as. (GONÇALVES; GUARÁ, 2010).

### **3.2.5 A importância do tratamento na vida do/a usuário/a**

Para compor análise foi perguntado aos entrevistados/as o que mudou na vida dos/as mesmos/as após a sua chegada aos serviços de Atenção aos/as Usuários/as de Álcool e outras Drogas. A centralidade dos discursos foi, em sua maioria, para a melhoria nas condições de saúde, ou seja, seis dos dez usuários afirmaram a melhoria nesse aspecto da vida. Outras mudanças relatadas por eles que apareceram em menor quantidade (três usuários) foi a melhora do relacionamento com a família, melhoria da auto estima (três usuários) e, ainda, a afirmação de que o lugar, CAPSad, representa um lugar seguro para ficar (um usuário).

“Me liberei das drogas. Minha saúde melhorou, eu e minha família também visse. A gente se dá melhor agora depois que eu me liberei das drogas. Principalmente com a minha mãe”. (Hermes, 11/2016);

“Minha saúde, porque eu não bebo mais. E aqui eles cuidam de mim, da saúde. A autoestima também melhorou, me sinto melhor”. (risos) (ATENA, 11/2016);

“Mudou muita coisa, porque assim, quando eu tava no vício eu dormia mal, dormia na casa do povo, dormia na rua em papelão, eu me vestia mal, não tomava banho direito. E depois que eu cheguei no CAPSad eu mudei muito, o modo de me vestir, me cuido mais, a auto estima levantou e qualidade de vida melhorou com certeza”. (ARES, 11/2016);

“Após a chegada aqui mudou a questão das drogas né, me ajudaram, me deram um suporte muito grande. Sempre tem reuniões falando sobre as drogas. Falam de muitos temas, eles abordam muitos temas. Família. Eu aprendi muitas coisas a respeito da saúde, que a gente deve não só cuidar da mente, mas tem o corpo também que devemos cuidar né”. (ZEUS, 10/2016).

Na provocação dessa pergunta, surge elementos ainda não citado pelos/as demais.

“Muita coisa, encontrei a felicidade de volta, encontrei a realidade da vida, o que é uma pessoa andar sem medo. Eu não podia ver uma viatura, aí eu já pensava, “vixe” aí já era. Porque fui pego com maconha, mas me libertei dessas coisas todas. Tenho minhas coisas. Não posso dizer que tô bem, mas deixei essas coisas erradas e sei que eu não posso usar drogas mais. Tenho muito medo de recaí. Mas eles aqui (técnicos) me chamam pra falar nos grupos pra ajudar as outras pessoas. Minha vida mudou pra melhor, mas é difícil no dia a dia porque sou sustentado pela família “né vey”. [...] Não, eu sempre falei pra eles que eu preciso dos meus trocados, ter um emprego pra mim. Tem a psicóloga que eu gosto muito dela, e uma vez ela falou: olha, vamos escrever Hefesto pra dar emprego a ele, mas nunca mais tocaram nesse assunto comigo mais não. São bons nos atendimentos, mas não perguntam se você tá passando alguma necessidade em casa, se você precisa de alguma ajuda, se você tem algum alimento pra comer, isso aí eles não perguntam, “tá ligada”? E esse negócio de trabalho não consegui nada não”. (HEFESTO, 10/2016).

A importância da integração em equipes multiprofissionais é fazer com que os profissionais de diferentes segmentos, com diferentes olhares percebam as necessidades trazidas pelos/as usuários/as, fazendo com que ocorra a promoção do desenvolvimento pessoal e social dos/as mesmos/as. No depoimento de Hefesto (2016), existem falhas quanto a efetividade da escuta, e da percepção acerca das demandas levadas pelo mesmo, o que provoca uma fragilidade e conseqüentemente falhas na garantia de seus direitos .

Percebe-se, ainda, que os/as usuários/as não foram encaminhados/as para serviços que promovam sua reinserção no mercado de trabalho, o que está

previamente garantido tanto na Política Nacional sobre Drogas – 2005, quanto na Política Estadual sobre Drogas de Pernambuco - 2011.

Esses depoimentos levantam vários elementos para o profissional do Serviço Social e, considerando que esta pesquisa está sendo desenvolvida na graduação em Serviço Social, vale lembrar o desafio no exercício profissional do Assistente Social na atuação em equipes multiprofissionais.

“[...] o profissional assistente social vem trabalhando em equipe multiprofissional, onde desenvolve sua atuação, conjuntamente com outros profissionais, buscando compreender o indivíduo na sua dimensão de totalidade e, assim, contribuindo para o enfrentamento das diferentes expressões da questão social, abrangendo os direitos humanos em sua integralidade, não só a partir da ótica meramente orgânica, mas a partir de todas as necessidades que estão relacionadas à sua qualidade de vida. (CFESS, 2009, p.01).

Enquanto perspectiva de futuro os/as entrevistados/as são praticamente unânimes em ressaltar o desejo de reinserção no mercado de trabalho, visto que apenas um está hoje empregado. Além desse elemento, acrescentam para alguns o desejo de terminar o tratamento, voltar a estudar e construir sua família.

“Meus planos, em primeiro lugar eu passar por esse tratamento. Meu objetivo é se libertar do medicamento que to tomando, de ansiedade e de insônia. Me libertar, se Deus quiser. E quando sair daqui trabalhar, voltar a estudar, terminar pelo menos o segundo grau e aí trabalhar. Motoristas, vendas, o que for tem que agarrar”. (ZEUS, 10/2016);

“Eu quero arrumar um trabalho, me casar e ter filhos visse. Só isso”. (HERMES, 11/2016);

“Melhorar de vida, porque você não vai ter pai e mãe pra sempre né, aí de uma hora ou outra eu preciso arrumar trabalho, mas também não posso ficar com essa coisa na mente porque vou ficar ansioso e entrar na abstinência de novo e isso me preocupa bastante. Eu sou ajudado demais pelas pessoas de casa, demais mesmo, pra comida pra tudo. Eu trabalhei com jeans costurando, mas só aparece malha e malha eu não tenho muito conhecimento “tá ligada”? Aí sinto dificuldade muito grande”. (HEFESTO, 10/2016).

Buscando ainda compreender a pergunta central do estudo os/as entrevistados/as foram questionados sobre como os serviços da rede colaboram para seu esse futuro desejado. Dois dos/as dez entrevistados/as disseram que foram encaminhados/as para o curso de pintura do SESC, embora apenas para um/a deles/as, a atividade garante uma possibilidade de reinserção em atividades produtivas.



“Olha, esses grupos que melhoram a vida da gente sabe, mas pra trabalhar mesmo não. Aprende essa pintura, mas não dá pra ganhar a vida assim não tá ligada?” (ATENA, 11/2016);

“Colaboram porque me livraram das drogas né e me colocaram nesse curso de pintura e quando eu sair daqui vou arrumar um trabalhinho né, já que eu sei pintar. Melhoraram minha vida e isso vai me ajudar a conseguir as coisas que eu quero”. (HERMES, 11/2016).

De modo geral, todos/as os/as usuários/as entendem que os grupos que ocorrem dentro do CAPSad colaboram pro seu futuro desejado, pois trabalham a questão da autoestima, da melhoria de sua saúde e a busca por estagnar o consumo das drogas.

“ Assim, eles lutam pra que a gente saia do vício de uma vez, batem nessa tecla toda vez nos grupos, porque só vamos dar um passo pra frente quando deixar o vício de vez. E saindo do vício conseguir o trabalho né”. (ARES, 11/2016);

“ Eles dão muita força, porque quando você tá desempregado, eu vejo nas reuniões aqui, eles incentivam muito pra que primeiro você se livre né, de álcool e outras drogas e que você tente ser inserido no trabalho, porque com o trabalho você só cresce. E quem já trabalha, eles valorizam sua autoestima pra que você siga caminhando”. (APOLO, 10/2016);

“ Pra mim me ajudou muito, minha autoestima sabe, a vontade de sair do vício e graças a Deus to conseguindo. É desse jeito que colaboram”. (EROS, 11/2016).

Dois dos/as usuários/as fazem a ponte entre o que desejam para o futuro e que a rede oferece, entende-se que o atendimento não dialoga com o desejo deles de serem reinseridos no mercado de trabalho, ou seja, não há encaminhamentos para postos de trabalho propriamente ditos.

Por fim, na maior parte das entrevistas em que foi perguntado se a rede garantia direitos, todos/as os/as usuários/as dizem que os serviços garantem seus direitos. A maioria entende que a saúde é um direito deles e que os serviços que têm acesso colaboram para melhoria dela. Entendem que os serviços, principalmente o CAPSad, que é o equipamento onde se deu a entrevista, garantem seus direitos quando incentivam o não uso das drogas e a melhoria de sua autoestima, isso se dá por meio de grupos e terapias que acontecem dentro do serviço.

“Olhe, pra mim sim. Já fui pra hospital, que é um direito meu a saúde né? Agora to aqui no CAPSad que cuida da minha saúde também e valorizam minha autoestima e pra que a gente se livre das drogas, isso pra mim é garantir que a gente viva bem em todos os aspectos.

Porque você com saúde, você é capaz de correr atrás do que quer”. (APOLO, 10/2016);

“Com certeza Ayanne garante meus direitos. Se é um direito meu a saúde, se tão te ajudando a melhorar de vida, isso pra mim é garantir meus direitos”. (ARES, 11/2016);

“Os meus direitos sim, se não fosse isso aqui eu nem sei viu. Teve o Atitude também que me encaminhou pra dentista, tudo isso pra cuidar da minha saúde e eu melhorar de vida né. É isso”. (EROS, 11/2016);

“Ah garantem, eu acredito assim, se tão querendo me ajudar a me livrar das drogas é porque garante meus direitos. E você sabe, ninguém dá nada de graça a ninguém, mas aqui eles ajudam com minha saúde, como minha família, pra mim isso é muito bom”. (HERMES, 11/2016);

“Olhe, ao meu ver garantem sim. Sempre me ajudando né, tem essa do trabalho que não me mandam pra trabalhar, mas tirando isso, garantem as coisas que eu preciso pra viver melhor”. (ATENA, 11/2016).

Na fala de Hermes (2016) quando ele diz: “ninguém dá nada de graça a ninguém”, pose-se fazer uma interpretação de que o mesmo compreende que os serviços que ele passou tem o dever de assegurar seus direitos, logo se não fosse um dever ele não teria acesso a tais serviços e tratamentos, pois o Estado não se preocuparia em assegurar tais direitos.

Desta forma, terminada as entrevistas e analisadas a luz dos textos das duas políticas, tanto a nacional quanto a estadual, e ainda embasada nos conceitos de rede e de políticas sociais, trabalhados no primeiro capítulo desta pesquisa, pode-se afirmar, segundo a fala dos/as usuários/as que os direitos que a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas oferecidos a eles estão em sua maior parte, sendo garantidos. Justifica-se o termo “ maior parte” porque, no geral os/as usuários/as respondem que a boa qualidade de saúde é primordial e necessária para desenvolver os outros segmentos da sua vida, porém nota-se que segmentos como a reinserção no mercado de trabalho e no lazer estão fragilizados e necessitando de rever as formas de melhorias para tais segmentos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou ampliar a compreensão do que são políticas sociais, do que são redes, de como os textos das políticas tanto estadual quanto nacional sobre drogas preconiza a respeito dos serviços prestados pelas Rede de Atenção a Saúde - RAS e Rede de Atenção Psicossocial - RAPS e como esses serviços garantem direitos aos/as usuários/as de álcool e outras drogas que estão em processo de tratamento.

Com a contribuição dos/as usuários/as da rede para responderem a entrevista realizada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – (CAPSad) do município de Caruaru - PE pode-se compreender os benefícios da ação da política no enfrentamento a problemática vivenciada pelos/as usuários/as em tratamento, bem como identificar lacunas no atendimento que refletem na ameaça da não efetivação de direitos dos mesmos.

O estudo apontou pistas de como acontece o percurso realizado pelos/as usuários/as para chegarem a acessar a rede e a diversidade de serviços oferecidos pela mesma. No geral a rede de atendimento hospitalar e das unidades de pronto atendimento municipal e estadual serve como porta de entrada para o acesso aos serviços mais especializados.

Vale ressaltar que alguns dos espaços citados na pesquisa como porta de entrada para a rede de saúde mental de Caruaru/PE, atualmente não estão funcionando mais como referência, tendo em vista a crise política e econômica que vem sendo vivida no Brasil durante os últimos dois anos. Porém, durante a pesquisa, esses espaços ainda estavam funcionando da forma que foi citada (porta de entrada), foi no momento da defesa deste trabalho que surgiram considerações acerca do não funcionamento dos serviços com tal estratégia.

Algumas falhas foram apontadas em segmentos dessa malha de serviços oferecidos pela rede de atenção aos/as usuários/as de álcool e outras drogas, a exemplo da escuta ineficiente e conseqüente problemas nos encaminhamentos por parte dos profissionais para com os/as usuários/as o que reflete-se a ideia de que mesmo com tantos avanços conquistados na rede de saúde mental, a mesma ainda precisa de melhorias, para garantir melhor atendimento em seus serviços.

Todos/as os/as usuários/as entrevistados/as sentem o desejo de serem inseridos/as ou reinseridos/as no mercado de trabalho, ação esta prevista nas políticas estadual e nacional sobre drogas. Contudo, a rede não tem conseguido ampliar a articulação com instituições e organismos para garantir a efetividade desse direito. Logo é importante voltar o olhar para esta necessidade dos/as usuários/as a fim de melhor compreender quais as dificuldades encontradas para que esse direito não seja efetivado.

Considerando que as equipes multiprofissionais são compostas também por Assistentes Sociais, torna-se importante refletir e aprofundar os estudos sobre qual o trabalho desenvolvido por esse profissional dentro das equipes, visto que parte das queixas apresentadas pelos/as usuários/as no tocante as condições socioeconômicas poderiam ser melhor enfrentadas se estivessem bem definidas as questões teórico-metodológicas que o profissional de Serviço Social adquire em sua formação e no processo de educação permanente.

Todo o caminho percorrido por esta pesquisa foi no intuito de trazer reflexões acerca do trabalho desenvolvido pelos serviços da rede de atenção aos usuários/as de álcool e outras drogas no sentido de garantir direitos aos mesmos, logo conclui-se que ao final desta pesquisa foi possível visualizar que são necessárias criações e inovações das estratégias que permitam a melhoria e o desenvolvimento das ações a eles/as oferecidos, para assim atingir o sujeito (usuários/as) em sua totalidade.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas**. Cad. Saúde Pública, v. 25, n. 11, 2009. pp.2309-2319.

AMARANTE, Paulo (org.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, SDE/ENSP, 1995, p.91.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2011, pp. 25-64.

BELLO, Luiz Afonso. **Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**. Desafios da transferência da evidência científica para o desenho e implementação de políticas sobre o uso de substâncias psicoativas. Telmo Mota Ronzani... [et al.], (organizadores). São Paulo: Cortez, 2015, pp.17–33.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC: **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais**. 2005, p. 75. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>>. Acesso em: 21/11/2016.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **NORMA OPERACIONAL BÁSICA NOB/SUAS**, 2005. Disponível em: <http://www.assistenciasocial.al.gov.br/sala-de-imprensa/arquivos/NOB-SUAS.pdf>. Acesso em: 19/11/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL. **Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas**. Disponível em: <<http://obid.senad.gov.br/obid>>. Acesso em: 21/11/2016.

BRASIL. **Resolução CFESS Nº 557/2009 de 15 de setembro de 2009**. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao\\_CFESS\\_557-2009.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_CFESS_557-2009.pdf)>. Acesso em: 22/11/2016.

BRASIL. **Secretaria Nacional sobre Drogas. Política Nacional sobre Drogas**, Brasília: Secretaria Nacional sobre Drogas: 2005.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.400, 2007.

CARREIRA, Denise; PANDJIARJAN, Valéria. **Vem pra roda! Vem pra rede! Guia de apoio à construção de redes de serviços para o enfrentamento da violência contra a mulher**. São Paulo: Rede Mulher de Educação, 2003. Disponível em: <<http://www.redemulher.org.br/publicacoes/vempraroda.pdf>>. Acesso em: 15/10/2016.

CARVALHO, Danielle Alves de. **Desafios da Saúde Mental na Atenção Básica**, 2010, pp.11-12. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/m/3157.pdf>>. Acesso em: 19/11/2016.

CASTELLS, Manuel. **Hacia el Estado red? – globalización económica e instituciones políticas em la era de la información**. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOCIEDADE E A REFORMA DO ESTADO, Brasil: São Paulo. 26-28 de março, 1998. Disponível em: <<http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/docelec/MM1129.pdf>>. Acesso em: 03/10/2016.

**Conselho Federal de Entorpecentes – CONFEN**. Decreto nº 85.110, de 2 de Setembro de 1980. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-85110-2-setembro-1980-434379-publicacaooriginal-1-pe.html>> . Acesso em: 16/10/2016.

**Conselho Nacional Antidrogas – CONAD**. Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm)>. Acesso em: 16/10/2016.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; COLUGNATI, Fernando Antônio Basile; RONZANI, Telmo Mota. **Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**. *As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: histórico, políticas e pressupostos*. Telmo Mota Ronzani... [et al.], (organizadores). – São Paulo: Cortez, 2015, pp.43-45/61.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; LAPORT, Tamires Jordão; PAIVA, Fernando Santana de. **Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**. *Perspectivas sobre o trabalho em rede: contribuições do paradigma ecológico no*

*processo de intervenção em álcool e outras drogas*. Telmo Mota Ronzani... [et al.], (organizadores). São Paulo: Cortez, 2015, pp.192-195.

DEMO, Pedro. **Política Social, Educação e Cidadania**. 8. ed. São Paulo: Papirus Editora. 2005, p.14.

DYE, T. D. **Understanding Public Policy**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1984.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio Século XXI Escolar: O dicionário da língua portuguesa**. Coordenação de edição, Margarida dos Anjos, Marina Baird Ferreira, lexicografia, Margarida dos Anjos... [et al.]. 4. ed. Ver. Ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes. **Da Fala do Outro ao Texto Negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa**. Paidéia, 2004, p.2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v14n28/04.pdf>>. Acesso em: 22/11/2016.

FREIRE, P. **Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: UNESP, 2000. p.67.

GENTILLI, Raquel. **Representações e práticas**. São Paulo: Veras, 2006, pp.77-78.

GONÇALVES, Antônio Sérgio; GUARÁ, Isa Maria F. Rosa. **Redes de proteção social na comunidade**. In: GUARÁ, Isa Maria F. Rosa. *Redes de proteção social. Abrigos em movimento*. 2010, p.14.

IAMAMOTO, Marilda Vilella. **A questão social no capitalismo**. Temporalis, Brasília, n. 3, 2001.

**Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/default.php>>. Acesso em: 17/10/2016.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. **Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal do Brasil: a experiência de Fortaleza**. In: *XI Concurso de Ensayos del CLAD “ El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones”*. Caracas, Venezuela, 1997.

JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates; LAPORT, Tamires Jordão. **Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas.** A intersetorialidade nas políticas públicas sobre drogas. Telmo Mota Ronzani... [et al.], (organizadores). São Paulo: Cortez, 2015, p.70.

LAVRAS, Carmen. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**, 2011, p. 873. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>. Acesso em: 19/11/2016.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. **Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil.** História, Ciências e Saúde, 14 (3), 2007. p.803.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Ciênc. Saúde coletiva, v. 15, n. 5, p. 2300, 2010.

MENDES, G. F.; COELHO, I. M.; BRANCO, P. G. G. **Curso de direito constitucional.** 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Ministério da Saúde. **Portal Ministério da Saúde.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>> acessado em 15/10/2016.

MOTA, D. C. B.; RONZANI, T. M. **Implementação de políticas públicas brasileiras para usuários de álcool e outras drogas.** In: RONZANI, T. M. (Org.). *Ações Integradas sobre Drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas.* Juiz de Fora: Editora UFJF, 2013. pp.293–324.

NICASTRI, Sérgio. **Drogas: classificação e efeitos no organismo.** In: **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias.** Ministério da Justiça, SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 4 ed. Brasília: 2011.

PETERS, B. G. **American Public Policy.** Chatham, N. J.: Chatham House, 1986.  
**Política Estadual sobre Drogas de Pernambuco: Lei nº 14.561, de 26 de Dezembro de 2011.**



Programa Atitude: **Atenção Integral aos Usuários de Drogas**. Carta aberta à população, 2015. Disponível em: <<http://www.simples.serdigital.com.br/clientes/crp/arquivos/210.pdf>>. Acesso em: 16/10/2016.

**REDE UNIDA**. Intersetorialidade na Rede Unida.: Divulgação em saúde para debate. Rio de Janeiro, n.22, 2000. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/index.asp>. Acesso em: 03/10/2016.

RIBEIRO, Sérgio Luiz . **A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo**. PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO. 2004, 24 (3), 92-99. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n3/v24n3a12.pdf>. Acesso em: 03/11/2016.

RONZANI, Telmo Mota; COSTA, Pedro Henrique Antunes da; MOTA, Daniela Cristina Belchior; LAPORT, Tamires Jordão. **Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**. Desafios da transferência da evidência científica para o desenho e implementação de políticas públicas sobre o uso de substâncias psicoativas\*. BELLO, Luiz Afonso. Telmo Mota Ronzani... [et al.], (organizadores). – São Paulo: Cortez, 2015, pp. 36/19-17/33.

SEIBEL, D. S. **Dependência de Drogas**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010, p.1097.

**Sistema Único de Assistência Social – SUAS: norma operacional básica NOB/SUAS 2005**. Disponível em: <<http://www.assistenciasocial.al.gov.br/sala-de-imprensa/arquivos/NOB-SUAS.pdf>>. Acesso em: 15/10/2016.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade**. AATR-BA, 2002, p. 2. Disponível em: <http://www.escoladebicicleta.com.br/politicaspUBLICAS.pdf>. Acesso em: 04/11/2016.

VIEIRA, Edvaldo. **Os Direitos e a Política Social**. 3.ed. São Paulo: Editora Cortez, 2009, p.140.

# APÊNDICES

**APÊNCIDE I - ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

## 1. SEXO

feminino  masculino

## 2. ESTADO CIVIL

casado  solteiro  divorciado  outros \_\_\_\_\_

3. Qual sua idade \_\_\_\_\_ anos.

4. Em que cidade você mora \_\_\_\_\_

5. Qual atual situação de moradia? \_\_\_\_\_

6. Qual seu grau de escolaridade?

nunca estudou  Ensino fundamental incompleto  Ensino fundamental completo  Ensino médio incompleto  Ensino médio completo  superior incompleto  superior completo

curso técnico completo  outro \_\_\_\_\_

7. Situação ocupacional:

Informal  Autônomo  Aposentado  Desempregado  Assalariado  Estudante  Beneficiado por programas: quais? \_\_\_\_\_

8. Qual(is) droga(s) você faz uso?

Crack  Medicamentos  Cocaína  Álcool  Solventes/inalantes  Tabaco  Outros: Quais? \_\_\_\_\_

9. Como você chegou/conheceu os serviços da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas?

\_\_\_\_\_

10. Há quanto tempo é acompanhado pela unidade?

\_\_\_\_\_

11. A partir do atendimento nessa unidade, por quais serviços você já passou?

---

12. Que tratamentos/profissionais específicos você já teve acesso?

---

13. Com relação a rede complementar (se desejar e precisar), você tem acesso a educação, justiça, trabalho, cultura, lazer?

---

14. As equipes por quais você já foi atendido(a) lhe tratam bem? Fazem algum tipo de julgamento? Como se aplica?

---

15. Qual a sua avaliação desses serviços / atendimento?

---

16. O que mudou na sua vida após a sua chegada nessa unidade?

---

17. Quais os seus planos para o futuro?

---

18. Em seu entendimento, como os serviços da rede colaboram para seu esse futuro desejado?

---

19. No seu entendimento, esses serviços garantem os seus direitos?

---

**APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**FACULDADE ASCES**

Declaro por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) para participar da pesquisa intitulada, ” **Rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no município de Caruaru-PE: a percepção dos usuários quanto a efetividade dos serviços para garantia de direitos** “, cujo objetivo será compreender a rede de atendimento de álcool e outras drogas do município de Caruaru, quanto a efetividade dos serviços por ela prestados na perspectiva da garantia de direitos, a partir da percepção dos usuários. A pesquisa será desenvolvida por Ayanne Sanguineto Carreiro e orientada pela professora Rosineide Maria Gonçalves.

A participação dos sujeitos na pesquisa deverá ser voluntária e não incorrerá em qualquer forma de remuneração, havendo risco mínimo aos envolvidos. Tendo em vista a possibilidade do constrangimento do entrevistado por não saber ou não querer responder alguma pergunta. Afirma-se que não serão expressas opiniões pessoais dos pesquisadores no momento das entrevistas, bem como realizados comentários que possam constranger os sujeitos entrevistados.

A pesquisa traz como benefícios a possibilidade de escuta do sujeito, usuário do serviço, sobre a efetividade da política como instrumento para garantia de direitos, contribuindo assim para reflexão e direcionamento das estratégias utilizados pelos serviços que compõe a rede.

Para garantia do anonimato, os/as participantes serão identificados/as por codinomes para não permitir associação ou revelação de suas identidades.

Declaração de Consentimento:

Afirmo que aceitei participar por livre espontânea vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Tive esclarecimento dos objetivos, metodologia e finalidade acadêmica do estudo. Fui também informado/a de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo

seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Estou ciente da possibilidade do risco de constrangimento, em relação as perguntas que serão realizadas pelos/as pesquisadores/as, bem como dos benefícios da pesquisa. Sei que minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de uma entrevista, podendo interromper a conversa caso me sinta incomodado/a em continuá-la. Sei que os dados coletados nesta pesquisa serão publicados e/ou apresentados somente com objetivo científico, havendo risco mínimo aos envolvidos/as.

O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e sua orientadora. Caso queira, posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Neste termo constam os telefones dos pesquisadores, os quais poderão ser contactados para retirada de possíveis dúvidas sobre o projeto e minha participação, agora ou a qualquer momento.

Diante do que foi exposto, eu \_\_\_\_\_, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

---

**Assinatura da participante**

Aluna pesquisadora:

---

**Ayanne Sanguineto Carreiro**

Acadêmica do Curso de Bacharelado em Serviço Social/ Faculdade ASCES.

**Endereço: Avenida Portugal, 584, Bairro Universitário, Caruaru-PE, CEP:  
55016-400**

**Telefone: (81) 99874-1251**

Professora responsável:

---

**Rosineide Maria Gonçalves**

Endereço: Avenida Portugal, 584, Bairro Universitário, Caruaru-PE, CEP: 55016-400  
Telefone: (81) 99968-9652