

**ESCOLA DE GOVERNO DO PARANÁ
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

SILVANA MARIA RIBEIRO BORGES

**O USO INDEVIDO DE DROGAS E AÇÕES INTERSETORIAIS:
Contribuições para o debate e à construção de política municipal**

**Maringá
2012**

SILVANA MARIA RIBEIRO BORGES

**O USO INDEVIDO DE DROGAS E AÇÕES INTERSETORIAIS:
Contribuições para o debate e à construção de política municipal**

Dissertação apresentada por Silvana Maria Ribeiro Borges ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da Escola de Governo do Paraná/Universidade Estadual de Maringá, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de Concentração: Elaboração de Políticas Públicas

Orientadora: Prof^a. Dra Maria José Scochi

Maringá
2012

Dedicatória

A meus pais **Job** (*in memoriam*) e **Ana**, e aos meus antecessores, que me deixaram o exemplo e aprendizado de suas vidas.

Aos meus irmãos Job Diógenes, Ana Lúcia e Lúcio e aos sobrinhos Alan, Christian e Lucas, especiais em meu coração.

Ao meu amado esposo Alberto e aos enteados Alexandre e Ana

Às pessoas envolvidas com a questão das drogas: usuários, familiares, profissionais e que têm em comum a busca da Verdade

Agradecimentos

A Deus, por iluminar-me e colocar boas pessoas em meu caminho.

Aos funcionários e colegas da UEM com os quais iniciei o trabalho na área de dependência química: Ângela Silveira, Bete Suga, Elizabeth Audi, Marieta, Roberto Bazzote, Paula Nishyama, Ana Maria, Tereza.

Aos que vieram depois, Maricelma, com quem não canso de aprender, à Maria Lúcia, Ana Carolina, Guta, Helena, Celso e Lucília. Vocês fazem parte desta história!

Aos clientes e famílias, que me instigaram a buscar novos caminhos e respostas, aos membros e instituições que atuam na área de Saúde mental e Drogas em Maringá, dentre os quais destaco Marilene Daibert, fundadora do AE e Sr. Emílio Soares, exemplos de dedicação e amor ao próximo.

Aos alunos e estagiários do curso de psicologia, especialmente do Padeq, os quais não posso nominar, mas saibam que estão em meu coração e mente. A dedicação de vocês renova todos os anos o prazer deste trabalho e a esperança de um mundo melhor.

Aos colegas de trabalho: profª. Vânia, coordenadora da UPA, pelo apoio, à Gleise, Célia, Paula, Ocimar, Alice, Rosana, Alcídio, Jenias, Luck, Helena e Ivete, pela amizade e companheirismo, que deixa o nosso meio ambiente de trabalho tão saudável.

Aos sujeitos da pesquisa e responsáveis, por permitirem conhecer suas vidas e contribuírem com a ciência. Aos servidores e funcionários das instituições envolvidas que nos acolheram e colaboraram com total profissionalismo, para que tudo desse certo. A contribuição de vocês foi fundamental.

À amiga Cidinha, que ajudou habilmente na transcrição, ao Stephen e Maria, pelo carinho e apoio ao abstrat, à Salete, dedicada e atenciosa bibliotecária e ao meu querido mano Job, pelo apoio todo tempo e à qualquer hora.

Aos funcionários, professores e colegas do mestrado, que fizeram deste curso uma experiência especial e extraordinária. Foi tudo de bom. Mas, especialmente à Helena e à Laura, companheiras de viagens em todos os sentidos. Valeu amigas!

Às minhas amigas e irmãs de coração, Ângela Silveira e Eliana Magnani, pela amizade.

E finalmente à minha orientadora, prof. Dra. Maria José Scochi, uma feliz escolha. Grata por sua condução firme e tranquila no caminho acadêmico.

*O todo sem a parte não é todo;
A parte sem o todo não é parte;
Mas se a parte o faz todo, sendo parte,
Não se diga que é parte, sendo todo.*
(Gregório de Matos)

BORGES, Silvana Maria Ribeiro. O USO INDEVIDO DE DROGAS E AÇÕES INTERSETORIAIS: Contribuições para o debate e à construção de política municipal. 148 f. Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas – Escola de Governo Paraná. Orientadora: Maria José Scochi. Maringá, 2012.

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo identificar as ações e práticas intersetoriais e institucionais, da área de saúde, educação e assistência social, relacionadas ao uso indevido de drogas, no município de Maringá-PR. Após a revisão bibliográfica sobre o tema, buscamos identificar a situação local, os dados sobre o uso, as ações de prevenção, a atenção ao usuário de drogas, a responsabilidade compartilhada e a existência ou não de ações intersetoriais na prevenção da dependência química. Para tanto, utilizamos o recurso de evento sentinela, no caso, o internamento do usuário de drogas, porém dentro de um conceito ampliado, uma vez que buscamos levantar as ações institucionais não só da saúde, mas da educação e da assistência social, que poderiam contribuir para o não agravamento do problema. Realizamos pesquisa documental nos serviços e entrevistas com profissionais, no período de junho e julho de 2011, buscando reconstruir a trajetória de quatro jovens até a internação. Os mesmos foram localizados na Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá, no Hospital Psiquiátrico e numa Comunidade Terapêutica. Os casos foram selecionados em função da faixa etária, do número de internamentos por uso de droga de abuso e residência em uma das regionais de saúde de Maringá. A expectativa foi compreendermos como se deu o processo de atenção ao usuário, nos setores mencionados, entre os primeiros sinais de problemas e ou uso de drogas até chegar ao internamento, identificando as possíveis ações intersetoriais, suas facilidades e dificuldades, a fim de levantarmos dados que forneçam subsídios para a elaboração e implantação de uma política municipal sobre drogas. Os dados levantados apontaram para a predominância de ações isoladas entre os setores e baixo nível de atenção à prevenção ao uso indevido de drogas nas instituições estudadas, relacionados a ausência de uma política/programa intersetorial de prevenção. No entanto, em um dos casos podemos considerar, ainda que de forma pontual, a existência de ações intersetoriais entre a saúde, assistência social e justiça em um determinado momento/período, bem como as iniciativas recentes na educação de construir este caminho, o que nos parece ser imprescindível e inevitável, porém longo e complexo. Detectamos também a importância, e discrepância entre os serviços, quanto aos registros e informação dos usuários e a necessidade de compreensão de cada um, pelas instituições, dentro de uma visão coletiva, do contexto familiar, social e cultural, bem como dentro de um projeto de sociedade justa, livre e democrática. Urge ampliarmos esta discussão para a compreensão, capacitação e planejamento de uma Política Municipal sobre Drogas, pautada nos princípios legais e gerais das políticas públicas, especialmente a territorialidade e a intersetorialidade.

Palavras-chave: Uso de drogas, Intersetorialidade, Prevenção, Política municipal

BORGES, Silvana Maria Ribeiro. Misuse of drugs and inter-sectoral action: a contribution to the debate and the construction of Municipal Policy. 148 f. Master's Thesis in Public Policies – Government's School of Paraná / State University of Maringá.(Universidade Estadual de Maringá) - Department of Social Sciences. Mentor: Maria José Scochi. Maringá, 2012.

ABSTRACT

The purpose of this research was to identify the inter-sectoral and inter-institutional actions and practices related to drug abuse in Maringá-PR. After reviewing literature on the subject, we tried to identify the local situation, usage data, preventive efforts, attention to drug users, shared responsibility and the presence or absence of inter-sectoral actions in the prevention of addiction. We used the recourse of sentinel events, in this case, the internment of the drug user, however, within a broader concept, as we sought to identify the institutional actions not only of health but of education and social assistance which could contribute to not aggravate the problem. We conducted documentary research on the services and interviews with professionals between June and July 2011, seeking to reconstruct the trajectory of four young people until their internment. They were located in the Psychiatric Emergency at the Maringá Municipal Hospital, in the Psychiatric Hospital and in a Therapeutic Community. The cases were selected based on their age, the number of admissions for use of abusive drugs and residence in one of the areas covered by the Maringá regional health centers. The expectation was to understand how the process of attention given to the user, in the sectors mentioned, occurred between the first signs of trouble and/or use of drugs until the moment of internment, ascertaining the possible inter-sectoral actions, their facilities and difficulties, in order to get data that provides tools for the development and implementation of a municipal policy on drugs. The data collected indicated the predominance of isolated actions across sectors and a low level of attention to the prevention of drug abuse in the institutions studied, linked to the absence of an inter-sectoral policy/program of prevention. However, in one case we can consider, albeit in a timely manner, the existence of inter-sectoral action between health, social welfare and justice in a given period, as well as a recent initiative in education to construct this path, which seems to be essential and inevitable, long and complex. We also detected the importance and the discrepancy between the services in regards to the records and information about the users and the need for an understanding by the institutions of each one, within a collective vision of the family, social and cultural context as well as within a project of a just, free and democratic society. It is urgent that this discussion be broadened for the understanding, training and planning of a municipal policy on drugs, based on legal and general principles of public policies, especially territoriality and intersectorality.

Keywords: Drug abuse, Intersectorality, Prevention, Municipal policy

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS E POLÍTICOS RELACIONADOS ÀS DROGAS.....	14
2.1 Um olhar sobre a questão no âmbito municipal.....	17
3 POLÍTICAS PÚBLICAS.....	19
3.1 Políticas Sobre Drogas.....	21
3.1.1 Política nacional sobre drogas (Pnad)	21
3.1.2 Política estadual sobre drogas.....	25
3.1.3 Política municipal sobre drogas.....	27
3.2 Políticas de Saúde e Drogas.....	30
3.2.1 Política nacional de saúde e drogas.....	30
3.2.2 Política estadual de saúde e drogas.....	35
3.2.3 Política municipal de saúde e drogas.....	36
3.3 Políticas de Assistência Social e Drogas.....	40
3.3.1 Política nacional de assistência social e drogas.....	40
3.3.2 Política estadual de assistência social e drogas.....	45
3.3.3 Política municipal de assistência social e drogas.....	46
3.4 Políticas de Educação e Drogas.....	48
3.4.1 Política nacional de educação e drogas	48
3.4.2 Política estadual de educação e drogas.....	52
3.4.3 Política municipal de educação e drogas.....	55
3.5 Intersetorialidade.....	58
4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DA PESQUISA.....	62
4.1 Do lugar	62
4.2 Da população do estudo.....	66
4.3 Dos instrumentos de pesquisa.....	66
4.4 Das etapas da pesquisa.....	68
4.5 Do marco teórico e a análise dos dados.....	71
5 Resultados e DISCUSSÃO.....	74
5.1 Contexto e características dos sujeitos	74
5.1.1 Contexto Familiar dos Sujeitos.....	86
5.1.2 Vínculos e Situações de Agressão.....	90
5.2 Uso de drogas, Trajetória e Ação Institucional.....	92
5.2.1 Trajetória e Ação nos Serviços de Saúde.....	93
5.2.1.1 Nas UBS.....	93
5.2.1.2 No CAPS AD.....	101
5.2.1.3 Nos Hospitais e Comunidade Terapêutica	103
5.2.2 Trajetória e Atendimento na Assistência Social.....	106
5.2.3 Atuação dos Órgãos de Justiça.....	108
5.2.4 Na Escola.....	113
5.3 Uma vida para ser refletida	118
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120

7 REFERÊNCIAS.....	127
8 ANEXOS.....	134
8.1 Anexo 1.....	134
8.2 Anexo 2.....	135
8.3 Anexo 3.....	136
8.3.1 Anexo 3.1 -pesquisado.....	137
8.4 Anexo 4.....	138
8.5 Anexo 5.....	139
8.6 Anexo 6.....	141
8.7 Anexo 7.....	143
8.8 Anexo 8.....	144
8.9 Anexo 9.....	145

1 INTRODUÇÃO

A luta por uma sociedade mais justa, livre e democrática, certamente passa pela construção do crescimento de oportunidades aos cidadãos de participar, de se expressar com liberdade de pensamento, com o direito de tentar e errar em seu caminho, de buscar de novo, o novo. Ao pensar nesta questão, vemos por um lado, a ímpar oportunidade do curso de mestrado profissional, oferecida aos servidores públicos do Paraná, bem como o compromisso ético-político de que os nossos estudos e reflexões ajudem a transformar a prática nos serviços públicos, tornando-os cada vez mais públicos, voltados ao interesse de todos, ao bem comum. Por outro lado, temos a carência de oportunidades a tantos outros cidadãos (até de assim serem vistos: cidadãos), com precárias condições de vida, sem vez, sem voz, sem reconhecimento, sem informação e sem sentido na vida, cujo uso de droga acaba ocupando um espaço.

Esperamos com a nossa pesquisa dar uma gota de contribuição para que a prevenção ao uso indevido de drogas seja vista dentro de sua complexidade, de forma mais ampla e integral, relacionando-a com um dos princípios das políticas públicas – a intersetorialidade.

Certamente esta não é uma tarefa simples e nossos estudos são apenas iniciais, com o desafio de ser inédito em sua especificidade: o uso indevido de drogas e a ação intersetorial. Para isto, buscamos além das ciências sociais, referenciais teóricos de diferentes áreas do conhecimento científico e das políticas públicas, informações em *sites* oficiais e legislações da área de saúde, educação e assistência social, sendo portanto um trabalho de natureza interdisciplinar.

Iniciamos o trabalho esclarecendo o que nos motivou à realização desta pesquisa, a nossa trajetória e inquietações no campo profissional que culminaram na definição do tema e dos objetivos propostos. Optamos pela terminologia “uso indevido de drogas”, adotada na atual legislação. O referencial teórico parte dos aspectos sócio-históricos e políticos sobre o uso de drogas, no âmbito nacional e local. Fazemos uma breve abordagem sobre as Políticas Públicas e um panorama das Políticas sobre Drogas, Saúde, Assistência Social e Educação nas três instâncias de governo – nacional, estadual e municipal; os aspectos considerados mais importantes nas legislações e nas ações governamentais, o que oferece uma visão das inter-relações entre os entes federados e o processo da implantação ou não das referidas políticas. Discutimos então a questão da Intersetorialidade e partimos para a pesquisa propriamente dita,

os métodos, instrumentos e desenvolvimento do trabalho. Os resultados estão expostos a partir da contextualização social e familiar dos sujeitos, da trajetória dos mesmos no uso de drogas e nas instituições. À investigação e análise dos procedimentos adotados aparecem concomitantemente nossas propostas, destacando-se ao final as nossas considerações.

Em que pese as orientações legais e normativas para a ação e práticas intersetoriais, vemos uma série de dificuldades para a sua compreensão, assimilação e operacionalização, dada a cultura e paradigma vigente de trabalho setorizado e departamentalizado. Além do preconceito, medo e da cultura de ações “curativas” tanto na área da saúde como da assistência social, atuar de forma intersetorial, tem como desafio a superação e “desconstrução” do saber e fazer especializado/fragmentado, romper as estruturas corporativas que se refletem tanto no poder público como privado.

Desde 1991, quando iniciamos o nosso trabalho e implantamos o Projeto de Atenção ao Dependente Químico (Padeq), na UEM, víamos a necessidade de articulação das pessoas e instituições que atuavam na área para a construção de uma Política Pública.

Decorridos mais de dez anos de trabalho na área e de esforços, ligados ao Conselho Municipal Antidrogas (Comad), para a implantação de uma política municipal sobre drogas, percebemos que, uma das maiores dificuldades, passava justamente por este processo de mudança de paradigma. Cada órgão ou instituição membro do conselho tem as suas atividades na área, mas em geral possui dificuldade de trabalhar em rede, em ações conjuntas e articuladas. Certamente tivemos avanços, hoje a maioria das pessoas que atuam na área se conhece, as relações intersetoriais se iniciaram, especialmente entre o setor governamental e não governamental, porém ainda de forma pontual.

Na gestão 2006/2007, como presidente do Comad, buscamos com o Conselho Municipal de Assistência Social - Comas e Conselho Municipal de Educação (CME) iniciar uma ação conjunta. Os conselhos e as Secretarias de Assistência Social e Cidadania (SASC), Saúde e Educação promoveram um Fórum para discutir o papel e atribuições de cada setor frente as questões relacionada às drogas. Foi um debate acirrado e faltou continuidade depois, mas a discussão apontou algumas propostas, das quais destacamos “a elaboração do Planejamento Estratégico, com equipe especializada” e a organização, “de forma democrática e participativa com os diversos setores governamentais e da iniciativa privada da Política Municipal sobre Drogas”.

Atualmente, com o redirecionamento da política e nova tipificação dos serviços da assistência social, uma comissão intersetorial, ligada a SASC, discute questões práticas, como a definição da vinculação e financiamento das Comunidades Terapêuticas, o que é da assistência social e o que é da saúde.

A política sobre drogas afeta, portanto, uma diversidade de áreas, setores e olhares sobre o tema. Dispõe de poucos estudos científicos, especialmente na área das ciências sociais e políticas públicas e é vista como um grande desafio para os profissionais, gestores e sociedade civil. O aumento do uso, da dependência e das internações por uso de drogas, indicam a necessidade de uma atuação mais efetiva da prevenção na política pública sobre drogas, que é de natureza transversal/intersectorial.

As Ciências Sociais têm contribuído para o debate e avanço das políticas públicas em geral, porém numa breve revisão bibliográfica, poucos foram os estudos encontrados sobre esta temática. Podemos constatar a relevância do tema frente as medidas e editais governamentais de incentivos à pesquisa e de criação de Centros Regionais de Referência em Crack e outras Drogas, os quais a Universidade Estadual de Maringá (UEM) foi contemplada no ano de 2011.

Em nossas atividades, no Comas e Comad, vivenciamos os desafios e dificuldades para o debate e formulação de uma política municipal sobre drogas, pautada na intersectorialidade, uma questão recorrente quanto a sua necessidade e importância estratégica. A atuação profissional não pode estar separada do referencial teórico e político que a orienta, sendo objetivo deste mestrado contribuir na produção de conhecimentos ao exercício profissional nas políticas públicas.

Desta forma o presente estudo teve por objetivos:

Geral: Identificar nos serviços de saúde, da assistência social e da educação a existência de ações conjuntas em situações de uso indevido de drogas

Específicos:

1. Refletir sobre os aspectos que facilitam ou dificultam a ação intersectorial preventiva quanto ao uso indevido de drogas no município de Maringá;
2. Identificar os fatores que favoreceram para a ocorrência do mesmo;
3. Caracterizar, no âmbito de cada setor, a orientação legal e político-institucional frente à demanda de usuários de substâncias psicoativas

4. Fornecer subsídios para uma Política/Programa Municipal sobre Drogas.

Esperamos com a pesquisa contribuir para a reflexão e o processo de construção de uma Política Municipal e Intersetorial de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas e à capacitação de profissionais, cumprindo a função social da universidade pública e comprometida com a justiça social.

2 ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS E POLÍTICOS RELACIONADOS ÀS DROGAS

Há algumas décadas, organizações especializadas no estudo e ou intervenções na área da dependência química, reunidas em congressos da Associação Brasileira de Estudos sobre o Álcool e outras Drogas (Abead) apontavam que os problemas ligados ao uso indevido de drogas eram como a ponta de um iceberg, cujo tamanho era desconhecido.

A experimentação e uso de drogas sempre fizeram parte da história humana, associadas à busca de conhecimentos, experiências e prazer, bem como ao seu processo de desenvolvimento social. As mudanças socioeconômicas, políticas e culturais, o desenvolvimento científico, industrial e o avanço do capitalismo, a partir do final do século XIX e início do século XX, influenciaram novas experiências. O avanço industrial propiciou o fabrico de drogas sintéticas e mais potentes. Com o processo de globalização expande-se também o comércio e uso de drogas ilegais. São acentuados os efeitos negativos sobre o corpo físico e mental dos usuários, começando a preocupar as famílias e profissionais de saúde até tornar-se um problema social ou de saúde pública.

Com o avanço do projeto capitalista neoliberal, o uso de drogas vai tomando novas características e sentidos diversos e complexos. Segundo Reghelin (2002), as drogas entram na lógica do consumo, passam a ser algo a mais a ser consumido e que pode desenvolver relações de dependência. Os usuários afetos ao ambiente, uma rede complexa de elementos socioculturais condicionantes, estão na maioria das vezes num lugar de exclusão social, pois o próprio planejamento urbano define os lugares da “riqueza” e da “pobreza”, da rebeldia, da barbárie e da modernidade. Só que aos poucos os habitantes do “lado de lá” começam a frequentar “o lado de cá” e vice-versa e diversas práticas sociais passam a ser generalizadas.

Para Reale (1997, apud Reghelin, 2002) a droga e seus usuários cumprem a função de “bode expiatório” como “fonte de todos os males”, tornando difícil a aceitação de outras medidas fora do binômio doente criminoso, tal como a política de redução de danos.

Segundo Marta Conte (1995), a toxicomania é o paradigma do que é a tendência do mundo no que se refere às relações Sujeito - Objeto, sendo que todos nós estamos em estado de adição. Dependemos de objetos simbólicos para viver e nos comunicarmos, porém, na toxicomania, esse objeto é real. Na lógica do imperativo ao consumo, a droga passa a ser uma

das respostas, um produto que transforma o consumidor em super-homem, e lhe designa um lugar de exceção pois, na sociedade individualista, o sujeito tornou-se a medida para todas as coisas, sendo convocado a fazer-se.

Para Nogueira (2004), o avanço da individualidade confundiu-se muitas vezes com o individualismo possessivo, havendo ruptura do indivíduo com o institucional ou com o social: isolamento, indiferença, egoísmo, vontade de se voltar contra tudo e contra todos, dificultando a composição liberdade e ordem, pulsão criativa e disciplina, diferença e norma.

Aiex Neto (2001) analisa que, na sociedade neoliberal, o progresso material é distribuído de forma injusta, baseado na concentração de riqueza pouco beneficia os chamados excluídos; o progresso das ciências da saúde, com o controle de doenças infecciosas e degenerativas, traz benefícios que podem melhorar nossa expectativa e qualidade de vida, no entanto, o homem adocece e morre por problemas provocados por ele mesmo, por seu modo de vida frenético, mecanizado, baseado no “ter”, que leva a diversos sofrimentos psíquicos, à ansiedade, depressão, intoxicação por **substâncias químicas**, acidentes ou agressões. Na busca de alívio ou de prazer, de fuga ou preenchimento do vazio deixado por esta inversão do ter sobre o ser o homem busca a comida, jogos, sexo, e podemos acrescentar inclusive o trabalho e a religião como compensações, as quais podem criar dependência.

Devido à situação de pobreza, a exploração do trabalho, às vezes, baixa escolaridade, crise de emprego e oportunidade de ganho rápido, o tráfico de drogas também passa a ser uma fonte de renda, enriquecimento e poder, envolvendo pessoas dos vários segmentos e classes sociais.

Para Coronil (2005), a partir da década de 70, com as novas tecnologias de produção e comunicação, aparece o lado escuro da atual globalização, registrado no relatório da Conferência das Nações Unidas sobre o Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD), que aponta o forte crescimento das desigualdades mundiais.

Para muitos dos que se encontram à mercê das forças de mercado e têm pouco a vender, o “mercado” toma a modalidade de **comércio de drogas** (grifo nosso), contrabando, exploração sexual, comércio de mercadorias roubadas e até de órgãos humanos.” (...)“ Para estes setores marginalizados, a aparente ilimitada mercantilização da vida social unida às limitações estruturais no

mercado de trabalho faz com que o mundo pareça cada vez mais arriscado e ameaçador (CORONIL, 2005, p.110).

A expansão do uso na área urbana e rural, o refinamento, o uso múltiplo de diferentes tipos de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas) ligado a uma gama de finalidades, bem como os seus riscos e consequências para o usuário, a família e a sociedade, tornam a questão do uso indevido de drogas tanto complexa como um dos problemas urgentes para as diversas áreas da ciência e das políticas públicas.

O uso de drogas lícitas e ilícitas está relacionado a múltiplos fatores, é um fenômeno mundial que atinge cerca de 10% das populações e pode envolver graves consequências sociais. Seria uma vasta lista de dados, tais como a violência doméstica e urbana, acidentes de trabalho e de trânsito, baixo rendimento escolar e produtivo, as doenças secundárias como hipertensão, distúrbios digestivos, doenças do coração e do fígado, transtornos mentais, etc.

No Brasil, pesquisas realizadas pela OMS em 2004, apontam um crescimento de 70,44% do consumo *per capita* de álcool puro, entre a população com mais de 15 anos, no período de 1970 a 2001 (BRASIL, 2008, p.53). O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil aponta que **“12,3% das pessoas com idades entre 12 e 65 anos, são dependentes de álcool”** e o consumo cada vez mais precoce, indicando a necessidade de novas medidas de controle, prevenção e tratamento. O estudo aponta ainda as drogas mais usadas no Brasil em 2005: Álcool 74,6%, Tabaco 44,0%, Maconha 8,8%, Solventes, 6,1%, Benzodiazepínicos 5,6%, Orexígenos 4,1%, Estimulantes 3,2%, Cocaína 2,9% e Xaropes(codeína) 1,9% (BRASIL, 2008, p.).

Conforme vimos, as drogas legais e de fácil acesso são as mais usadas, mas o uso de drogas ilegais vem apresentando aumento de consumo. Entre os estudantes do ensino fundamental e médio, o V Levantamento Nacional do Cebrid¹ de 2004 refere que 11,7% faziam uso de seis ou mais vezes ao mês e 6,7% vinte ou mais vezes ao mês (grifo nosso). As consequências na educação aparecem na taxa maior de defasagem ou abandono escolar entre estudantes que já fizeram uso na vida de drogas.

No levantamento domiciliar, aparece também o uso de crack de 0,8% em 2005 e, embora este índice possa aparecer insignificante em relação aos demais, há vários problemas relacionados ao uso de crack, pois seu alto grau de dependência pode levar o usuário a chegar num ponto de fazer “qualquer coisa” para obter a droga, envolver-se em situações de

¹Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Vide < www.cebrid.epm.br >

violência, criminalidade e prostituição, reduzindo sua qualidade de vida e reforçando a marginalização.

2.1 Um olhar sobre a questão no âmbito municipal

O município de Maringá, como a grande maioria no país, dispõe de registros e estatísticas de órgãos públicos, porém ainda pouco utilizadas com o objetivo de um diagnóstico e planejamento local. Para a III Conferência Municipal de Políticas sobre Drogas, realizada em 2007, buscamos alguns dados e levantamos que, somente na Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal, no ano de 2006, foram registradas 957 consultas aos municípios devido a intoxicação alcoólica, dos quais 890 foram internados e 548 consultas por outras drogas, das quais 490 internações. No Hospital Psiquiátrico, as internações ligadas ao uso de substâncias psicoativas, no ano de 2006, foram próximas de 700 pessoas e nas sete (7) Comunidades Terapêuticas do município calculou-se mais de 400 internações, totalizando-se mais de duas mil internações, sem computar os hospitais gerais.

Conforme os dados apresentados pela Polícia Militar de Maringá, em 2006, foram presas 296 pessoas e apreendidos mais de 700 kg. de maconha, 24 kg. de cocaína e 634 bolinhas de haxixe.

No levantamento realizado por Christophoro (2006), o consumo de álcool por estudantes do ensino médio, em 15 escolas públicas e 4 privadas, de Maringá, 2.837 alunos declararam fazer uso de bebidas alcoólicas, destes 83,66%, da primeira série; 89,70% da segunda e 92,34% da terceira, demonstrando o uso progressivo conforme a idade. O mesmo estudo confirma os dados nacionais referentes o início do uso de substâncias psicoativas entre 12 a 16 anos.

Há ainda uma carência de estudos, sobre outras consequências do uso de drogas no ambiente escolar, porém sabemos, por meio de contatos com profissionais da área escolar de Maringá, do aumento da indisciplina, da violência e inclusive uso e tráfico de drogas dentro do espaço escolar, além do seu uso não se restringir apenas a alunos, mas também, funcionários e professores, em todos os níveis de ensino.

A partir de 2009, os dados relativos a atendimentos, apreensão de drogas e detenções passaram a fazer parte do Relatório Circunstanciado do município (exigido para o cadastro e convênios com a SENAD) e divulgado em seu *site*.

No ano de 2010, o relatório da Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal apontou uma queda, com 1.212 internações por uso abusivo de álcool e drogas, das quais 57% foram voluntárias, 23%, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e 12% das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Quanto a idade, prevaleceu a maioria na faixa etária dos 20 aos 29 anos, com 348 pessoas, sendo 50 mulheres e 298 homens. Na faixa etária de 12 a 19 anos foram 122 internamentos, num total de 470 nas faixas mais jovens.

No ano de 2010, foram presas 1.298 pessoas e apreendidos 1.273,19 kg de maconha, 2.120 kg. de haxixe, 5.270 kg de cocaína e 154.876 kg de crack, um significativo aumento comparado a 2006.

Na área de segurança, observações de técnicos da Penitenciária Estadual de Maringá apontam o aumento de pessoas cada vez mais jovens, das várias classes sociais, presas por crimes associados ao uso ou comércio de drogas. Em um dos bairros de Maringá, não visado como local de droga, servidores da Unidade de Saúde levantaram mais de cem pontos de uso de drogas.

Ainda que tenhamos poucos estudos sobre o assunto, tais dados apontam para maior atenção ao uso indevido de drogas no município. Fatos e dados trazem seus significados, mas precisam ser vistos de forma integradora e contextualizada para contribuir com a compreensão da realidade, servindo-nos de indicadores para o planejamento de ações, principalmente de prevenção, e metas que possam ser aferidas posteriormente.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS

A política fragmentada perde a compreensão da vida, dos sofrimentos, dos desamparos, das solidões, das necessidades não-quantificáveis. Tudo isso contribui para a gigantesca regressão democrática, com os cidadãos apartados dos problemas fundamentais da cidade (Morin, 2005).

Neste capítulo fazemos algumas considerações sobre Políticas Públicas e nos seguintes buscamos reunir as referências legais e político-institucionais nos eixos das três políticas setoriais, além da própria Política sobre Drogas: Saúde, Educação e Assistência Social, nos aspectos referentes à prevenção ao uso indevido de drogas. Não descartamos a importância das demais políticas, tal como a cultura, esporte, lazer, trabalho, planejamento urbano e segurança pública, mas o corte faz-se necessário para a delimitação do estudo.

Temos a predominância de saberes, políticas e práticas setorializadas que comprometem uma visão ampla e integrada da realidade, de totalidade do ser humano e da sociedade, causando muitas vezes um processo de trabalho alienado e insatisfatório.

Para Souza (2006), o estudo e debate sobre Políticas Públicas no Brasil obteve maior importância e visibilidade nas últimas décadas, de um lado a partir das condições postas pelo capital internacional, a vários países, quanto ao controle de gastos e ajuste fiscal, o que implicava em adotar orçamentos equilibrados entre receita e despesa e restringir a intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais e, de outro, com o processo de democratização política do país, que ampliou esta discussão em diversos campos: político, acadêmico, técnico e popular. A política pública passa então a ser área do conhecimento nos EUA, com o foco centrado nos governos e suas ações, sem discutir o papel do Estado, diferentemente da visão europeia, cujos estudos e pesquisas voltavam-se mais para a análise sobre o papel do Estado e suas instituições do que para as suas produções.

Conforme a autora, no Brasil ainda é escassa a literatura sobre o tema e não há um consenso sobre a definição de política pública. A partir de vários conceitos citados, a mesma resume política pública como “o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)”. E acrescenta que “A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real”.(Souza, 2006, p.26).

Segundo Arretche (2003), ainda há muito o que fazer no Brasil para as delimitações neste campo de conhecimento, cujas dificuldades passam pela ausência de uma agenda de pesquisa e por sua natureza interdisciplinar. Menciona a análise feita por Carlos Aurélio Pimenta de Faria de que os estudos predominantes sobre o tema no Brasil estão relacionados ao processo decisório, em detrimento dos estudos sobre a implementação. Neste sentido, esperamos contribuir com o presente estudo.

Numa visão prática, as Políticas Públicas também são definidas como “ a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público” (Lopes, Amaral, Caldas, 2008, p.5) Para os mesmos, os governantes ou tomadores de decisões acabam por eleger as prioridades, pois a sociedade em geral não consegue se expressar de forma integral. A sociedade civil organizada (associações, sindicatos, etc.) apresenta as suas demandas aos dirigentes políticos eleitos (vereadores, deputados, senadores) e estes mobilizam o poder executivo correspondente.

De uma forma geral, entendemos então as Políticas Públicas como as decisões dos governos sobre um conjunto de ações a serem desenvolvidas para a solução de um problema ou demanda social, que incluem desde a compreensão do problema, a definição de princípios e diretrizes, metas e objetivos a serem alcançados, regras, recursos orçamentários, planos, programas e projetos, que são ou não implementados, de acordo com os interesses, participação e condições sociopolíticas em um determinado momento e local.

Dentro de um estudo jurídico, Silva (2011) entende que,

A adoção de políticas públicas denota um modo de agir do Estado nas funções de coordenação e fiscalização dos agentes públicos e privados para a realização de certos fins (...) ligados aos chamados direitos sociais, nos quais se inclui os econômicos. Desta feita, o estudo das políticas econômicas não pode ser dissociado do das políticas sociais. (SILVA, 2011, p.3)

A denominação Política Pública é portanto adotada dentro de uma visão mais ampla (ou totalizante para alguns autores), englobando as políticas econômicas e sociais, anteriormente tratadas de modo separado. Elas englobam diversas áreas e dimensões, também chamadas de políticas setoriais. Alguns autores não diferem o uso do termo políticas públicas de políticas sociais, o que é adotado no presente trabalho, entendendo-se que, em última instância todas as políticas devem ser voltadas ao bem estar e aos direitos sociais.

As políticas públicas brasileiras no atual momento, resultam de um amplo processo de debates democráticos e em geral orientam para a ação integrada e intersetorial. Este processo de participação porém, baseado na representatividade, alcança ainda uma minoria de cidadãos e profissionais realmente comprometidos com a implementação e efetividade de tais políticas.

Ocorre, a nosso ver que, entre a orientação política e as práticas cotidianas, ainda há uma grande distância. A orientação legal perde-se na base do trabalho, seja por desconhecimento dos atores (profissionais), centralização do saber, por falta de estrutura e condições concretas para a sua efetivação ou de forma mais preponderante devido a opção político-ideológica da gestão local.

Ao optarmos pela construção de um estado de direito democrático, o ordenamento político-jurídico deveria ser amplamente conhecido e respeitado para alcançarmos um avanço social. Não se trata de um mero legalismo e uma visão estática sobre as legislações e normas, mas de um processo histórico e dinâmico de construção do ideário de uma sociedade coerente entre seus princípios e ações, discursos e práticas políticas que não se referem apenas aos governantes, mas a cada um e, especialmente, ao servidor público que está na ponta dos serviços e que no processo alienante do trabalho muitas vezes não se vê enquanto operador das políticas públicas.

Neste sentido, entendemos ser fundamental buscar os pontos comuns entre as políticas sociais mencionadas, como subsídios para a compreensão e análise de nosso objeto. Por uma questão de objetividade, trata-se apenas do levantamento das legislações vigentes no atual momento, sem maior análise sobre cada uma, o que pode ser encontrado em outros trabalhos.

3.1 Políticas Sobre Drogas

3.1.1 Política nacional sobre drogas (Pnad)

A questão do tráfico e aumento do uso de drogas ilegais torna-se alvo de preocupação da política internacional e em 1998, a XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas discute e aponta os princípios diretivos para a redução da demanda e da oferta de drogas, aderidos pelo Brasil e influenciando sua política pública (Senad, 2010).

A partir desta orientação, delinea-se em nosso país uma política nacional específica. Em junho de 1998 é criada a Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), ligada ao Gabinete de **Segurança Institucional** da Presidência da República. O Conselho Federal de Entorpecentes

é transformado em Conselho Nacional Antidrogas (Conad) e assim respectivamente, Conselho Estadual Antidrogas (Conead) e Conselho Municipal Antidrogas (Comad). Neste ano é realizado o I Fórum Nacional Antidrogas para a discussão da Política Nacional e em 2001 o II Fórum elabora a Política Nacional Antidrogas (PNAD), instituída em agosto de 2002 pelo decreto presidencial nº. 4345/2002.

Em 2003, o novo governo federal, dá início a um processo de avaliação da política, tendo como base três princípios, os quais destacamos:

- **integração das políticas públicas** setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações;
- **descentralização das ações** em nível municipal, permitindo a condução local das atividades de redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município;
- **estreitamento das relações** com a sociedade e com a comunidade científica. (BRASIL, 2010a, p.216) (grifo nosso)

A Senad promove um amplo debate nacional, visando a mudança do enfoque “antidrogas” para uma “política sobre drogas” e a inserção no contexto e estrutura das demais políticas setoriais, baseada no princípio da responsabilidade compartilhada, em que a universidade tem papel relevante. Em 2005 é reformulada a Política Nacional sobre Drogas (Pnad) e em 2006 aprovada a Lei 11.343/06, que cria o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), o qual, segundo a Senad, segue a tendência mundial de mudança da justiça retributiva e de penalização do usuário para a justiça restaurativa “voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, ao invés do encarceramento”²

Com o objetivo de ressocialização estabelece penas alternativas como:

- advertência sobre os efeitos das drogas;
- prestação de serviços à comunidade em locais (...) de prevenção e recuperação
- medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (Brasil, 2010a, p.218)

O Sisnad tem como uma de suas finalidades “a prevenção o uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas” (art.3º). Entre seus princípios, dispostos no art. 4º, destacamos: o **respeito aos direitos** fundamentais da pessoa humana, à

² O resultado desta política é questionado pelo advogado Pedro Abramovay. Ele diz que, após a lei, houve um aumento de 62% de jovens presos ligados ao uso de drogas (Canal Futura, Sala de Notícias em Debate, 06.09.11)

diversidade e **promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania**, o reconhecimento da **intersectorialidade dos fatores** correlacionados com o uso indevido de drogas, com a sua produção não autorizada e seu tráfico ilícito”, a adoção de abordagem multidisciplinar que reconheça a interdependência e a natureza complementar das atitudes de prevenção e o **equilíbrio** entre as atividades de prevenção, assistência e repressão.

Em seu artigo 5º temos os objetivos de contribuir para a inclusão social, diminuindo a vulnerabilidade e comportamento de risco, “promover a construção e socialização do conhecimento sobre drogas” e “promover a integração entre as políticas”.

Seguindo as orientações e objetivos propostos, a Senad vem atuando, no âmbito nacional, na articulação com as demais políticas públicas e, principalmente, na capacitação de trabalhadores e agentes dos diversos setores e segmentos que atuam com a questão das drogas, através de cursos gratuitos à distância. Também implantou a Rede de Pesquisa sobre Drogas, em parceria com o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), de Portugal. Tem entre as suas competências o gerenciamento do Fundo Nacional Antidrogas e do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), que reúne a produção de conhecimentos e dados sobre o assunto.

Dentro da atual estrutura política, temos ainda o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), alterado pela Lei 11.754/2008 e que tem como atribuições o acompanhamento da gestão e atualização da Política Nacional sobre Drogas, a orientação normativa e a promoção da integração ao Sisnad dos respectivos órgãos e entidades dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal. No âmbito dos Estados e Municípios estão previstos os Conselhos Estaduais e Municipais com atribuições afins, visando a articulação das três instâncias de poder. Entretanto este parece ser um processo bastante lento de construção, pois a maioria dos estados os municípios não possuem Conselho e política local.³

Em 2011, o novo governo transfere a Senad para o Ministério da Justiça, sua presidência passa da área militar para a sociedade civil, o que representa em termos políticos e de política setorial um grande avanço, ao desassociar a relação direta das drogas à segurança pública. Para a nova Secretária da pasta, assistente social do Paraná, Paulina do Carmo Arruda, a mudança traz um novo paradigma quanto ao foco da política, sendo uma das

³Em matéria do dia 22 de julho de 2011, o coordenador da Coordenadoria Estadual Antidrogas do Paraná - CEAD informa que apenas 34 dos 399 municípios do estado criaram os seus conselhos. Na relação não constam Maringá e Londrina. No Boletim Informativo n.1, ano2, do Conselho Estadual do Paraná constam 60 municípios. Fonte: www.antidrogas.pr.gov.br acesso em agosto de 2011.

primeiras ações do governo a organização do Seminário de implantação dos Centros Regionais de Referência em Crack e Outras Drogas (CRR), em fevereiro de 2011.

No entanto, conforme Trad (2010), encontramos diferentes posicionamentos do Estado na abordagem das drogas, um modelo que se orienta pela abstinência e repressão do uso de drogas e outro que se pauta no respeito à autonomia do usuário e na qualidade de vida, secundarizando a abstinência e a repressão enquanto objetivos a serem alcançados, o que de acordo com Romani, expressa a diversidade de representações e interesses ideológicos, políticos, socioculturais e econômicos (TRAD, 2010, p.13).

Dentro do processo de discussão de nova política e legislações, o Conad cria em 2005 a Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Alcool (CEPPA), com ampla representação e cujo trabalho resulta no Decreto 6.117/07, que estabelece a Política Nacional sobre o Alcool, alinhada a PNAD. Entre as vinte diretrizes da lei (cap. IV, inc.20), destacamos a descentralização, o controle social, a lógica ampliada de redução de danos, rede local e território, a prevenção nas instituições de ensino e mecanismos “que permitam a avaliação do impacto das ações”.

A lei refere-se ainda a um conjunto de medidas para a Redução de Danos⁴ à saúde e à vida tal como o diagnóstico, a ampliação do acesso ao tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), a articulação entre a rede pública de saúde e os recursos comunitários não governamentais, campanha permanente de prevenção em diferentes meios e o cumprimento do Estatuto da Criança e Adolescente.

A expansão do tráfico e consequências adversas do uso do crack levaram o governo federal a anunciar, em maio de 2010, o **Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas** com investimentos previstos em ações de saúde, assistência e repressão ao tráfico de R\$ 400 milhões. Tem como objetivo coordenar as ações federais de prevenção, tratamento, reinserção social do usuário do crack e outras drogas, bem como enfrentar o tráfico, em parceria com estados, municípios e sociedade civil.

O plano é composto de ações de aplicação imediata, voltadas para o enfrentamento do tráfico da droga, principalmente em regiões de fronteira e de campanha permanente de mobilização nacional para engajamento ao plano e ações estruturantes organizadas em quatro

⁴A Redução de Danos (RD) é um conjunto de políticas e práticas, considerada também uma estratégia, cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas, quando o indivíduo não consegue ou não pretende interromper o uso, mantendo o foco na pessoa e não na droga.

eixos: integração de ações de prevenção, tratamento e reinserção social; diagnóstico da situação sobre o consumo do crack e suas consequências; campanha permanente de mobilização, informação e orientação; e formação de recursos humanos e desenvolvimento de metodologias (OBID, grifo nosso).

O Plano prevê a disseminação de boas práticas e algumas experiências são divulgadas como modelo, o projeto da Associação Lua Nova, que acolhe jovens grávidas e ou usuárias, a Terapia Comunitária e o Consultório de Rua, o qual passa a ser subsidiado para implantação nos municípios.

3.1.2 Política estadual sobre drogas

As informações sobre a história da política relacionada ao uso de drogas no Paraná são bastante restritas, não sendo encontrado trabalhos que relatem uma organização do Estado anterior a 2003. Neste ano foi reestruturado o Sistema Estadual Antidrogas do Paraná, após a criação da Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania (Seju) e da Coordenadoria Estadual Antidrogas - CEAD.

No período anterior à política antidrogas, a “política”, ou mais propriamente as ações nesta área eram definidas e realizadas pelo Conselho Estadual de Entorpecentes (Conen-PR), cujas ações e âmbito de atuação se concentravam mais em Curitiba, exceto por ocasião da Semana Estadual de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas - Previda, que era articulada principalmente com a rede estadual de ensino, atingindo outros municípios.

As ações do Conselho Estadual eram bastante limitadas especialmente por falta de estrutura e ausência de orçamento específico. No ano de 1998, a lei 12.348 autoriza o Poder Executivo a instituir o Fundo Estadual de Prevenção ao Abuso de Drogas (Funpred). Em 07 de novembro de 2003, através do decreto n.º 2.085, é criada a CEAD e reestruturado o Conselho Estadual Antidrogas (Conead), segundo a informação oficial visando

a abertura de espaços concretos e organizados para a participação da sociedade paranaense no processo de definição das macro orientações do Sisnad e, com isso, permitindo um maior alinhamento de suas deliberações e atos normativos à realidade do País resguardando o respeito às diversidades socioeconômicas, culturais e religiosas coexistentes, e (...) mecanismos institucionais para a integração das políticas setoriais relacionadas com a redução da demanda e da oferta de drogas no Estado (in *site* CEAD/histórico)

O Conead constitui-se em “órgão colegiado, deliberativo (...) paritário, orientador e fiscalizador da política pública de prevenção ao uso indevido de drogas lícitas e ilícitas”, bem como relativa ao tratamento, a recuperação, a redução de danos e a reinserção social de dependentes. No entanto, em sua composição não há representação de entidades ou conselhos municipais das cidades do interior, o que compromete, a nosso ver, o princípio da descentralização e uma visão geral dos problemas do estado.

O art. 45 dispõe sobre a CEAD, que “tem por finalidade o planejamento, a definição, a coordenação e o controle das ações relacionadas à redução da demanda de drogas no território do Estado, de acordo com o estabelecido pela política estadual antidrogas”. À Coordenadoria cabe portanto a execução da política estadual, em consonância com a política nacional. O art. 46 atribui as suas competências, entre as quais destacamos a promoção de: convênios e parcerias para cooperação técnica e financeira; das ações municipalizadas, a criação, fortalecimento e intercâmbio dos Conselhos Municipais e o treinamento de seus integrantes; a promoção e a supervisão da realização de estudos, pesquisas, cursos, eventos e publicações relativos à redução da demanda de drogas; a manutenção da documentação e atualização da legislação pertinente.

Para desenvolver estas e outras competências, o órgão conta apenas com duas ou três pessoas. No ano de 2006 foi lançado o Programa de Interiorização das Políticas Estaduais de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas (Prointer), que busca descentralizar os projetos, trabalhando com os representantes das Associações de Municípios das microrregiões do estado, inicialmente divulgando a proposta do estado e a responsabilidade dos municípios quanto a criação dos conselhos e ações locais.

A Política Estadual sobre Drogas do Paraná foi aprovada, através da Resolução 01/2010 do Conead apenas em agosto de 2010. Foi divulgada no boletim eletrônico do Conselho e até o momento da pesquisa não estava disponível no *site* da CEAD - PR.

Com a mudança de governo, a problemática foi colocada no discurso governamental como uma das prioridades de seu programa, com enfoque no internamento e no combate ao tráfico. Em relação à prevenção e tratamento, uma das ações importantes é a retomada da Política de Redução de Danos, a partir de contatos com os grupos existentes no estado, conforme informação da coordenadora de saúde mental do estado, na Oficina de RD em Maringá, realizada em junho de 2011. Em notícia no site da CEAD⁵, na abertura da 16^a.

⁵<http://www.antidrogas.pr.gov.br> – Vários acessos entre 19/8/2011 à 10/02/2012. Vide legislação em anexo.

Semana Estadual de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas, o governador anunciou a implantação no estado dos programas Bola Cheia e Papo Legal que foram, “políticas públicas”, executadas pela prefeitura de Curitiba, “com a finalidade de oferecer atividades esportivas e sociais para orientar crianças e jovens sobre os riscos e malefícios das drogas”.

Ele anunciou também a assinatura de um protocolo para criar no Detran um fundo para captação de recursos para campanhas de educação e prevenção contra drogas no trânsito.

Segundo o coordenador da CEAD, os primeiros municípios que receberão as ações dos programas anunciados serão as cidades de fronteira e com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), demonstrando uma articulação da política sobre drogas e a questão social e estratégica.

Embora em dezembro de 2011, tenha sido realizado um encontro estadual denominado “Mobilização Paranaense para a Promoção da Saúde mental: implementação da Política estadual sobre Drogas”, não havia qualquer notícia a respeito do evento no *site* da CEAD ou informações sobre a implantação das propostas do governo, até o nosso último acesso em fevereiro de 2012. Mas vale registrar a reprodução do artigo “Juventude e proibição das drogas”, de Cesar Bueno, professor de sociologia da UFPR questionando a política proibicionista e instigando o Estado, meios de comunicação e instituições acadêmicas a promover mais debates sobre o assunto, bem como a reprodução de uma entrevista com João Goulão, chefe das agências portuguesa e europeia de combate às drogas, sob o título “Combatemos o vício, não o viciado” e que reforça uma visão mais social sobre o tema.

3.1.3 Política municipal sobre drogas

Até o ano de 2011, o município de Maringá não construiu uma política específica sobre drogas, sendo desenvolvidas ações no âmbito das demais políticas. Nos anos 90, foi criado o Conselho Municipal de Entorpecentes (Comen), que era ligado ao gabinete do prefeito e que funcionou por um tempo. Em 2000, seguindo a orientação nacional, foi transformado em Conselho Municipal Antidrogas (Comad), mas seus membros sequer sabiam de sua existência e função, a maioria das pessoas e instituições que atuava na área não se conhecia ou se comunicava. No ano de 2001, no cargo de vereadora, iniciamos um trabalho de articulação para apresentarmos uma proposta de mudança, com a discussão e alteração da lei 5244/2000, visando seu efetivo funcionamento e dentro de outra concepção de conselho, ou seja, nos

moldes dos demais conselhos de políticas públicas, com a função de articular, debater, propor, deliberar e fiscalizar a política sobre drogas.

Fruto das discussões, o Comad passa a ser vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, pelo entendimento de que a dependência química é uma doença, um problema social e principalmente de saúde pública, tratada no âmbito da política de saúde mental, o que veio ser ratificado, em 2004, com a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Embora faltem dados sobre o perfil dos Comads, historicamente sabemos que, a partir da concepção da questão do uso de drogas como um problema de segurança pública, como anteriormente mencionado, a política e a estrutura dos Conselhos estavam ligados à segurança pública e posteriormente à justiça, onde permanecem os conselhos nacional e estadual do Paraná. Por isto, no âmbito municipal, eles sempre foram ligados diretamente aos gabinetes dos prefeitos, com função de assessoramento e apoio, sem caráter deliberativo e fiscalizador. O formato do Comad em Maringá é uma exceção em relação à maioria dos conselhos municipais. Seu modelo serviu de exemplo para cidades vizinhas e acreditamos que na medida em as discussões sobre o tema avançassem e os municípios exerçam sua autonomia, outras cidades poderão adotar organizações diferentes do modelo proposto pela Senad ou Conead.

Após a sua reformulação, o Comad de Maringá passou a funcionar efetivamente, unindo esforços para o enfrentamento dos problemas ligados à prevenção, tratamento e repressão da oferta e demanda de drogas. Inicialmente, buscou consolidar a sua própria organização, com o apoio do setor de assessoria aos conselhos, excluído na atual gestão.

O Comad passou a atuar no cadastramento e orientação das instituições não governamentais, em especial, as comunidades terapêuticas quanto às normas (resolução 101/2001; 29/2011) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A cada dois anos realiza a Conferência Municipal sobre Drogas que, a partir da mobilização e participação dos diversos setores e segmentos, aponta sugestões e diretrizes para as ações e política municipal, dentre elas a criação de uma secretaria municipal.

No ano de 2002, é criado em Maringá o Centro de Atenção Psico Social - Álcool e Drogas (CAPS AD), conforme disposto na política nacional de saúde mental, para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas residentes no município, até então atendidos principalmente pelo hospital psiquiátrico, comunidades terapêuticas e grupos de

apoio não governamentais. É também implantada, em 2003, a emergência psiquiátrica no Hospital Municipal, que passa a receber usuários em crise.

Em 2009, foi criada a Diretoria Antidrogas do município, vinculada a SASC e que apresenta uma proposta de implantação de uma Comunidade Terapêutica Municipal, ao mesmo tempo em que, face à nova tipificação de serviços da assistência social, tenta transferir a responsabilidade e financiamento das mesmas para a secretaria de saúde. Esta situação acentua a necessidade de uma discussão mais aprofundada sobre a política municipal, da necessidade de ações conjuntas, do papel e das competências de cada instituição e setor para o enfrentamento sobre o uso indevido das drogas.

Além dos órgãos municipais mencionados, temos o Programa Educacional de Resistência às drogas e à Violência (Proerd), da Polícia Militar, que desenvolve em parceria com o município/Secretaria de Educação um trabalho de prevenção nas quartas séries do ensino fundamental, através de aulas e palestras ministradas por policiais, desde o ano de 2006 e o Projeto de Tabagismo da UEM que desenvolve diversas ações continuadas de prevenção, destacando-se a Maratona de Revesamento “Pare de Fumar Correndo”, que faz parte do calendário de eventos oficiais do município.

Na Universidade Estadual de Maringá temos ainda outros projetos de extensão voltados à prevenção, atendimento, capacitação e formação acadêmica como o **Padeq** já descrito, o Programa de Prevenção e Tratamento do Dependente Químico (Provent), e o Centro de Controle de Intoxicações (CCI), sendo que está em processo de implementação o “Centro Regional de Referência de Formação Permanente aos Profissionais que Atuam nas Redes de Atenção Integral da Saúde e de Assistência Social com Usuários de Crack e outras Drogas e seus familiares da Área de Abrangência da Universidade Estadual de Maringá” (CRR-UEM).

No Fórum de Justiça do Município, temos a Oficina de Prevenção ao Uso de drogas (OPUD), voltada para a conscientização de jovens que foram apreendidos com porte de drogas, iniciativa de uma organização não governamental e parceria com o Juizado Especial, Varas Criminais e de Execução Penais. Segundo dados do projeto, somente 4,5% dos jovens que participaram das Oficinas tiveram reincidência.⁶ Os beneficiados passam por uma triagem social e psicológica individual, para verificação de sua condição jurídica, de saúde mental e socioeconômica. Em seguida, são encaminhados para um trabalho em grupo, baseado na experiência realizada pelo poder judiciário de Curitiba.

⁶Obtido de < www.maringamais.com.br >, acesso em 30.11.11

Quanto a organização da sociedade civil, temos sete comunidades terapêuticas, todas cadastradas no Comad e no Conselho Municipal de Assistência Social (Comas), o que lhes confere o direito de receber subsídios do poder público, entre os quais estão contempladas as vagas sociais. Temos ainda aproximadamente 30 grupos de apoio, distribuídos em vários bairros, entre os quais: Alcoólicos Anônimos (AA), Familiares e Amigos de Alcoólicos Anônimos (Al-anon), Narcóticos Anônimos (NA), Grupo de Sobriedade, Amorexigente (AE), Movimento Cristo te Ama (Cristma) e 3 Grupos da Cruz Azul.

3.2 Políticas de Saúde e Drogas

3.2.1 Política nacional de saúde e drogas

A Política Nacional de Saúde (PNS) é, historicamente dentro das políticas sociais, uma das políticas mais organizadas e estruturadas no país, cuja construção e consolidação envolveu e ainda envolve ampla mobilização social, certamente porque está ligada aos aspectos mais fundamentais da vida: nascer, sobreviver e morrer. Entretanto a lei 8080/90, que cria o Sistema Único de Saúde, somente este ano está sendo regulamentada. Esta referência tem o propósito de mostrar como o processo de construção de uma política pública ao mesmo tempo em que é dinâmico é também lento, pois envolve muitos conflitos de interesses, possibilidades e limitações quanto a capacidade de organização e consenso em torno do interesse público.

Dentre os mais diversos problemas de saúde, as questões relacionadas ao uso indevido de drogas sempre apareceram de forma tímida ou secundária e especialmente se tratando das drogas ilícitas, cuja atenção é mais recente dentro da área conforme veremos abaixo, provavelmente porque a política e a predominância do tema sempre esteve mais ligada à segurança nacional e à justiça, implicando de certa forma no distanciamento, preconceitos e resistências dos gestores e trabalhadores da saúde.

Lembramos inicialmente que os objetivos gerais do SUS é um desafio contínuo, especialmente “a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde”, elemento essencial para a prevenção de doenças e agravos, bem como que seus objetivos e princípios (universalidade, integralidade, autonomia, igualdade), devem sempre orientar as demais políticas na área, os planos e programas. Esta menção deve-se ao fato de,

muitas vezes, ocorrer um distanciamento, seja por uma tendência à fragmentação, negligência ou ainda o desconhecimento da orientação legal.

É importante destacarmos que no Capítulo III, que trata da Organização, Direção e Gestão, do sistema é mencionada no art. 12, parágrafo único a criação de “**comissões intersetoriais**” que “terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Colocadas estas observações, a seguir mencionaremos as políticas e programas atuais relacionados ao uso de drogas do Ministério da Saúde (MS), buscando visualizar as articulações entre as políticas, diretrizes e orientações, estrutura e apoio oferecidos às demais instâncias.

Em relação as substâncias psicoativas classificadas como drogas lícitas, temos o álcool e o tabaco, sobre o qual temos, no Ministério da Saúde, a Política Nacional de Controle do Tabaco e o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca). Quanto a Política Nacional do Álcool, conforme visto anteriormente, é coordenada pela Senad e dispõe no capítulo IV das diretrizes em relação ao SUS:

- ampliar e fortalecer as redes locais de atenção integral às pessoas que apresentam problemas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- promover programas de formação específica para os trabalhadores de saúde que atuam na rede de atenção integral a usuários de álcool do SUS;
- regulamentar a formação de técnicos para a atuação em unidades de cuidados que não sejam componentes da rede SUS; (Brasil, 2008, p.81)

No entanto, as preocupações e discussões no campo da saúde, relativas a dependência do álcool e outras drogas, e especialmente as deliberações do Seminário Nacional sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e Outras Drogas na Rede do SUS, promovido pelo Ministério da Saúde, em agosto de 2001 e da III Conferência Nacional de Saúde Mental de dezembro de 2001, fizeram o MS assumir a questão como um “grave problema de saúde pública”. Em consonância com os princípios da política de saúde mental vigente – Lei Federal 10.216/01, que prioriza o atendimento no meio social e extra hospitalar, o MS edita a Portaria GM/336 em 19 de fevereiro de 2002 que trata dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS),

incluindo os CAPS AD voltados para o atendimento aos usuários de álcool e drogas, a serem criados em cidades com população acima de 70.000 habitantes. Em 20 de março de 2002 a Portaria SAS/189 do MS, regulamenta a Portaria GM/336, criando no âmbito do SUS os "serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas". Em 30 de abril de 2002, através da Portaria GM/816 foi instituído no SUS o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, com a proposta de criar, em 3 anos, 250 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD) no país, (não atingiu 100 unidades). Propõe, dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica, a formação de uma rede de atenção psicossocial comunitária, integrada ao meio cultural e articulada à rede assistencial em saúde mental, bem como os incentivos e as responsabilidades de cada esfera.

O programa estabelece em seu art. 1º os seguintes objetivos:

- I – Articular as ações desenvolvidas pelas três esferas de governo (...);
- II - Organizar e implantar rede estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos pacientes (...) articulada à rede de atenção psicossocial;
- III - Aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e à saúde representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- IV - Realizar ações de atenção/assistência aos pacientes e familiares, de forma integral e abrangente, com atendimento individual, em grupo, atividades comunitárias, orientação profissional, suporte medicamentoso, psicoterápico, de orientação e outros;
- V - Organizar/regular as demandas e os fluxos assistenciais;
- VI - Promover, em articulação com instituições formadoras, a capacitação e supervisão das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental locais.

Na esfera dos estados e municípios são estabelecidas as responsabilidades e competências em seu âmbito de atuação, entre as quais, resumidamente:

- a- Elaborar, em parceria (...) por intermédio da Comissão Intergestores Bipartite, as estratégias de implantação... do Programa Nacional;
- b- Criar as condições para a estruturação de Centros de Atenção Psicossocial e integrá-lo(s) na rede estadual estratégica de serviços extra-hospitalares;
- c- Alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios;

- d- Monitorar o desempenho do Programa em seu município e os resultados;
- e- Executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária no que se refere aos transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e drogas;
- f- Executar programas de treinamento e capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência aos pacientes;
- g- Manter atualizados os bancos de dados (...) sob sua responsabilidade, que deverão ser notificados ao gestor estadual do SUS;

Este programa é o marco inicial para a atenção especializada à saúde mental e à dependência química no país e, como vemos, é ainda muito recente a sua estruturação.

Conforme relatório de gestão 2003/2006 do MS, a partir de 2003 inicia-se uma discussão mais sistemática do tema no campo da saúde pública, através da condução do MS “intra e inter ministérios”. Em 2003 é criado o Grupo de Trabalho em Álcool e Outras Drogas (Gaod), composto por representantes de diversas áreas e setores, que elabora a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, colocando o CAPS AD como a principal estratégia de tratamento e a redução de danos como a principal ferramenta nas ações de prevenção e promoção da saúde do usuário. Em 2004, a Portaria 2.197/GM redefine e amplia a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, no SUS.

Dentre suas orientações e diretrizes, a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas incentiva “a articulação com as redes de suporte social” (tais como grupos de ajuda mútua e entidades filantrópicas), fomenta “a implementação nos hospitais gerais, e em sua estrutura de atendimento hospitalar de urgência e emergência, da rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e outras drogas” e aponta para “Atenção Integral” com política pública capaz de promover mudanças no âmbito individual e coletivo; “a mudança de crenças e normas sociais”; “estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes”; “a informação e prevenção com vistas à participação comunitária; políticas de promoção a saúde com ações estruturais e a discussão e implementação de dispositivos legais para a equidade do acesso dos usuários de álcool e drogas às ações de prevenção, tratamento e redução de danos, de acordo com as prioridades locais e grau de vulnerabilidade” (Brasil, 2004 e 2007).

Em 2005 foram criados mecanismos de financiamento para os leitos para álcool e outras drogas nos hospitais gerais (PT MS/GM nº 1.612/05) e aprovada a norma sobre redução de danos (PT MS/GM n 1.028/05). É também implantado o Pacto Nacional para Redução de

Acidentes e Violência Associados ao Consumo Prejudicial de Álcool, sob coordenação dos Ministérios da Saúde, Justiça, Senad e Frente Nacional de Prefeitos. (Brasil, Ministério da Saúde, 2007, p.36)

Esta temática é discutida em diversos fóruns e encontros nacionais, o país passa por um período de estabilidade socioeconômica, mas o tráfico e o uso de drogas, organizados dentro da lógica do mercado, se expandem atingindo as diversas classes sociais e pessoas, bem como as cidades do interior do país⁷. A questão começa a fazer parte do debate nacional e da agenda política, sendo cobrado do estado respostas mais efetivas. No sentido de ampliar e apoiar as ações nos municípios, em 2009, são editadas a portaria 1059 referente a incentivo financeiro à implementação do projeto denominado “Consultório de Rua”, baseada neste tipo de experiência na Bahia e a portaria nº 1.190/09 que, reconhecendo “a lacuna assistencial” nas políticas de saúde para esta questão, institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010).

O PEAD prioriza os municípios com mais de 250 mil habitantes e a atenção às crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade e risco, com as seguintes diretrizes enunciadas no artigo 3º:

I - direito ao tratamento (...) de qualidade, ofertado pela rede de serviços do SUS, e que considere os diversos aspectos envolvidos no seu processo de adoecimento;

II - redução da lacuna assistencial: ao SUS cabe a tarefa de garantir o acesso a ações e serviços de saúde mental, compatíveis com as demandas dos usuários;

III - respeito e promoção dos direitos humanos e da inclusão social: (...) deve ser garantido o real acesso ao direito à saúde, ao bem-estar físico e mental, ao tratamento de qualidade, à moradia, à cultura, entre outros;

IV - enfrentamento do estigma: deve haver uma dimensão política (...) o acesso ao cuidado tem importantes barreiras sociais, oriundas da compreensão ainda existente de que a estes cidadãos devem ser ofertadas políticas repressivas. **O estigma manifesta-se também pela desconfiança dos usuários em relação ao acolhimento e cuidado oferecidos pelo Estado** (grifo nosso);

V - garantia de acesso a um tratamento de eficácia comprovada (...) incorporar as pesquisas e avaliações que vêm sendo feitas (...) apontam as melhores estratégias, eficazes e custo efetivas, de cuidado para essa população;

⁷O que levou o MS a tomar medidas emergenciais através da Portaria 4135 de 17 de dezembro de 2010, incluindo profissionais de saúde mental na equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF

VI - **reconhecimento dos determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e dos padrões de consumo** (...)(grifo nosso);

VII - garantia do cuidado em rede, no território, e de atenção de base comunitária (...);

VIII - priorização de ações para crianças, adolescentes jovens em situações de vulnerabilidade: (...) se considera também o impacto das consequências danosas do álcool e do crack, por exemplo, na vida afetiva, familiar e social, além dos prejuízos à saúde nessa população;

IX - **enfoque intersetorial**: o cuidado à saúde mental da população infanto-juvenil tem sempre caráter multidisciplinar e intersetorial. As ações de atenção integral à crianças e adolescentes não se desenvolvem somente no campo das ações clínicas, mas se relacionam com as questões da família, da comunidade, da escola, da moradia, do trabalho, da cultura, além dos grandes problemas sociais do mundo contemporâneo - como o tráfico de drogas e a violência;

X - qualificação das redes de saúde: devem ser ampliadas as ofertas de capacitação e fortalecidos os processos de formação permanente e supervisão para profissionais que lidam com essa população, de acordo com as demandas identificadas;

XI - adoção da estratégia de redução de danos: este deve ser um norte ético de todo e qualquer serviço do SUS (...) que toma como base as condições e possibilidades do usuário (...) em vez de partir do que os serviços oferecem.

3.2.2 Política estadual de saúde e drogas

A Política de Saúde Mental do Estado do Paraná foi implementada pela lei nº 11.189 de 09 de novembro de 1995, conforme os princípios e diretrizes do SUS. No *site* da Secretaria de Saúde, conforme consulta no mês de setembro de 2010, consta que “as ações deverão ser estruturadas a partir da realidade micro regional, observando-se a estruturação do sistema de referência e contra referência...”⁸. A Divisão de Saúde Mental do Estado coloca em seus objetivos

“Implementar uma rede comunitária de cuidados às pessoas com transtornos mentais e aos usuários de álcool e drogas, ampliando e diversificando a oferta de serviços em saúde mental, tendo como eixo a atenção primária, integrando-os aos dispositivos da rede de atenção a saúde e aos demais equipamentos das cidades”. (Paraná, Secretaria de Saúde)

Nas ações prioritárias, há menção da “Ampliação e qualificação da rede de cuidados para adolescentes usuários de drogas”. No entanto, entre os programas divulgados não há referência de uma Política ou Programa de Atenção aos Usuários de Álcool e Drogas e no ícone de legislação estadual informe de outra lei sobre o tema. As notícias encontradas

⁸In: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=582#main-content>

referem-se aos programas anteriormente mencionados da política sobre Drogas, ainda com o título de “Política Antidrogas” . Entre os programas divulgados, no *site*, temos somente o Programa de Tabagismo.

Conforme abordado anteriormente, em dezembro de 2011 foi promovida uma “Mobilização Paranaense para a Promoção da Saúde mental: implementação da Política estadual sobre Drogas”, pelo Comitê Gestor Intersetorial de Saúde Mental, em parceria com a Fundação Escola do Ministério Público do Paraná (Fempar) e Conselho Estadual de Política sobre Drogas (atualmente Coned), indicando uma ação para se implantar finalmente a política estadual.

No âmbito da 15ª Regional de Saúde, com sede em Maringá, já existe há alguns anos um grupo regional de estudos sobre o tema, sendo pauta da reunião de fevereiro de 2012 a reedição e discussão da portaria n. 3.088/2011 do MS, que “Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Em matéria publicada em 27 de janeiro de 2012, no *site* da Secretaria, é anunciada previsão para a área de saúde mental de dois Centros de Tratamento de Álcool e Drogas (Cetrad), um em Cascavel, em fase de implantação, e outro em Curitiba, cujo modelo não é especificado.

3.2.3 Política municipal de saúde e drogas

Conforme Pehouskei e Benaduce (2010), para se entender a dinâmica do setor de Saúde no município de Maringá é preciso considerar a sua trajetória pautada na instalação de serviços privados e a utilização da Saúde Pública, por parte do estado, como instrumento de mediação de conflitos decorrentes do processo de colonização.

Conforme Silva (2000), em 1969 foi criada a Secretaria de Saúde e Bem Estar Social no município e em 1982 o primeiro Posto de Saúde⁹. Em 1983 inicia-se o trabalho da psicologia na área da saúde/saúde mental (com a participação de estagiários do curso de psicologia da UEM de 1984 a 1991) e em 1988 uma equipe de profissionais elabora um Plano de Saúde Mental para o município, prevendo atendimentos nos três níveis de atenção. Lembramos que é

⁹A autora faz o relato histórico da implantação do Serviço de Saúde Mental no município de Maringá. Monografia de especialização em saúde mental/psicologia. UEM

o período de lutas e conquistas dos movimentos populares pela democracia e a saúde pública no país, consagradas na constituição de 1988, quando é iniciada a implantação do SUDS/SUS, no âmbito local. Em 1990 é elaborado o 1º Plano Plurianual 1990-92, que apresentava o diagnóstico da estrutura de serviços necessária para o maior acesso e assistência à saúde da população e criada no município a Seção de Saúde Mental da Secretaria de Saúde. No ano de 1991 havia psicólogos em todas as Unidades Básicas de Saúde e, no mês de agosto, foi realizada a I Conferência Municipal de Saúde de Maringá.

Na área de Saúde Mental, o primeiro serviço instalado foi o Sanatório Maringá em 1963, hospital privado conforme modelo predominante à época (hoje chamado Hospital Psiquiátrico de Maringá – HPM). Com a implantação do SUS o mesmo foi credenciado, sendo referência para os internamentos de maringá e região. No início de 1992, apesar do investimento em contratações, a gestão municipal iniciou um processo de gestão privada nas áreas de saúde e educação, mas recuou diante da reação popular. Neste ano, o Ministério da Saúde estabeleceu as normas e diretrizes dos Serviços de Saúde Mental no país (portaria 224/92 MS). Em setembro tivemos a I Conferência Municipal de Saúde Mental que reivindicava a implantação do Ambulatório de Saúde Mental no município, o cumprimento da portaria 224/92 e o financiamento com recursos das três instâncias para serem investidos de acordo com as patologias, entre as quais o alcoolismo era citado com 3,5%.

Acompanhando as discussões da reforma psiquiátrica no país e a luta pela mudança do modelo de assistência também em nossa cidade, participamos da I Conferência Municipal de Saúde Mental sendo eleita delegada, junto com a Professora Diana Fadel da UEM, à II Conferência Nacional de Saúde Mental. Ao retorno, entregamos um documento com o relatório da mesma ao secretário municipal e ao chefe da 15ª Regional da Saúde. Foi então formada uma Comissão Regional de Saúde Mental, por iniciativa do Dr. Paulo Roberto Donadio, chefe da 15ª. regional e cujo trabalho, sinteticamente resultou na criação do Centro Integrado de Saúde Mental (Cisam), no ano de 1994, com profissionais do município e do estado para a atenção secundária. O órgão não era ainda o preconizado pela política nacional, mas foi um primeiro passo neste sentido. Também em 1992, organizamos o II Seminário sobre Alcoolismo e Outras Dependências Químicas, promovido pelo Padeq-UEM, que motivou assistentes sociais da prefeitura a implantar o Programa de Atenção ao Alcoolismo e outras Farmacodependências (PAAF), para atender os funcionários públicos municipais. Posteriormente este programa foi ampliado e integrado ao Cisam, a rede de saúde recebeu

treinamento na área de dependência química e passou a atender a população em geral nesta estrutura, até a implantação do Centro de Atenção Psico Social (CAPS AD) em 2002, quando foi adotado o modelo preconizado pela política nacional no município. No ano seguinte, em 01 de outubro de 2003, foi inaugurado, a partir da mobilização da Associação Maringaense de Saúde Mental, o setor de Emergência Psiquiátrica (EP) do Hospital Municipal de Maringá, que passa a ser a porta de entrada para tratamentos na área de saúde mental, incluindo transtornos por uso de drogas. Conforme nota divulgada pela imprensa¹⁰, foi proposto como objetivo da EP “ humanizar o tratamento, criando outras opções de atendimento, com foco centrado na reintegração do paciente ao seu meio social e família”. Dentro de uma visão crítica ao modelo hospitalocêntrico, visava-se acabar com as internações sem avaliação médica prévia e de equipe multidisciplinar composta por psicólogo, enfermeiro e assistente social, além do clínico geral e psiquiatra. Nesta época também teve o início da discussão e um trabalho de Redução de Danos, através de uma ONG, Voz pela Vida, que atuava no município com o financiamento do MS, e que organizou, em parceria com a secretaria de saúde, alguns eventos sobre o tema.

Exceto a política de controle sobre o tabagismo, com leis específicas de regulação, campanhas de prevenção e capacitação para a implantação de “Grupos de Combate ao Tabagismo” nas 21 UBS (PMS 2010/2013), de 2003 a 2010 a saúde manteve a mesma estrutura de serviço de atenção aos usuários com transtornos por uso de álcool e drogas, relacionadas principalmente ao tratamento. As ações de prevenção e de capacitação sempre foram reduzidas, geralmente por iniciativa ou cobrança do Comad, não havendo sequer material de apoio (panfletos) sobre dependência química disponível. A ampliação da equipe e do horário de funcionamento do CAPS AD e CAPS AD II logo foi uma reivindicação, tendo em vista o aumento de casos de internamento na EP por abuso de álcool e drogas e o estrangulamento da capacidade de atendimento da área de saúde mental (em reunião do Conselho Municipal de Saúde, chegou-se ao ponto de discutir o estabelecimento de “cotas” para o atendimento de usuários de drogas,). Esta necessidade de ampliação dos serviços aparecem nos relatórios das conferências municipais de saúde/saúde mental e nos planos municipais.

¹⁰ <http://www.parana-online.com.br/editoria/policia/news/61074/> acessado em 07.10.2011

No Plano Municipal de Saúde 2010/2013 foi colocado como objetivo “atuar no controle dos fatores de risco das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), em especial o tabagismo, consumo de álcool e drogas(...) e como estratégia/meta”:

- Atualizar o Protocolo de Saúde Mental, abrangendo toda a linha de cuidado, estabelecendo fluxograma de encaminhamentos e seus critérios;
- Realizar fórum para a discussão e elaboração de um Programa Intersetorial e Interdisciplinar de Atenção à Saúde Mental, incluindo a dependência de álcool e drogas; (grifo nosso)
- Elaborar e executar plano de ação para Redução de Danos;
- Realizar ações de prevenção de violência e uso de álcool e drogas junto a população;
- Desenvolver ações de educação e de prevenção do tabagismo; (Maringá, 2010, p.41-45)

Dentre os indicadores aparece a proporção de UBS com Programa de Controle de Tabagismo implantado e nenhuma referência a indicadores na área de álcool e outras drogas.

Com a implantação do PEAD, o município obteve financiamento e possui os seguintes projetos: Consultório de Rua (um implantado e outro em fase de implementação); Escola formadora de Redução de Danos (em funcionamento), ampliação do funcionamento do CAPS AD e ampliação dos leitos para internamento de usuários de álcool e drogas que deveria ser em hospital geral, mas o gestor propôs apenas reservar vagas específicas para este fim no HPM o que está sendo questionado pelos conselhos municipais, especialmente a comissão de saúde mental do CMS, por não significar uma efetiva ampliação de leitos.

Dentre a Programação Anual de Saúde (PAS) do município, foram previstas as seguintes ações na área de saúde mental/álcool e drogas:

- Realizar palestra na Semana de Luta Anti manicomial, envolvendo outras Secretarias do município e instituições, tais como Conselhos Tutelares, Comad, e outros;
- Realizar a supervisão clínico institucional da rede de atendimento para álcool e droga, incluindo a rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)- encontros mensais com CAPS AD e atenção básica;
- Realizar 4 capacitações (...) visando melhorar a abordagem e assistência aos usuários com transtornos mentais, inclusive a drogadição (...) para a atenção básica, profissionais dos Consultórios de Rua e às demais Secretarias Municipais envolvidas;

- Realizar 1 capacitação à atenção básica para detecção precoce do uso de drogas, em junho;
- Promover 6 oficinas e grupos de estudo, com representantes de todas as instituições que compõem a rede, visando a sua integração;
- Realizar o Fórum “Discutindo Responsabilidades” para discutir a política nacional e municipal para enfrentamento da drogadição;
- Elaborar projeto para construção - Credenciar o CAPS AD como CAPS AD III - criando condições para o seu funcionamento: contratação de recursos humanos, aquisição de materiais e equipamentos (Maringá, PAS, 2011).

Destacamos novamente que não há indicadores para a política sobre álcool e drogas, mas é proposto no documento: “Levantar a necessidade de inserção de novos indicadores de saúde mental para monitoramento anual”, o que deve merecer a atenção do Comad e da equipe do CAPS AD.

Conforme constatamos em nossa observação participante, embora estivesse previsto o envolvimento do Comad na Semana de Luta Antimanicomial, isto efetivamente não ocorreu, bem como a participação na Oficina de Redução de Danos, realizada no mês de junho, foi limitada à equipe do CREAS, não atingindo a rede básica de assistência social, os CRAS e todas as CTs. O motivo alegado foi que a metodologia de Oficina não permitia um público grande, entretanto o evento caracterizou-se como seminário e houve uma sobra de quase 100 lugares no local realizado.

Vemos portanto, que a política de saúde do município passa a assumir a questão do uso abusivo de álcool e drogas a partir da política e financiamento da união. Pelo porte do município já devíamos contar há vários anos com maior número de equipamentos, CAPS AD II e III e o CAPS i, recentemente inaugurado. Conforme palestra da coordenadora do CISAM, em Fórum realizado em novembro de 2011, é uma questão complexa e recente a inclusão dos usuários de drogas nas ações gerais da saúde mental no município, que tem em seus princípios e diretrizes a intersectorialidade, mas ainda encontra dificuldades em sua implementação.

3.3 Políticas de Assistência Social e Drogas

3.3.1 Política nacional de assistência social e drogas

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) é de responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) junto com as seguintes políticas:

Política Nacional de Renda de Cidadania, que realiza as atividades de gestão do Bolsa Família e do Cadastro Único para Programas Sociais; Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e o Plano Brasil sem Miséria.

A Assistência Social foi criada no campo da seguridade social, na constituição de 1988 e com a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), lei 8.742 de 07 de dezembro de 1993, que estabelece o planejamento, as normas e critérios para a organização da política de assistência social no país, instituindo uma nova visão político-ideológica e marco teórico conceitual na área e política pública de direitos. Entre seus princípios e objetivos temos: enfrentar a pobreza, garantir os mínimos sociais, atender as contingências sociais, divulgar amplamente os programas e projetos sociais e universalizar os direitos sociais de forma integrada às demais políticas setoriais e instituições. Suas diretrizes são as mesmas das demais políticas: descentralização político-administrativa, participação e controle social e a primazia da responsabilidade do estado.

A Política Nacional de Assistência Social foi aprovada no Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), pela resolução nº. 145 de 15 de outubro de 2004, após amplo processo de discussão no território nacional e as deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social em dezembro de 2003.

Dentre as medidas regulatórias e de ordem operacional da PNAS destacamos a resolução nº.130 de 15 de julho de 2005 do CNAS que institui a Norma Operacional Básica (NOB-SUAS) e trata dos tipos, níveis e instrumentos de gestão – planos, orçamento, gestão da informação, monitoramento e avaliação e relatórios, além das instâncias de articulação, pactuação e deliberação e do financiamento.

A PNAS configura-se como política de proteção social e surge com o desafio de romper as práticas fragmentadas e assistencialistas, que criam e mantêm a dependência socioeconômica e política das populações mais vulneráveis em relação ao poder hegemônico e de implantar um novo modelo que visa a transformação da realidade social, a partir da conscientização, da emancipação, da garantia de direitos e de justiça social.

A nova concepção estabeleceu a organização e a implementação da rede de serviços socioassistenciais nos moldes do sistema de saúde. Foi constituído o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), efetivado com os Centros de Referência de Assistência Social

(CRAS) que atuam na atenção/Proteção Básica e dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) voltados à Proteção Especial de média e alta complexidades.

Os serviços socioassistenciais no SUAS são organizados segundo as seguintes referências: vigilância social, proteção social e defesa social e institucional:

- **Vigilância Social:** refere-se à produção, sistematização de informações, indicadores e índices territorializados das situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social que incidem sobre famílias/pessoas nos diferentes ciclos da vida (crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos).
- **Proteção Social:** segurança de sobrevivência ou de rendimento e de autonomia (...) segurança de convívio ou vivência familiar (...) segurança de acolhida.
- **Defesa Social e Institucional:** a proteção básica e a especial, devem ser organizadas de forma a garantir aos seus usuários o acesso ao conhecimento dos direitos sócio assistenciais¹¹ e sua defesa. (Brasil, 2005, p.39-40)

O SUAS tem em sua base de organização: a matriz sócio familiar, a territorialidade, a participação e o controle social, política de recursos humanos, da informação, monitoramento e avaliação da gestão e serviços, apoiados em dados de pesquisa e indicadores sociais.

A Proteção Social Básica “prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada”(Brasil, 2005, p.34). O CRAS atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, tendo em vista a garantia dos direitos sociais, as necessidades básicas, a orientação e o fortalecimento do convívio sociofamiliar e comunitário e a superação de dificuldades a partir do Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF), do Programa de inclusão produtiva e projetos de enfrentamento da pobreza (Programa Bolsa Família – PBF), Benefício de Prestação Continuada (BPC), Serviços socioeducativos para crianças, adolescentes e jovens (ex. ProJovem Adolescente), Programas de incentivo ao protagonismo juvenil, de informação e de educação para o trabalho, programas voltados para o idoso, pessoas com deficiência, entre outros, conforme a realidade local.

A Proteção Social Especial envolve o CREAS e prevê atividades

¹¹São direitos socioassistenciais: Direito ao atendimento digno, atencioso e respeitoso, ausente de procedimentos vexatórios e coercitivo; Direito ao tempo, de modo a acessar a rede de serviço com reduzida espera e de acordo com a necessidade; Direito à informação, enquanto direito primário do cidadão, sobretudo àqueles com vivência de barreiras culturais, de leitura, de limitações físicas; Direito do usuário ao protagonismo e manifestação de seus interesses; Direito do usuário à oferta qualificada de serviço; Direito de convivência familiar e comunitária.

“destinadas a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou psíquicos, abuso sexual, **uso de substâncias psicoativas**, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. (grifo nosso)

São serviços que requerem acompanhamento individual e maior flexibilidade nas soluções protetivas. Da mesma forma, comportam encaminhamentos monitorados, apoios e processos que assegurem qualidade na atenção protetiva e efetividade na reinserção almejada.

Os serviços de proteção especial têm estreita interface com o sistema de garantia de direito exigindo, muitas vezes, uma gestão mais complexa e compartilhada com o Poder Judiciário, Ministério Público e outros órgãos e ações do Executivo. (BRASIL, 2005, p.37)

De acordo com a PNAS a atuação com as famílias ou sujeitos em situação de risco deve abranger “desde o provimento de seu acesso a serviços de apoio e sobrevivência, até sua inclusão em redes sociais de atendimento e de solidariedade”. (BRASIL, 2005, p.37)

Os serviços de *média complexidade* oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos. Necessitam maior estruturação técnico-operacional, atenção especializada, mais individualizada, acompanhamento sistemático e monitorado, englobando: o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), Serviço de orientação e apoio sociofamiliar, Plantão Social, Abordagem de Rua, Cuidado no Domicílio, Serviço de Habilitação e Reabilitação na comunidade das pessoas com deficiência e Medidas socioeducativas em meio aberto.

Os serviços de proteção social especial de *alta complexidade* são voltados para famílias e indivíduos que se encontram sem referência, sem vínculos familiares ou comunitários que garantam proteção integral, ou em situação de ameaça, necessitando desde necessidades básicas como moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido ou até de serem retirados de seu núcleo familiar ou comunitário e inseridos em programas de atenção Integral Institucional, como Casa Lar, Abrigo, República, Casa de Passagem, Albergue, Família Substituta,/Acolhedora, Medidas socioeducativas restritivas e privativas de liberdade (semiliberdade, internação provisória e sentenciada) e Trabalho protegido. (op.cit., p.38)

Os serviços devem ser prestados por unidades próprias do município ou em parcerias e convênios com organizações não governamentais, outros municípios e instituições.

... a Assistência Social, enquanto política pública que compõe o tripé da Seguridade Social, e considerando as características da população atendida por ela, deve fundamentalmente inserir-se na articulação intersetorial com outras políticas sociais, particularmente, as públicas de Saúde, Educação, Cultura, Esporte, Emprego, Habitação, entre outras, para que as ações não sejam fragmentadas e se mantenha o acesso e a qualidade dos serviços para todas as famílias e indivíduos.

A efetivação da política de Assistência Social, caracterizada pela complexidade e contradição que cerca as relações intra familiares e as relações da família com outras esferas da sociedade, especialmente o Estado, colocam desafios tanto em relação a sua proposição e formulação quanto a sua execução. (Brasil, 2005, p.42)

Considerando as diversidades quanto a organização e ações na área da assistência social e a meta de estabelecer as bases para uma padronização nacional dos serviços e equipamentos físicos do SUAS, foi aprovada a Resolução 109 de 11 de novembro de 2009, que trata da tipificação nacional dos serviços socioassistenciais, permitindo visualizar com maior clareza as funções, o papel e as responsabilidades da assistência social diante das questões sociais e na inter-relação com as demais políticas, conforme segue:

I - Serviços de Proteção Social Básica:

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF);
- b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
- c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.

II - Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade:

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI);
- b) Serviço Especializado em Abordagem Social;
- c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade;
- d) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias;
- e) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

III - Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade:

a) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades:

- abrigo institucional;
- Casa Lar;
- Casa de Passagem;
- Residência Inclusiva.

b) Serviço de Acolhimento em República;

c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora;

d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

Entendemos que o conhecimento, a implantação e utilização desta estrutura de serviços nos estados e municípios, é um fator fundamental para o enfrentamento da questão social, se utilizada de forma integrada e intersetorial.

3.3.2 Política estadual de assistência social e drogas

O estado do Paraná foi um dos protagonistas na implantação da nova política de assistência social no Brasil. Por meio do Grupo Interinstitucional de Trabalho e do Fórum Estadual de Assistência Social, a implantação da LOAS no estado teve caráter de mobilização e participação social. A organização e a estrutura institucional, entretanto, ainda varia de acordo com a gestão política, ora unificada, ora separada em duas secretarias. No atual governo, a Secretaria da Família e Desenvolvimento Social (SFDS) é a responsável pela Política Estadual de Assistência Social (SUAS), da Criança e Adolescente e de Segurança Alimentar e a Secretaria do Trabalho, Emprego e Economia Solidária, que abrange as ações ligadas a geração de renda e política estadual do idoso.

No *site* da Secretaria da Família e Desenvolvimento Social do Paraná consta o cadastro das entidades, o Programa Família Paranaense, com as atribuições do PAIF (Programa de Atenção integral a Família) e as diretrizes da PNAS. Na área da Criança e Adolescente, há o Programa Crescer em Família, que trata do acolhimento desta população em lares substitutos e em instituições, o programa Centros da Juventude, aprovado pela deliberação 04/2009 do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e Adolescente (CEDCA), que prevê espaços

públicos “destinados ao desenvolvimento integral de adolescentes e jovens, especialmente entre 12 e 18 anos, através da prática de esportes, atividades artísticas e culturais”(…) baseado em três pilares: cidadania, convivência e formação – pessoal, profissional e política. Foram previstos na primeira fase do programa a construção de 30 centros, tendo como critério os locais a demanda da população e o índice de violência infanto juvenil; o Programa Guarda Mirim do Paraná, que atinge apenas Curitiba e região metropolitana e há ainda o Programa Liberdade Cidadã, que propõe efetivar o sistema socioeducativo de restrição ou privação da liberdade, contando com 19 (dezenove) Centros Socioeducativos (CENSE) e 6 (seis) Casas de Semiliberdade¹².

3.3.3 Política municipal de assistência social e drogas

Historicamente, a assistência social de Maringá sempre teve grande participação de entidades não governamentais e instituições privadas. Após a promulgação da LOAS, houve muito debate e embate para serem implantadas as novas diretrizes da política nacional e estadual, no âmbito do município, devido uma forte resistência na época, especialmente do gestor da pasta, quanto a participação popular e o rompimento do clientelismo. No ano de 1995 foi aprovada a lei municipal nº 3968/95, que criou o Conselho Municipal e a Conferência Municipal de Assistência Social, implantando novos rumos para a política local, que era conduzida pela Fundação de Desenvolvimento Social, uma autarquia depois transformada na atual Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania – SASC, que coordena a política municipal de Assistência Social, as políticas da Criança e Adolescente, Pessoa com Deficiência e Idoso.

Após o período de transição e implantação das novas diretrizes nacionais no âmbito local, o município habilitou-se na gestão plena em 2005. De acordo com o Plano Municipal de Assistência Social (PMAS - 2011/2012), o município busca reordenar a rede de serviços socioassistenciais e atender todas as orientações e diretrizes da PNAS e SUAS. Com a nossa recente participação no Conselho Municipal de Assistência Social (COMAS) vimos que este compromisso é mantido principalmente pela atuação da equipe técnica e do controle social. Em 2011 foi apresentado o primeiro Diagnóstico Social de Maringá (DSM), realizado por uma empresa contratada e que aguarda ainda os últimos dados do censo de 2010 do IBGE para a sua finalização. Os dados apresentados, entretanto, já permitem uma visão

¹²Encontrado em < www.familia.pr.gov.br > , acesso em outubro de 2011.

regionalizada do município, sendo utilizados no presente trabalho para a contextualização do meio social em que residem os sujeitos pesquisados. A elaboração do PMAS contemplou as deliberações das demais políticas setoriais sob sua alçada: criança e adolescente, idoso e pessoa com deficiência.

Destacamos as seguintes prioridades definidas no Plano Municipal de Assistência Social 2011/12:

1- Implementação dos serviços socioassistenciais de acordo com o SUAS (RH, espaço físico, equipamento e metodologia);

2- Capacitação continuada da rede;

3 - Mapeamento junto às famílias atendidas pela Assistência Social das situações de vulnerabilidade, riscos sociais e potencialidades sociais (busca ativa e vigilância social).

4 - Implantação do Sistema de Informação (software e rede)

6 – Implantação de 2 CRAS (já implantados)

11 – Estudos dos territórios e readequação da área de abrangência dos CRAS

13 – Fomento e fortalecimento do Programa Adolescente Aprendiz

14 – Aquisição de equipamentos, contratação de pessoal e manutenção para o Centro da Juventude. (PMAS, 2011-12, p.7)

Conforme já mencionado, em 2009 foi criada na SASC a Gerência e depois Diretoria Antidroga, devido a um arranjo político do gestor e maior aproximação entre a SASC e o Comad na época (depois de 2010, a Secretaria Municipal de Saúde começou a participar com maior regularidade no Conselho). Esta Diretoria ficou responsável pela captação e organização dos dados relativos aos atendimentos realizados na área de drogas, desde a elaboração do Relatório Circunstanciado exigido pela Senad, para o credenciamento do município junto ao órgão, e pelas “vagas sociais” destinadas aos internamentos de usuários em Comunidades Terapêuticas, ou seja, aquelas subsidiadas com os recursos públicos da assistência social ou saúde. Inicialmente era um órgão isolado dentro da SASC, mas com a mudança e ampliação da equipe em 2010, começou a existir um pouco mais de interação, como por exemplo, as atividades mensais de prevenção nos CRAS - exibição de filmes e discussão sobre o tema e o “Projeto de Mobilização pela Vida sem Drogas”, o que não implica necessariamente em uma integração das duas políticas, pois as atividades são

desenvolvidas por pessoas da diretoria que ocupam cargos de confiança e não pela equipe própria da assistência social, mas também pode ser um começo.

No ano de 2010, para atender os dispositivos da resolução 109/2009 e 016/2010 do CNAS, a SASC criou uma Comissão de Trabalho para discussão da Transição de Serviços de outras Políticas incluindo representantes da Educação, Saúde, Esporte e Cultura, para discutir o reordenamento dos serviços que estão cadastrados no Comas, mas que pela NOB-SUAS não são da política de assistência social, conforme resolução nº 016/2010 do CNAS. Um dos objetivos seria garantir a manutenção das entidades que, mesmo não fazendo mais parte da assistência social, possuem um trabalho relevante para o município em outras políticas, necessitando de apoio técnico e financeiro. No entanto, esta comissão ainda não conseguiu concluir as discussões para garantir a transição dos serviços às secretarias de referência, ficando com maior pendência a área de saúde. Em relatório encaminhado ao Comad (of. 612 de 11 de novembro de 2010), consta que na reunião chamada para discutir a situação das Comunidades Terapêuticas a secretaria de saúde não participou, por orientação do próprio secretário, com o argumento de que não havia uma “resolução ou decreto federal determinando que a política de Saúde devesse assumir a responsabilidade sobre as Comunidades Terapêuticas”, inexistindo a disponibilidade para uma discussão intersetorial quanto a questão social e de gestão colocada pela SASC, bem como a de uma solução local, dentro da prerrogativa de autonomia político-administrativa do município.

3.4 Políticas de Educação e Drogas

3.4.1 Política nacional de educação e drogas

Dada a importância da política de Educação, entendemos que não poderíamos falar sobre a mesma sem antes resgatarmos algumas considerações sobre o seu conceito e aplicação na escola. Em sua obra “O que é Educação”, Brandão (2002) nos diz que:

A educação aparece sempre que surgem formas sociais de condução e controle da aventura de ensinar-e-aprender. O ensino formal é o momento em que a educação se sujeita à pedagogia (a teoria da educação); cria situações próprias para o seu exercício, produz os seus métodos, estabelece suas regras e tempos, e constitui executores especializados. É quando aparecem a escola, o aluno e o professor (BRANDÃO, 2002, p.26).

A escola surge da necessidade de iniciar a divisão das tarefas, separando de forma hierárquica os saberes, ou seja, a necessidade de sistematizar as diferentes formas de trabalho

(...). Assim surgem as hierarquias sociais que desencadeiam um processo de distribuição desigual. O saber passa a servir ao uso político de reforçar a DIFERENÇA, no lugar de um saber anterior que afirmava a COMUNIDADE. (BRANDÃO, 2002,p.27).

A Política Nacional de Educação foi a última a ser atualizada, após a constituição de 1998, pela Lei de Diretrizes e Bases (LDB) - Lei Federal 9394 de 20 de dezembro de 1996, que revoga a lei 4024 de 1961. É portanto muito recente a nova LDB e o reordenamento jurídico-político nesta área, o que inclui a mudança e a implantação dos Conselhos: Nacional, Estaduais e Municipais de Educação, a alteração do sistema, gestão e financiamento da educação no país, com vistas a garantir, de fato, o direito e o acesso de todos à escola, o que não deve dispensar um olhar crítico sobre a educação no país. A LDB redefine o lugar e papel (função) da União, Estados e Municípios quanto a educação e aponta para a elaboração do Plano Nacional de Educação (PNE) a cada dez anos. No ano 2000, após processo de discussão em todo o território, foi aprovado o segundo PNE de 2001-2010 e no ano de 2010 o atual plano de 2011-2020 amplamente discutido.

A LDB em seu artigo 1º. define Educação como “os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais”. A lei trata das questões no âmbito escolar, mas estabelece, a priori, que Educação tem um sentido mais amplo, insere-se nos diversos ambientes da vida social não se limitando à escola.

No capítulo II, Art. 2º., temos os princípios e fins da Educação Nacional: “A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”.

Destacamos no seu artigo 3º. os seguintes incisos: *I – igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; IV – respeito à liberdade e apreço à tolerância; X – valorização da experiência extraescolar; XI – vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais.*

O Título III trata do “Direito à Educação e do dever de Educar” do Estado mediante a garantia da educação escolar e gratuita do ensino fundamental obrigatório, do ensino médio, de creches e pré-escolas e o atendimento educacional especializado aos educandos com

necessidades especiais e a oferta de educação escolar para jovens e adultos. No Art. 5º consta que “o acesso ao ensino fundamental é direito público subjetivo”, e no §1º, inciso III que é competência dos estados e municípios “zelar, junto aos pais ou responsáveis, pela frequência à escola”.

Quanto a organização, cabe à União a coordenação da política nacional de educação, a articulação dos diferentes níveis e sistemas, a função normativa, redistributiva e supletiva (art. 8º), bem como a elaboração do Plano Nacional de Educação, em colaboração com os estados e municípios (art.9º).

Sobre as responsabilidades dos estabelecimentos de ensino, destacamos no art. 12:

VI - articular-se com as famílias e a comunidade, criando processos de integração da sociedade com a escola;

VII – informar pai e mãe, conviventes ou não com seus filhos, e, se for o caso, os responsáveis legais, sobre a frequência e rendimentos dos alunos, bem como sobre a execução da proposta pedagógica da escola;

VIII – notificar ao Conselho Tutelar do município, ao juiz competente da Comarca e ao respectivo representante do Ministério Público a relação dos alunos que apresentam quantidades de faltas acima de cinquenta por cento do percentual permitido em lei.

No último inciso, observamos que a quantidade de faltas permitidas em lei é de 25% o que dá um total de 37% de falta para serem tomadas as providências junto ao CT. Quanto a finalidade da educação básica, temos no art. 22 “desenvolver o educando, assegurar-lhe a formação comum indispensável para o exercício da cidadania e fornecer-lhes meios para progredir no trabalho e em estudos posteriores”, o que nos permite a discussão sobre o que é indispensável ao exercício da cidadania e a finalidade do ensino voltada ao trabalho.

Os artigos seguintes abordam sobre a organização e algumas regras gerais do ensino e merecem destaque no art. 24, inciso V, sobre os critérios de verificação do rendimento escolar, a “possibilidade de aceleração de estudos para alunos com atraso escolar” e “a obrigatoriedade de estudos de recuperação (...) aos de baixo rendimento”, o que pode ser usado em possível estratégia de redução de danos.

Entre os objetivos do Ensino Fundamental, no art. 32, temos a “aquisição de conhecimentos e habilidades e a formação de atitudes e valores” e “o fortalecimento dos vínculos de família, dos laços de solidariedade humana e de tolerância recíproca em que se assenta a vida social”, fatores importantes de proteção social. No artigo 34, § 2º. reza a

progressão do ensino fundamental ao período integral, a critério dos sistemas de ensino. Isto é reforçado nas Disposições Transitórias, artigo 87: **“Serão conjugados todos os esforços objetivando a progressão das redes escolares públicas urbanas de ensino fundamental para o regime de escolas de tempo integral”**. (grifo nosso).

A seção IV da lei trata do Ensino Médio e reforça no art. 35 a preparação para o trabalho, a capacidade de adaptação “a novas condições de ocupação ou aperfeiçoamentos posteriores, o aprimoramento do educando como pessoa humana, incluindo a formação ética e o desenvolvimento da autonomia intelectual e do pensamento crítico” e a capacidade de relacionar teoria e prática, o que associado ao art. 32 poderia reduzir, em parte, alguns fatores de riscos ou vulnerabilidade social.

Finalmente, levantamos no art. 58 a provisão de “serviços de apoio especializado, na escola regular”, para atender os “educandos portadores de necessidades especiais” e nas disposições transitórias prazos, metas e ações a serem cumpridas pelos entes federados, sendo instituída a Década da Educação a partir de 1997, em sintonia com a Declaração Mundial de Educação para Todos.

Conforme previsto, foram elaborados os planos decenais. O atual Plano Nacional de Educação 2011-2020 estabelece entre suas metas, até 2016: universalizar e ampliar o atendimento escolar na faixa dos 4 a 17 anos, abrangendo a pré-escola, ensino fundamental e médio, criar mecanismos para o acompanhamento individual de cada estudante do ensino fundamental, reduzir a desigualdade educacional e elevar a escolaridade média da população, **oferecer educação em tempo integral em 50% das escolas públicas de educação básica**, democratizar a gestão, melhorar a qualidade do ensino e ampliar o investimento público em educação até o patamar de 7% do produto interno bruto do país.

No Plano Nacional estão várias estratégias para se atingir as metas. Entre as ações já implantadas, destacamos os mecanismos de avaliação e indicadores educacionais que visam subsidiar o planejamento de ações tais como o Censo Escolar, o Exame Nacional do Ensino Médio – ENEM, o Educacenso - sistema de informações do sistema educacional brasileiro, cujos dados permitem o cálculo do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB, um dos principais indicadores da qualidade do ensino básico, entre outros.

A partir da adesão ao Plano de Metas, os estados, os municípios e o Distrito Federal passaram à elaboração de seus respectivos Planos de Ações Articuladas (PAR). Em 2011, foi

previsto que os entes federados poderão fazer um novo diagnóstico da situação educacional local e elaborar o planejamento para uma nova etapa (2011 a 2014), com base no Ideb dos últimos anos (2005, 2007 e 2009).

Em 2007 foi criado o Plano de Desenvolvimento Educacional – PDE, que orienta a execução da nova política nacional, partindo do alinhamento aos preceitos constitucionais e às demais políticas e de novos conceitos teóricos metodológicos, que visam romper a visão fragmentada da educação. O PDE inclui mais de 40 programas, sustentados em seis pilares: *visão sistêmica da educação, territorialidade, desenvolvimento, regime de colaboração* (pacto federativo), *responsabilização e mobilização social*, articuladas nos eixos da educação básica, superior, profissional e continuada.

De acordo com o documento, uma sociedade livre, justa e solidária só é possível com uma educação republicana, baseada na construção da autonomia, inclusão e respeito à diversidade e concebida como um eixo estruturante do desenvolvimento nacional e voltado à redução das desigualdades sociais e regionais. Assinala serem essenciais os enlaces entre educação e ordenação territorial, *“na medida em que é no território em que as clivagens culturais e sociais, dadas pela geografia e história, se estabelecem e se reproduzem”*, e entre educação e desenvolvimento, pois *“é por meio dele que se visualizam e se constituem as interfaces entre a educação como um todo e as outras áreas de intervenção do Estado”* (PDE, s/d., p.6-7), condizente aos princípios da territorialidade e intersetorialidade.

Visando a ação local, dentro das escolas, foi instituído o Plano de Desenvolvimento da Escola (PDE – Escola), (portaria 27 de 21 de junho de 2007 do MEC), que incentiva as escolas, principalmente com baixo IDEB, a realizarem o seu diagnóstico situacional e a elaboração de Plano estratégico para a resolução de seus problemas. Foi criado pelo ministério o Programa de Apoio aos Dirigentes Municipais de Educação (Pradime) para apoiar e fortalecer a implantação e gestão do sistema educacional e o alcance das metas.

Quanto ao uso de drogas, o Ministério da Educação, em parceria com a SENAD, promove anualmente, concursos entre alunos da rede de ensino fundamental e médios, de cartaz (XII), fotografia e *jingle* (IX), sendo que em 2011 incluiu o concurso de vídeo e de monografia (X) entre alunos universitários. No ano de 2004, lançou o Curso de Capacitação para professores do ensino fundamental e médio, que em 2010 ofereceu 25 mil vagas no país, sendo o curso aberto a profissionais que atuam na área, além da rede de ensino.

3.4.2 Política estadual de educação e drogas

Na área da educação, enquanto a política nacional buscava, ainda que lentamente, adequar-se à nova constituição, o Estado do Paraná, sob a égide do governo neoliberal, instituiu em 1997, com a lei 11970, o Paraná educação, pessoa jurídica de direito privado, *com a finalidade de auxiliar na Gestão do Sistema Estadual de Educação*, contando inclusive com o financiamento público. Ao invés de alinhar-se às novas diretrizes da política nacional, o estado comprometeu-se com os órgãos financiadores internacionais, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e suas diretrizes, submetendo-se ao controle imposto para conseguir empréstimos. Esta lei foi contestada através de uma ação direta de inconstitucionalidade e considerada parcialmente procedente, no quesito do financiamento. Segundo Sapelli (2003), sob a aparência de inovação e forte estratégia de mídia, a operacionalização das políticas educacionais no Paraná, nos anos 90, contribuiu significativamente para a precarização da escola pública do estado.

A diferença entre os anos 80 e 90, é que enquanto nos primeiros anunciava-se um processo de redemocratização, que encobria o processo de minimização crescente do papel do Estado, nos anos 90, explicitou-se com mais clareza o projeto neo liberalizante para a sociedade e, consequentemente para a educação (SAPELLI, 2003, p.194).

Conforme a autora, a condição de precariedade e ausência do Estado refletiu-se tanto nos aspectos físicos e materiais das escolas, como de recursos humanos e do projeto político pedagógico implantado de forma centralizada, sendo os Núcleos Regionais de Educação (NRE), *“meros pombos-correio da SEED”* (sic). Os principais programas implantados foram o Programa Expansão, Melhoria e Inovação do Ensino Médio (PROEM) e o Programa Qualidade no Ensino Público do Paraná (PQE), que se apresentaram distantes da realidade e necessidades do mercado brasileiro e provocaram um distanciamento geral da formação profissional. O baixo nível do ensino também se confirma nos dados do IDEB do estado, que apresentam os seguintes resultados:

Série	2005	2007	2009
4 ^a / 5 ^a .	5,0	5,2	5,2
8 ^a / 9 ^a .	3,3	4,0	4,1
3 ^o . EM	3,3	3,7	3,9

Nos referenciamos a tais questões, ainda que brevemente, para se compreender o processo histórico e o atual contexto em que se encontram as escolas e a educação no âmbito do estado. Mesmo com algumas mudanças devido a alterações de governos, vemos ainda hoje o resultado desastroso (sequelas) deste período pela insatisfação e desmotivação dos alunos, dos profissionais, os índices de violência¹³, defasagem e evasão escolar, entre outros e o baixo nível de participação e exigência da sociedade quanto às mudanças para a melhoria da qualidade da educação no estado e país.

Dentro destas e outras contradições, que não são exclusivas da área da educação, o estado busca adequar-se às exigências da LDB e do Plano Nacional de Educação. No início da década do ano 2000, um novo governo passa a adotar o princípio da intersetorialidade e os indicadores sociais como subsídios para o planejamento de novas ações e programas, entre os quais destacamos o Projeto de Arte da Rede Estudantil - Fera, implantado em 2004, que buscava incentivar e promovia o intercâmbio entre as escolas da rede estadual de ensino (alunos, professores, famílias e comunidade), com ações voltadas ao esporte, arte, cultura e cidadania desenvolvidas nas escolas e o Programa de Desenvolvimento Educacional – PDE, voltado para a melhoria da qualidade do ensino, a partir da capacitação continuada dos professores da rede estadual e em parceria com as universidades estaduais.

Neste período, os Núcleos Regionais de Educação (NRE) passaram a exercer um papel mais atuante na política estadual, o que permanece na atual gestão, dirigida pelo vice-governador do estado.

Em 2005 o decreto nº 5.679 de 16 de novembro de 2005, institui no Estado o Programa de Formação da Cidadania Plena em todas as Instituições Públicas Estaduais de Ensino que ofertam o Ensino Fundamental, Médio e a Educação Superior e estabelece que “será incluído nas disciplinas afins, um tema específico que aborde, informe e esclareça Cidadania, Qualidade de Vida com enfoque na prevenção ao uso indevido de drogas lícitas e ilícitas”, mas não há notícias de sua implementação.

No NRE de Maringá é criado, em 2011, o Departamento Socioeducativo com o objetivo de promover ações intersetoriais e assessorar as escolas em questões estratégicas, entre as quais o uso de drogas.

¹³ Um indicativo desta situação é a lei 15421/2007, que Institui a “Política de Prevenção à Violência contra Educadores da Rede de ensino do Estado do Paraná” ([Diário Oficial nº. 7400](#) de 30 de Janeiro de 2007).

Na estrutura da Secretaria Estadual de Educação¹⁴ temos a Diretoria de Políticas e Programas Educacionais, que hoje inclui as Coordenações de “Planejamento e Avaliação”, “Gestão Escolar”, “Desenvolvimento Socioeducacional” e “Programa de Desenvolvimento Educacional (PDE)” e “Formação Continuada e Educação a Distância” com o objetivo de “promover a integração entre as ações dos departamentos, coordenações e os demais segmentos de atuação da Secretaria de Estado da Educação, articulando suas políticas e programas educacionais a fim de garantir uma educação básica pública com qualidade”. Quanto as suas políticas, a Diretoria cita “prevenção ao uso indevido de drogas, cidadania e direitos humanos, educação ambiental, enfrentamento à violência nas escolas, educação fiscal e financeira, vizinhança escolar segura, erradicação do trabalho infantil, defesa civil, PET, Bolsa Família, e educação nas Unidades de Socioeducação.

Quanto aos programas, divulgados no *site* da secretaria, destacamos a Patrulha Escolar Comunitária, Enfrentamento à violência nas escolas, Programa Escola Aberta (aos finais de semana), Vila da Cidadania (atividades de complementação curricular), Programa Superação (visa ações ao acesso e permanência dos alunos na rede escolar). No site Dia-a-dia são divulgados outros programas e projetos, tais como o Anjos da escola (arrecadação), Adolescente Aprendiz, Projeto Saúde e Prevenção na Escola (prevenção de DST, HIV e Aids, da gravidez na adolescência, do uso indevido de drogas, etc), Escola que Protege, Fica Comigo (evasão escolar), Programa Atitude (Fortalecimento da Família; Superação da Violência), Plano de Ações Articuladas (PAR) e o Plano Personalizado de Atendimento (visa recuperar os alunos em distorção idade série matriculados nos anos finais do Ensino Fundamental), entre outros.

O Plano de metas do segundo semestre de 2011, que contempla metas de governo e da política nacional, está organizado em sete eixos: Avaliação, Organização do Ensino, Formação em Ação, Gestão Compartilhada, Gestão da Informação, Melhoria dos espaços e Inclusão Social, no qual está inserido o tema do combate ao uso de drogas. Vemos certa ênfase no aprimoramento dos sistemas de avaliação e do processo de ensinar e aprender, o acesso e permanência dos alunos na rede escolar e a recuperação dos alunos em defasagem escolar.

Em consulta no ícone de eventos de capacitação, no *site* da Secretaria, não houve oferta de Curso de Capacitação na área de drogas para os profissionais da rede estadual no ano de

¹⁴Informações disponíveis em: www.educacao.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=42, acesso nov./2011

2011. Conforme contato com o setor Socioeducativo do núcleo de Maringá, uma das ações voltadas à questão do uso de drogas é a capacitação de professores, a partir de Grupo (local) de estudo da Cartilha de Prevenção, lançada em 2008 pela Diretoria de Políticas e Programas Educacionais da SEED. Outras ações são a participação das escolas em reuniões intersetoriais, com órgãos de saúde e assistência social do município, para se conhecer os serviços disponíveis e formas de acesso e a organização de reuniões com certo número de escolas para sensibilizar, discutir e propor o projeto de cada unidade escolar voltado ao enfrentamento de seus problemas. Participamos de uma destas reuniões, na qual duas escolas estaduais de Maringá relataram suas experiências positivas de mudança no ambiente escolar. Embora não tenha sido mencionado, entendemos que é a execução do PAR no âmbito local.

3.4.3 Política municipal de educação e drogas

No ano de 2009, conforme o IPARDES, o número de alunos matriculados em creches foi de 5.794 (3.554 municipais e 2240 particulares), na Pré-escola 6.170 crianças (3.824 municipais e 3.146 particulares), no Ensino Fundamental 45.300 (15.793 municipais, 19.042 estaduais e 10465 particulares), no Ensino Médio 14.980 (10.764 estaduais e 4216 particulares), na Educação Especial 783 (602 em escolas particulares), na Educação de Jovens e adultos 5.710 (4.715 estadual e 995 municipal) e no Ensino Superior 28.162 (11.383 estadual) alunos.

No ano de 2010, o Censo Escolar apontou 8.034 matrículas em creches e pré-escolas municipais, 33.492 no ensino fundamental municipal e estadual, 10.499 no ensino médio estadual e 5.642 no ensino de jovens e adultos (EJA), totalizando quase 58 mil estudantes somente na rede pública. No Quadro 1 apresentamos a população, de acordo com sexo e faixa etária:

FAIXA ETÁRIA(anos)	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Menores de 1 ano	2181	2051	4.232
De 01 a 04	8.414	8.088	16.502
De 05 a 09	10.782	10.193	20.975
De 10 a 14	12.637	12.190	24.827
De 15 a 19	14.722	14.751	29.473
De 20 a 24	17.744	17.857	35.601
De 25 a 29	15.875	16.287	32.162

FONTE: IBGE - Censo Demográfico - IPARDES, 2011

NOTA: Dados da sinopse preliminar do censo.

Quadro 1. População Censitária Segundo Faixa etária e sexo – 2010

Conforme matéria veiculada em jornal por Lisboa (2011), o índice de abandono escolar no ensino fundamental dobrou de 2007 a 2010 no município, indo da média de 0,9% para 1,8% e atingindo mais de 12 % em duas escolas estaduais. A explicação é que estas escolas oferecem curso noturno, frequentado por alunos que já estão em defasagem escolar, que trabalham ou são transferidos para o noturno devido a problemas no período diurno. O índice médio das escolas municipais tem se mantido em 2% e escolas privadas 1%, enquanto o das escolas estaduais passou de 1,8% em 2007 para 4,3% em 2010. Segundo o professor Luiz Carlos F. Silva, doutor na área, os números ainda são baixos e as causas devem ser estudadas podendo ser transferências (para a educação de jovens e adultos), porém o que é mais preocupante é a qualidade do ensino, “*o baixo estoque de atividades cognitivas*”. Outros fatores podem estar relacionados como o uso de drogas ou maior inserção no mercado de trabalho da construção civil, que cresceu substancialmente neste período.

O IDEB do município em 2009 foi 5,7 para as 4^{as}/5^{as}. séries e 4,3 para as 8^{as}/ 9^{as}.séries, apresentando, portanto uma queda nas séries finais. De acordo com informação obtida no Conselho Municipal de Educação e na própria secretaria, o município não possui atualmente o Plano Municipal de Educação, sendo que o último elaborado foi em 2004. Segundo servidor da Secretaria, o modelo político pedagógico tem seguido a linha histórico-crítica, defendida por docentes da Universidade Estadual de Maringá. Relata que a Secretaria segue o calendário e as diretrizes do Estado. Em 2008, foi realizado um processo de discussão sobre as diretrizes curriculares de toda a rede municipal, cuja fundamentação orientadora baseia-se na pedagogia histórico crítica, entendendo “que a função social e política da Escola Pública de qualidade é a de formação do cidadão participativo, responsável e crítico, por meio da apropriação, reconstrução e reelaboração de conhecimentos produzidos nas relações sociais”(Maringá, 2008, pg.2). Em novembro de 2011, iniciou-se novo processo de discussão sobre as diretrizes curriculares do ensino municipal para o alinhamento às novas Diretrizes Curriculares do Estado do Paraná.

Quanto a questão do uso de drogas, não há um projeto específico, mas o tema está inserido na programação da prevenção da violência, que inclui uma cartilha/gibi sob o título “Educação pela Paz ”, elaborada pelas orientadoras educacionais e que aborda o risco do uso de drogas. De acordo com o relatório de 2011 da Diretoria de Ensino da Secretaria, foram realizadas reuniões bimestrais com as famílias, em parceria com a SASC, nas quais foram abordados os “temas como inclusão, sexualidade, e ou de acordo com a necessidade da

comunidade escolar”. Com os alunos foi desenvolvido “um trabalho temático com os Representantes de Turmas e estes são os multiplicadores de informações aos demais alunos”. Foi elaborado por eles, sob a coordenação das orientadoras pedagógicas, uma cartilha sobre bullying e drogas. Também foi realizada a Mostra de Cinema e Educação, em parceria com a UEM, com debates sobre temáticas como drogas, relacionamento interpessoal, valores, entre outras. Com a equipe pedagógica houve a realização do Seminário Educação para a Paz e Segurança para a Vida (do qual participamos) e implementado o trabalho em rede, “com parcerias entre a SASC, Secretaria de Saúde e de Educação para atender os casos de violência e negligência familiar” e reuniões mensais “com o intuito de dar (...) o atendimento necessário”.

No ano de 2011, foi inserida na programação da Jornada Pedagógica da secretaria municipal a apresentação de um vídeo, produzido pela Senad, sobre a responsabilidade compartilhada frente ao uso indevido de drogas, proposto pelo conselho como parte das atividades da VIII Semana Municipal de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas, e feita breve discussão com os professores, que reivindicaram uma capacitação para o trabalho *dentro da sala de aula*. Esta atividade foi realizada pelo representante da Secretaria de Educação junto a Comissão Permanente de Prevenção e Pesquisa do Comad, com início de participação em 2011.

Como já mencionado em outro capítulo, também vem sendo desenvolvido, nas 4^{as} e 5^{as} séries, o Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (Proerd), desde o ano de 2001, nas escolas municipais. Em 2011, o Proerd formou o total de 1500 alunos das diversas escolas municipais, conforme divulgado no *site* da prefeitura.

3.5 Intersetorialidade

A intersetorialidade, posta como um dos objetivos a ser alcançado pela PNAD e outras políticas públicas, é vista por muitos profissionais e autores como uma das alternativas para a melhoria e efetividade das políticas e serviços públicos. Dentro da pesquisa prévia que fizemos, faltam estudos específicos que tratem da política pública sobre drogas sob o prisma da intersetorialidade, de tal forma que este foi o tema do X Concurso Nacional de Monografia da SENAD em 2011: “A intersetorialidade como estratégia frente ao Crack”.

Para Junqueira & Inojosa (1997) o termo intersetorialidade é entendido como a articulação de saberes e experiências incluindo o planejamento, execução e avaliação das

ações, com a finalidade de obter o efeito sinérgico nas questões complexas ligadas à exclusão social e ao desenvolvimento social. Junqueira ressalta que “o cidadão deve ser considerado pelo Estado na sua totalidade e não fragmentado na resposta às suas demandas”(JUNQUEIRA, 2007, p.37).

Certamente esta articulação de saberes e poderes e a convergência de esforços não ocorrem de forma simples, pois perpassa diferentes interesses e cultura no campo social, político e administrativo.

Almeida (2008), em seu estudo sobre a prática da intersetorialidade no Programa Saúde da Família (PSF), entende que

Por se constituir em espaços de compartilhamento de saber e poder, de construção de novas linguagens, de democratização das relações e de uma intensificação da ação comunicativa entre gestores, técnicos e usuários dos serviços, a intersetorialidade, assim como a interdisciplinaridade, é um processo complexo, que envolve o enfrentamento de contradições, restrições e resistências.... para o desenvolvimento de uma cultura de trabalho intersetorial é preciso romper as barreiras que impedem a comunicação entre diferentes setores, o que exige vontade política e método (ALMEIDA, 2008, pg.21).

Consideramos que o desenvolvimento social, tecnológico e científico alcançado, trouxe a especialização do conhecimento, a setorização dos serviços, a fragmentação do saber e das práticas sociais, que associada à consolidação do sistema capitalista, propiciou a competição e o trabalho individualizado, causando de certa forma uma alienação ou insatisfação quanto ao processo de trabalho e a visão de totalidade do ser humano e da sociedade

Para Inojosa (2001), o modelo disciplinar e as especializações propiciaram saberes e práticas isoladas. As iniciativas de trabalhos interdisciplinares, multiprofissional resultaram geralmente apenas na reunião de pessoas num mesmo local diante de um problema, de uma “aproximação de corporações fechadas” sem avançar muito no diálogo. Surge daí a crítica ao termo “inter” e a proposição da “transdisciplinaridade”, que parte do pressuposto de que a realidade é complexa e que as disciplinas são incapazes de capturar **o que está tecido em conjunto**, propondo-se romper esta visão fragmentada, setorial e construir novos saberes e experiências articulados para a solução sinérgica de problemas complexos.

A construção de uma política intersetorial é, portanto um processo longo e histórico, pois implica em mudanças política e cultural, tanto em relação às estruturas organizacionais e administrativas, como de comportamentos dos sujeitos que as executam.

Os limites atingidos pelas formas tradicionais de conceber e operacionalizar a intervenção no campo das políticas públicas provocam a desarticulação interinstitucional e a falta de integralidade na atenção ao conjunto dos direitos sociais historicamente vivenciados por uma parcela significativa da população brasileira. Frente a isso, coloca-se a intersetorialidade, alinhada à descentralização das políticas públicas em vigência no Brasil, como uma alternativa capaz de encontrar novos arranjos e novas articulações para o enfrentamento desses problemas (Cormelatto et al, 2007, p.266).

Magalhães e Bodstein(2009), apontam entre as principais dificuldades para a implementação de ações e atividades intersetoriais o fato da maioria dos representantes setoriais trazer para as distintas arenas de negociação uma agenda previamente definida, podendo tornar a negociação, em torno de questões e prioridades, complexa e difícil, o que se reflete na pactuação e implementação de ações intersetoriais, baixa adesão ao diálogo e pactuação de agenda e interesses eleitorais. Embora a intersetorialidade no plano da macro negociação e da formulação da proposta costuma ser um sucesso, pois nenhum setor tende a ser desfavorável às iniciativas de desenvolvimento social, é difícil a sua sustentabilidade, a manutenção das parcerias para a construção de uma agenda integrada, seja para questões mais pontuais e de curto prazo como para questões mais estruturais.

As ações intersetoriais devem ser entendidas como sistemas organizacionais que mobilizam recursos humanos e não humanos e que disponibilizam ações e serviços pelo saber técnico-científico e popular, estando permanentemente em questão a efetividade das atividades vis-à-vis sua finalidade.

Para Junqueira, a intersetorialidade e a rede contribuem para a eficiência e a eficácia da gestão das políticas sociais, mas exige mudanças culturais significativas na lógica da gestão das organizações públicas, destacando que “a complexidade dos problemas sociais exige vários olhares, diversas maneiras de abordá-los, aglutinando saberes e práticas para o entendimento e a construção integrada de soluções que garantam à população uma vida com qualidade”, voltada aos interesses coletivos (JUNQUEIRA, 2004, p.26).

A intersetorialidade é, intrinsecamente, um princípio comum às demais políticas públicas, saúde, assistência social e educação, assim como a prevenção de problemas e promoção da qualidade de vida da população implicam em outra forma de ver e intervir sobre a realidade social.

Diversos eventos sobre experiências exitosas apontam a prática intersetorial, como um dos responsáveis pelo sucesso alcançado. Este é um dos resultados que aparecem na I Exposição de Vigilância em Saúde de Mato Grosso no ano de 2008.

Para Beatriz Alves de Castro Soares, que apresentou o resultado de pesquisa científica sob o tema Morbidade e Mortalidade por Acidentes e Violências na Grande Cuiabá-MT, essa intersetorialidade revela-se na maneira como diversas formas de relacionamento identificam a violência e os acidentes que produzem internações hospitalares e podem, até mesmo, levar a óbito.

Quando se examina os acidentes ocorridos nos anos de 2005 e 2006, quanto à morbidade, mortalidade e ocorrência de internações em atendimentos de urgência e emergência se percebe que vários fatores de risco estão envolvidos num processo de causa e efeito.

Ela citou que os homicídios apareceram primeiro, em sua pesquisa, como resultado de violência e que, ao examinar o que produziu esses homicídios, percebeu que o abuso do álcool foi a principal causa predominante em 3.080 óbitos, cujas histórias ela conseguiu rastrear, sendo que 49% desses foram causados por pessoas do sexo masculino. O abuso de bebidas alcoólicas também foi identificado em casos de acidentes no setor de transportes que acabaram produzindo vítimas fatais de violência no trânsito” (Jusbrasil, 2011)

O Grupo de Trabalho, criado pelo Ministério da Saúde (MS), para caracterizar os usuários de crack e avaliar a rede de atenção, tendo em vista uma política de saúde mental voltada aos mesmos, salienta em seu texto preliminar “**a imprescindibilidade de abordagens de caráter intersetorial e de serviços de saúde facilitadores da construção do cuidado em rede**” (BRASIL, 2004, p.3) (grifo nosso)..

Para Zemel (Brasil, 2008), o aumento do uso de drogas nos mostra a necessidade de planejar ações preventivas adequadas aos grupos que se quer atingir. De acordo com a PNAD o conceito de prevenção ampliou-se ser colocado dentro do conceito de “Promoção de Saúde”. Prevenir não é banir a possibilidade do uso de drogas, mas considerar uma série de fatores que favoreçam ao indivíduo as condições de fazer escolhas.

O conceito de prevenção e promoção da saúde, amplamente difundido na área da saúde pública, perpassa pela descentralização, territorialidade, intersetorialidade e integralidade das ações, princípios em construção nas atuais políticas públicas. Os vários princípios têm merecido atenção em fóruns de discussões e estudos científicos, sendo que o enfoque sobre a intersetorialidade não minimiza os demais, mas busca contribuir para efetivação de todos os princípios.

4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DA PESQUISA

4.1 Do lugar

A cidade de Maringá, localizada no norte do estado do Paraná, foi fundada em 1947, sob a linha do trópico de capricórnio, como distrito de Mandaguari. Emancipou-se em 1951, apenas quatro anos depois, já anunciando o seu destino de rápido crescimento devido a sua topografia e lugar estratégico, como parte de um projeto de colonização, da então Companhia Melhoramentos Norte do Paraná (CMNP). Os habitantes nativos, os índios e pequenos agricultores, foram apagados da história. O projeto econômico de desenvolvimento deu-se inicialmente com a doação, a uma companhia inglesa, de grande extensão de faixas de terras do norte do Paraná em troca da construção da linha férrea. Depois, a CMNP, deu continuidade com a formação e comércio de lotes pequenos, médio e grandes dentro do plano de formação de áreas rurais para a agricultura e de constituição de vilarejos e cidades para a comercialização dos produtos. Aí entra Maringá, conforme Silveira (2006), aos dez anos de existência, a cidade em construção, exibia obras de um lado e, do outro, a derrubada da mata e a queimada. A região foi sendo ocupada principalmente por mineiros e paulistas, em função do ciclo da cultura do café que predominava na época.

Segundo Araújo (apud Zavatin, 2000), “Todo o nascimento e crescimento do que seria a Maringá foi pensado e supervisionado pelos diretores da Companhia.” (Araújo, 2005, p.121). E esta compreensão é importante para entender o tipo de formação do que é hoje a cidade a partir de suas raízes que ainda permanecem no pensamento de muitas de suas lideranças. Diferente da maioria das cidades, Maringá foi planejada, pelo engenheiro paulista Jorge Vieira de Macedo, dentro modelo inglês de cidade-jardim, respeitando as características naturais do seu entorno, o que foi preservado nas primeiras décadas e, aliado a boa gestão dos primeiros prefeitos, evitou por um bom período problemas urbanos, como por exemplo de saneamento e trânsito. Para Rodrigues (2004), entretanto, o traçado original traz o modelo de segregação (ou favorável) a partir da divisão socioespacial, bem como a política de controle adotada e a rápida valorização das terras urbanas evitou a formação de favelas ou significativas ocupações irregulares.

O projeto que norteou o desenvolvimento da cidade foi cumprido integralmente, inclusive, nos aspectos que definiram uma ocupação residencial diferenciada socialmente. Ao segmentar as áreas a serem comercializadas, segundo as especificidades socioeconômicas dos adquirentes, o agente imobiliário fomentou, ao longo de mais de meio século, uma ocupação residencial claramente segregada. Contudo, há um conjunto de moradores cujas rendas sequer alcançaram a possibilidade de ter acesso à moradia em Maringá, e que foram expulsos para o entorno da cidade polo, em especial, para Sarandi e Paiçandu. (Rodrigues, 2004, p.6)

Apesar do setor agrícola ainda ter forte influência, com a sucessão de diversas crises provocadas por adversidades climáticas, as geadas nos anos 70 e pelas políticas econômicas, o setor de comércio e prestação de serviços foi crescendo e se fortaleceu como poder econômico e político da cidade, facilitado devido o município ser área de entroncamento de várias estradas e cidades. Conforme Gini (2008), a partir da crise dos anos 90, o setor empresarial organizou-se em torno de um projeto denominado “Movimento Repensando Maringá”, que culminou com a criação do Conselho de Desenvolvimento de Maringá (Codem) e com o plano de diretrizes chamado Maringá 2020. Constituiu-se assim, a “hegemonia empresarial” em torno do projeto da cidade, polo regional de uma área que abrange 29 municípios e 6.565,174 km².

Isto deu-se logicamente dentro de um processo e do projeto mais amplo de desenvolvimento urbano neoliberal, no qual o conceito de crescimento e desenvolvimento é priorizado por interesses econômicos vinculados aos lucros de alguns grupos e setores, entre os quais se destacam nos últimos anos o comércio imobiliário e a construção civil, fomentados pela política nacional e local. Tal crescimento altera significativamente o plano diretor do município, reduzindo as áreas públicas e rurais, aumentando expressivamente o crescimento vertical da cidade, o que, associado ao marketing da cidade, teve como consequência o aumento da concentração populacional e o surgimento e crescimento de diversos problemas urbanos como os congestionamentos e acidentes de trânsito, a violência, déficit na atenção à saúde, entre outros.

A área total do município é de 486.433 km², possui 3 distritos e 3 bosques de matas nativas, um deles em área central e explorado turisticamente. A cidade fica a 423 km de distância da capital do estado e 674 km de São Paulo, com a qual mantém ligação econômica e cultural, oriunda de sua história.

O censo do IBGE de 2010 apontou o significativo crescimento populacional de 2,15%, com 357.117 habitantes no município, dos quais aproximadamente 25 mil estão na faixa de 10 a 14 anos, 29 mil na faixa de 15 a 19 anos e 35 mil entre 20 e 24 anos.

O Índice de Desenvolvimento Humano - IDH é de 0,841, 65º lugar no país. A taxa bruta de natalidade é 13,56 (por mil), o coeficiente de mortalidade infantil é 10,33 por mil (2009), a esperança de vida ao nascer é atualmente de 72,2 anos, a taxa de alfabetização de adultos de 94,61%, a taxa bruta de frequência escolar é de 92,27%, a taxa de analfabetismo na faixa de 15 anos ou mais é de 5,4% e acima de 50 anos de 17,1%. (Ipardes,2011). O índice de Gini¹⁵ é de 0,56, acompanhando a média de desigualdade crescente na maioria das cidades brasileiras. Quanto a ocupação, o número de habitantes na área rural é de 7.997 e na área urbana 349.120, um índice de urbanização próximo a 98%, bem superior a do estado do Paraná, que é de 85,3% e do país 84,4%, o que se coaduna com o modelo de desenvolvimento capitalista de cidades.

Segundo o IPARDES (2011), a população economicamente ativa é de 151.652 pessoas. A renda per capita é de 465,37 e, em julho de 2010, estavam cadastrados 248.586 eleitores. A densidade populacional do município, com o aumento da verticalização nos últimos anos, passou de 678 para 734 hab/km². São 127.011 domicílios na área urbana e 2.453 na área rural.

Em relação ao saneamento básico, 99% dos domicílios da cidade estão ligados à rede de água tratada, energia elétrica e coleta de lixo e 71,2% à rede de esgoto. (PMS-2010/2013).

Quanto aos serviços existentes, na área de saúde, atualmente o município dispõe de 24 UBS, 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 1 Centro de Saúde Mental (Cisam), 1 CAPS, 1 CAPS AD II, 1 CAPS i, 57 equipes de PSF, 1 Hospital municipal, 1 Hospital Universitário estadual e 8 privados, com 1280 leitos/ 540 psiquiátricos.

Na área de Assistência Social, conforme o PMAS 2010, o município dispõe de 66 serviços socioassistenciais, cadastrados no COMAS, da rede não governamental (incluindo as CTs). Na *Proteção Social Básica*, 15 atuam no apoio sociofamiliar, 12 com o serviço de convivência e fortalecimento de vínculos na faixa de 6 a 15 anos, 7 na faixa de 15 a 17 (Programa ProJovem), 5 com o Programa Jovem Aprendiz, faixa 15 a 17 e 3 com adultos e idosos e 3 com Qualificação Profissional e Geração de Renda. Na *Proteção Especial de média complexidade*, temos 11 serviços para Pessoas com Deficiência e familiares. Na

¹⁵ Mede o grau de concentração de uma distribuição, cujo valor varia de zero (perfeita igualdade) até um (desigualdade máxima).

Proteção Social de Alta Complexidade temos 3 serviços de Acolhimento para crianças e adolescentes, 2 para adultos, 1 para pessoas itinerantes e migrantes, 1 para adultos em situação de rua e reinserção social, 3 de Acolhimento Institucional para idosos e 5 Comunidades Terapêuticas cadastradas.

Quanto a Rede de Serviços Governamentais, o município conta com 23 unidades, sendo na Proteção Social Básica: 6 Centros de Referência de Assistência Social – CRAS / Serviço de Proteção e Atenção Integral à Família – PAIF, 1 Serviço de Convivência e fortalecimento de vínculos na faixa de 15 a 17 anos (Pró Jovem), 2 Serviços de Qualificação Profissional / Geração de Renda (1 Escola e 1 CSU), 3 Centros Integrados de Atividades Culturais e Artísticas – CIACA, 2 Centros Sociais Urbano (CSU) e 10 Telecentros.

Na Proteção Social Especial temos 1 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) para criança e adolescente, 1 CREAS – Idoso e Pessoa com deficiência, 1 CREAS – Medidas Socioeducativas, 1 CREAS - População de Rua e 1 Centro Dia do Idoso.

Na Proteção Social Especial de Alta Complexidade temos 1 Serviço de Acolhimento para crianças e adolescentes, 1 Serviço de Acolhimento em família acolhedora (até 15 crianças e ou adolescentes), 1 Serviço de Acolhimento para pessoas em situação de rua e reinserção social, 2 Serviços de Acolhimento Institucional para idosos (República e Casa Lar).

Na área da Educação, conforme dados do IPARDES (2011), relativos ao ano de 2010, o município de Maringá possui 116 Creches/Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI), 125 Pré escolas, (54 municipais) 110 Escolas de Ensino Fundamental (44 municipais), 44 Escolas de Ensino Médio, (27 estaduais) e 9 Instituições de Ensino Superior, sendo 1 Universidade Estadual.

Quanto aos meios de comunicação, o município dispõe de 10 emissoras de rádio, 5 de televisão e 3 jornais de maior porte, entre outros recursos comunitários e organizacionais.

A cidade mantém seu ritmo crescente de desenvolvimento e continua atraindo pessoas e investidores por seu traçado planejado, avenidas largas e arborização, sua estrutura e localização privilegiada, fatores explorados no marketing e no projeto de cidade mercadoria (conceito discutido por VAINER, *in* Pátria, empresa, mercadoria – Notas sobre a estratégia discursiva do Planejamento Estratégico Urbano, IPPUC-RJ, 2001).

4.2 Da população do estudo

Foram selecionamos sujeitos com até 22 anos, tendo em vista o foco da prevenção como uma de nossas preocupações no presente estudo, relacionada ao agravamento do uso indevido de drogas e internamento por este motivo. A faixa etária inclui a fase da adolescência e início da juventude, um período propício ao início ou aumento do uso de drogas e os primeiros sinais de consequências adversas, conforme mencionado em nosso referencial. Optamos por selecionar sujeitos preferencialmente com duas ou mais internações, para atingirmos pessoas com maior tempo e grau de comprometimento, evitando os casos por evento esporádico. Os sujeitos são procedentes de diferentes regiões da cidade, ou seja, um de cada regional conforme divisão da secretaria municipal de saúde, afim de contemplarmos e observamos as possíveis diferenças entre elas em termos de contexto, recursos e procedimentos adotados.

4.3 Dos instrumentos de pesquisa

Buscamos, no presente estudo, avaliar as ações intersetoriais a partir da utilização do Evento Sentinela, conceito introduzido por Rutstein et al, entendido “como a ocorrência de doença, invalidez ou morte desnecessária”, ou seja, aquela que dispõe de tecnologia médica suficiente para evitá-la (PENNA, 1995, p.125). Em nosso caso, o evento sentinela foi o internamento do usuário relacionado ao uso de drogas, situação que poderia ser evitada não somente pela ação médica, mas dentro do conceito ampliado adotado que se refere a ação conjunta/intersetorial da saúde, assistência social e educação.

De acordo com a autora, a proposta é de fazer uma investigação, detalhando o processo que culminou com o evento e assim levantar as suas determinações e possíveis medidas corretivas. Aponta a vantagem operacional de baixo custo e objetividade desta técnica, destacando que “A organização do sistema de informação existente dificilmente nos permite conhecer como se dá a articulação destes diferentes elos da cadeia” (PENNA, 1995, p.127).

Conforme Ballani (2006), a ocorrência de um evento selecionado negativo ou adverso, sinaliza a necessidade de compreendê-los e dar respostas.

A metodologia de investigação desse fato como evento sentinela deve, então, conter os seguintes passos: seleção do evento; constituição de matriz de análise; busca ativa dos eventos sentinela; análise dos eventos sentinela por abordagem retrospectiva, utilizando o princípio de *root cause analysis*, que se caracteriza como um processo de identificação dos fatores causais; e estratégias para redução de risco. (BALLANI, 2006, p.34-35).

A técnica de evento sentinela é mais utilizada na área da saúde, especialmente em processos de monitoramento que visam a melhoria na gestão de serviços de saúde e o aperfeiçoamento de programas. (Puccini e Cornetta, 2008). Sua aplicação com o foco na ação intersetorial e interdisciplinar ligada a dependência química, é um aspecto inovador de nosso projeto, agregado à premência de estudos.

Definimos inicialmente a investigação de cinco casos, tendo como parâmetro a divisão dos serviços de saúde em cinco regiões dentro do município, as diferenças quanto aos aspectos sociais, disponibilidade de recursos e equipamentos sociais entre elas, bem como a possíveis variações quanto aos procedimentos.

Para descrever a trajetória institucional retrospectiva dos sujeitos, realizamos pesquisa documental em seus prontuários ou processos, levantando as ações realizadas e procedimentos dos profissionais de enfermagem, serviço social e psicologia em unidades básicas de saúde, hospital, escola e órgãos de assistência social e justiça, como fonte de identificação da existência ou não de ações intersetoriais.

Além da pesquisa e estudo bibliográfico na primeira fase do trabalho, utilizamos outras fontes e recursos como o Diagnóstico Social do Município (DSM), legislação, planos e programas, informações nos *sites* oficiais e junto as Secretarias Municipais, o diário de campo, observação participante em eventos locais e a entrevista semi estruturada. Para Minayo et al , “a entrevista é o procedimento mais usado no trabalho de campo, buscando-se obter informações contidas na fala dos atores sociais, enquanto sujeitos objeto, que vivenciam uma determinada realidade que está sendo pesquisada”. Ela insere-se como meio de coleta dos fatos, não sendo, portanto uma conversa despreziosa ou neutra. (MINAYO et al, 2002, p.57)

Foram realizadas entrevistas individuais com os profissionais que atuavam nas UBS como agentes comunitárias de saúde, enfermeiras e psicóloga. Nas escolas foram entrevistadas as orientadoras, responsáveis por ouvir e tomar providências quanto as ocorrências escolares e na assistência social, a assistente social. Segundo Queiroz (1991), na entrevista semi estruturada o informante tem certa dose de iniciativa, mas cabe ao pesquisador a condução do diálogo, visando obter os dados para a sua investigação. A escolha dos entrevistados não foi, portanto aleatória, mas intencional partindo-se dos pressupostos de que

eles são os operadores (conscientes ou não), no cotidiano, das políticas públicas. Quanto ao número de pessoas entrevistadas, conforme DAUSTER (1999) apud SANTOS (2007),

o procedimento que se tem mostrado mais adequado é o de ir realizando entrevistas... até que o material obtido permita uma análise mais ou menos densa das relações estabelecidas naquele meio e a compreensão de “significados, sistemas simbólicos e de classificação, códigos, práticas, valores, atitudes, ideias e sentimentos (SANTOS, 2007 apud DAUSTER, 1999, p.2).

A observação participante foi realizada nas reuniões do Comad e nos eventos de capacitação realizados pela Diretoria sobre Drogas e Secretaria de Saúde, propiciando-nos obter informações quanto as ações e prática política do município, na área de drogas, em seu próprio contexto. Os dados foram registrados no diário de campo, onde podemos colocar nossas “percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas através da utilização de outras técnicas” (Minayo, 2002, p.63).

De acordo com Santos (2007), no estudo dos fenômenos sociais, não existe uma única abordagem possível, nem instrumentos de pesquisa privilegiados, nem só uma possibilidade de técnica, mas técnicas complementares, que possibilitam apreender de modos diferentes, a multiplicidade de visões acerca dos temas objeto de investigação.

A etapa final do processo de pesquisa, segundo Minayo, é a do *tratamento do material* recolhido, que deve ser ordenado, classificado e analisado, o que nos conduz à teorização sobre os dados, produzindo o confronto entre a abordagem teórica e os dados singulares da investigação. Para cumprir esta etapa fizemos inicialmente a transcrição completa dos dados coletados nos prontuários, depois um resumo de cada trajetória, sua síntese em um quadro geral, que teve como categorias: o tempo, a ocorrência, a instituição e o procedimento – encaminhamento, contato interinstitucional, contra referência, discussão do caso/ação conjunta - para finalmente procedermos a análise e teorização dos dados.

4.4 Das etapas da pesquisa

Conforme abordado, Maringá possui um Hospital Municipal onde funciona o setor de Emergência Psiquiátrica e para onde são encaminhados os usuários da área de saúde mental em situação de crise. Feito o acolhimento e atendimento, de lá podem receber alta, serem encaminhados a outro serviço da rede como o CAPS AD ou CAPS, permanecer internados e ainda encaminhados ao Hospital Psiquiátrico de Maringá ou Comunidade Terapêutica.

Em levantamento prévio, o relatório anual de 2010 da Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal apontou que, de um total de 1212 atendimentos, 167 (14%) estavam na faixa etária de 12 a 21 anos, por uso de drogas e álcool, destes 55 permaneceram internados e os demais (112) foram encaminhados para o Hospital Psiquiátrico, Comunidade Terapêutica (CT), CAPS AD e domicílio. O número de atendimentos variou de 08 a 22 atendimentos/mês, a maioria deles constituída de usuários reincidentes, o que avalizou nossa proposta.

Contemplamos um internamento em Comunidade Terapêutica, por ser um dos recursos bastante utilizados e fazer parte da rede de serviços na área, possibilitando-nos visualizar as ações e relações entre as instituições não governamentais (observamos que, com o plano emergencial (PEAD), as CT foram fortalecidas com o apoio do governo). O critério adotado para a escolha da Comunidade Terapêutica foi aquela contemplada por edital do Ministério da Saúde com financiamento de 20 vagas, maior número de vagas sociais conveniadas com o município de Maringá, equipe mínima multiprofissional e tempo médio de permanência. Foi feito o contato com a coordenação para obtenção da autorização.

Em conformidade com Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Maringá para autorização da pesquisa nos serviços municipais e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UEM (Copep), sob o protocolo no. 0093.0.093.000-11.

Após a aprovação, fizemos no mês de junho nossa primeira visita ao setor de Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal para esclarecer e solicitar o apoio necessário à pesquisa. A equipe demonstrou interesse e disponibilidade para cooperar. Ficou combinado de ligarmos para obtermos informação com a Assistente Social ou psicóloga, sobre a entrada de interno na Emergência Psiquiátrica dentro do perfil traçado. Havendo a confirmação, uma das profissionais falaria inicialmente com o paciente, ou familiar responsável em caso de menor de idade, e no caso de concordância seria marcado um horário para conversarmos e obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os contatos foram feitos sempre com a assistente social e de acordo com a nossa disponibilidade diária.

Com o decorrer do tempo, vimos a dificuldade de conseguirmos, a partir do HM, os sujeitos que atendessem todos os critérios adotados dentro do prazo estabelecido. Tal fato causou-nos estranheza uma vez que tínhamos como parâmetro as internações ocorridas no ano

de 2010. A assistente social do hospital observou que este fato seria atípico e que o maior número de internos por substâncias psicoativas estava em faixa etária maior.

A ocorrência dentro do contexto planejado só se deu na terceira semana, com o nosso primeiro sujeito (Abel)¹⁶. O segundo sujeito (Beto) foi contatado em uma Comunidade Terapêutica (CT), após a pesquisa na Secretaria de Assistência Social e Cidadania - SASC sobre as CTs, considerando as características da instituição, a idade e o local de residência do sujeito, visando cobrir outra região da cidade. Não sendo possível reunir todos os critérios, neste caso, houve uma exceção quanto ao número de internamentos por tratar-se do primeiro e não preferencialmente de mais de um. Pelos motivos acima expostos, fizemos a opção de buscar os demais sujeitos no Hospital Psiquiátrico, sendo que os mesmos eram provenientes do HM – casos 3 (Cláudio) e 4 (Douglas).

A previsão inicial de fazer a investigação de cinco sujeitos, contemplando um caso em cada regional da secretaria de saúde do município, não foi possível, pois não houve dentro da faixa etária esta proporcionalidade de internamentos entre as cinco regiões. Este critério seria parcialmente cumprido, uma vez que o segundo sujeito residiu na região que faltava cobrir e deveria ter seus dados pesquisados em uma das UBS abrangidas pela mesma. O que não esperávamos é que o seu prontuário não fosse ser localizado. Mesmo assim, entendemos que as alterações de percurso foram secundárias em relação ao que pudemos levantar a partir dos quatro casos estudados.

Após a assinatura de cada TCLE, o Centro de Capacitação Permanente em Saúde-CECAPS da Secretaria de Saúde recebeu uma cópia do mesmo e autorizou que fizéssemos o levantamento de dados nos prontuários dos sujeitos e a entrevista com os profissionais que atuavam na UBS. Para o levantamento de dados nas escolas, solicitamos, no momento de obtenção do TCLE, a informação sobre a última escola e período frequentado junto aos sujeitos ou responsável, pois tal dado não consta geralmente nos prontuários da saúde. As informações constantes em um dos prontuários na UBS levou-nos a um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), cujos registros nos levaram a pesquisar novos dados no Centro de Referências Especializado de Assistência Social (CREAS), em processos juntos aos órgãos de justiça (Promotoria Pública/Vara da Infância e Adolescência) e consultar se havia algum dado nos Conselhos Tutelares.

¹⁶Obs.: Foram adotados nomes fictícios para preservar o anonimato e origem de cada sujeito.

Durante o processo de pesquisa foram feitos os diários de campo, com observações sobre o ambiente das instituições, ocorrências de fatos e impressões. Em alguns órgãos, cujo prontuário era extenso, obtivemos a permissão de fotografar as folhas, facilitando a transcrição dos dados em sua totalidade, permitindo-nos maior riqueza de detalhes.

4.5 Do marco teórico e a análise dos dados

Tendo em vista as diversas considerações sobre intersectorialidade (abordadas por Junqueira, Inojosa, Cormelatto, Almeida e Magalhães Bodstein), entre as quais o desafio de se vencer a separação entre as áreas do conhecimento e dos serviços, o mesmo foi aplicado no presente estudo, em um foco interdisciplinar/intersectorial. Neste sentido, abordarmos o tema dentro de quatro políticas públicas (drogas, saúde, educação e assistência social) e buscamos referenciais de diversas áreas do conhecimento, tais como as ciências da saúde, ciências sociais e humanas (dentre as quais estão contempladas o direito, a psicologia e as políticas públicas).

Recorremos, para o nosso referencial e análise, aos autores clássicos e principalmente contemporâneos, sem entretanto nos aprofundarmos a partir de um deles, mas utilizando-nos das suas ideias à medida de nossas necessidades e possibilidades, dentro do recorte (desenho) deste trabalho. Dentre os autores e obras clássicas, destacamos a obra de Marshall, T. H. “Cidadania, classe social e status” que nos oferece a compreensão do processo de desenvolvimento e a construção dos direitos sociais, civis e políticos e sua relação com o exercício da **cidadania**, um “*status*” conferido aos membros *integrais* da comunidade, ou seja, instituídos de direitos e obrigações, dentre os quais destacamos a questão do trabalho e seu lugar (significado) na trajetória e contexto social dos sujeitos pesquisados, o que também é discutido por Santos, W.G. (in Abranches, S.) e Rocha, S. em obras sobre a política social e pobreza.

Goffman, E. contribui com a sua obra para o entendimento e a análise sobre o estigma, uma construção social de rotulação de pessoas, associada ao lugar, condição social ou comportamento, que contribui para o seu processo de identidade e exclusão social, o que também é tratado em estudo de caso de Eugênio. Relacionamos a este conceito o de segregação social, discutido pelas autoras locais, Araújo e Rodrigues, que em suas respectivas teses de doutorado tratam da organização urbana de Maringá. A importância e influência do espaço e planejamento urbano na vida das pessoas são ricamente discutidos por

outros autores como Milton Santos, Villaça e Vainer, os quais nos ajudam compreender a relação entre o macro e micros processos de desenvolvimento sócio econômicos, o projeto capitalista neoliberal e o cotidiano dos indivíduos e grupos locais. Os dados do Diagnóstico Social de Maringá, associados à situação familiar e histórias individuais, foi uma importante fonte para construirmos o contexto social dos sujeitos.

Para a compreensão do contexto e influência familiar, recorreremos aos diversos autores da obra de Ferrari, M. & Kaloustian, S.M., (UNICEF), bem como a de Buchele e Cruz que, entre outros, apontam a importância da família na formação sociocultural e como fator de proteção ao uso indevido de drogas, além do estudo de Bernardy sobre o papel da família de jovens internados em comunidades terapêuticas de região próxima a Maringá.

Quanto ao uso de drogas, entendemos tal prática dentro processo histórico, sócio econômico cultural e político, caracterizado atualmente pela sociedade de consumo e mercantilização das relações sociais. Coronil oferece-nos uma compreensão, a partir de nossas raízes culturais, em estudo sobre o pós-colonialismo e globocentrismo.

A importância do processo histórico e a contextualização do uso de drogas é abordado por diversos autores principalmente das áreas sociais, mas também de outras. Entre aqueles que defendem uma visão mais ampla e integral sobre o tema é preciso estabelecer a relação entre o contexto, o indivíduo e a droga para se lidar com a questão, seja em termos de prevenção, tratamento ou repressão. Nesta linha destacam-se Romani, um dos responsáveis pela política de prevenção na Europa e Trad, cuja tese aborda a história da prevenção no Brasil, além Aiex Neto, J.E. e Reghelin, E.M. entre outros. Tal olhar contrapõe-se a visões fragmentadas e reducionistas sobre o tema ligadas a políticas e ações com abordagens predominantemente repressoras, bastante questionadas por Bucherd, Nery Filho, entre outros.

Entre os estudos mais específicos, utilizamos como referência a obra de Pinsky e Bessa “Adolescência e drogas”, que nos permitiu o acesso a diferentes autores (Lima e Paula; Kaminer e Szobot) e aos aspectos relacionados ao uso de drogas na juventude, tais como saúde mental, estrutura familiar e características ligadas a jovens internados, encontrado também em Ballani, Alves e Kossobudzki.

Finalmente, nos pautamos em estudos e dados sobre o uso drogas nas pesquisas do Cebrid e Senad (Nappo, Galduróz) Nicastrí, sendo Christophoro, Alavarse e Carvalho mais

locais e os dados de instituições públicas e órgãos oficiais disponíveis em *sites* e relatórios, tais como do hospital municipal, diretoria sobre drogas e Comad.

Para a análise dos dados, utilizamos como categorias a trajetória institucional, territorialidade, contexto social e familiar, acesso aos serviços, procedimentos (acolhimento, registro, ação intersetorial, prosseguimento), responsabilidade compartilhada, articulação da rede e atenção integral. Recorremos aos referenciais teóricos, à orientação legal e relatórios das políticas sociais, além dos dados do Diagnóstico Social de Maringá, entre outros.

Ressaltamos a importância dos estudos mais amplos que nos propiciaram uma visão geral sobre o tema, como a validade dos estudos específicos e ou de âmbito local/regional que nos permitiram a contextualização do bairro, do município, da região e do estado, este último com baixo índice de produções científicas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Contexto e características dos sujeitos

Para aproximação das informações sobre os jovens pesquisados entrevistamos alguns profissionais que foram: três agentes comunitárias de saúde, moradoras da mesma área dos sujeitos da pesquisa, todas com o ensino médio de escolaridade, três enfermeiras e uma psicóloga lotadas nas UBS pesquisadas; uma assistente social da rede especializada da assistência social e três pedagogas das unidades escolares. O tempo de serviço na função variou de cinco a onze anos, o que facilitou a investigação tanto sobre os sujeitos, as atitudes e procedimentos adotados, como sobre as capacitações, ações intersetoriais, orientações recebidas em casos de uso de drogas e impressões sobre o assunto.

Os sujeitos pesquisados foram adolescentes e jovens, do sexo masculino, residentes em diferentes regiões da cidade de Maringá, com idade entre 17 e 22 anos, internados por uso abusivo de substância psicoativa, sendo três em hospital e um em Comunidade Terapêutica. Este último em seu primeiro internamento e os demais na segunda ou mais internações.

Segundo Galduróz (2010), os dados referentes as internações hospitalares para tratamento da dependência química, no últimos 21 anos, apontam uma redução de 64.702 em 1998 para 24.001 em 2008, o que é atribuído às novas ações e à criação dos CAPS AD a partir de 2002. Esta análise, porém, não considera que uma das ações da política de saúde mental neste período foi a diminuição do número de leitos psiquiátricos, o que por si só traz um impacto no número de internações, bem como a expansão das CTs no país (em Maringá tivemos a criação de seis CTs neste período) ou ainda uma possível sub notificação associada ao aumento de comorbidades. Para Bessa (2004), “as intoxicações por uma substância, os sintomas de abstinência e o uso crônico da droga provocam reações que podem ser confundidas com quadros psiquiátricos”. O autor aponta que seriam precisos pelo menos catorze dias de desintoxicação para firmar-se qualquer diagnóstico psiquiátrico de comorbidade. Os dados de nossa pesquisa relativos ao número de dias de internamento na EP apontam a permanência máxima de seis dias.

Quanto as circunstâncias do internamento dois foram de forma espontânea (50%) e dois involuntariamente (50%), um sob pressão familiar, sendo necessário o uso de contenção pela equipe do hospital e o outro sob ordem judicial (compulsória). Todos eram usuários de

múltiplas drogas, destacando-se como causa principal do internamento o uso de crack. Três sujeitos entrevistados passaram pela Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal e de acordo com os registros, dois foram encaminhados ao Hospital Psiquiátrico e um recebeu alta, enquanto a família providenciava o internamento em uma Comunidade Terapêutica.

A modalidade de internamento involuntário¹⁷, em casos de dependência química, tem sido alvo de debates na área de drogas e defendido especialmente por alguns políticos, estando em pauta o projeto de lei 7663/10, do deputado Osmar Terra, que aumenta “as penas para crime relacionado a drogas com alto poder de causar dependência” e institui o “internamento involuntário” decidido pelo médico e a família, segundo ele uma solução intermediária ao proposto pela lei 10.216/01. Há a concordância de uma parte dos profissionais da psiquiatria, como Jorge Jaber da ABEAD que chama a responsabilidade de tal ato para o médico psiquiatra e Ronaldo Laranjeira da UNIAD, o qual alega que quando o usuário está na ativa o processo de motivação e decisão para o tratamento fica comprometido.

Ballani (2007), baseada em sua experiência no Centro de Controle de Intoxicação – CCI do Hospital Universitário de Maringá e em estudos de Carlini-Cotrim, aponta que o uso de drogas de abuso é um problema de saúde pública, que leva a intercorrências indesejáveis, entre as quais os internamentos, contribuindo para a sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS) e requerendo atenção sistematizada. De acordo com a Senad, a síndrome de dependência do álcool representa entre 90% e 95% das internações psiquiátricas no Brasil (BRASIL, 2008b).

Outros políticos e profissionais veem com reserva esta medida, temendo um retrocesso em relação a implementação da reforma psiquiátrica e a política de saúde mental vigente, que tem entre os seus princípios a desinstitucionalização. Em artigo da revista eletrônica Brasileiros, Lancetti (2011) entende que a incidência do crack no cenário nacional traz o risco da “interrupção do processo de construção do sistema público de saúde mental brasileiro”, cujo modelo, construído a partir da luta antimanicomial, inspirou outros países como a Argentina, Índia e China. Preocupado, além das internações involuntárias, com a ampliação das instituições fechadas, as CTs, o autor sugere que a lógica do internamento e da prisão têm a mesma ideologia. Relata ainda a existência de boas experiências no país dentro da atual proposta de saúde mental:

¹⁷A Portaria/SAS nº 2391/2002 regulamenta as Internações Psiquiátricas, caracterizadas em quatro modalidades de internação: voluntária (IPV); involuntária (IPI); voluntária que se torna involuntária (IPVI) e compulsória (IPC)

As instituições que cuidam de crianças e adolescentes usuários de drogas não podem ser de contenção, mas de aceleração e criatividade. Em São Bernardo, por exemplo, há Centros de Atenção 24 horas para adolescentes dependentes de drogas, moradias fundamentadas em propostas pedagógicas de ação: meninos e meninas têm atividades o dia inteiro e à noite sessões de cinema. Em Vitória, Espírito Santo, o atendimento é feito a partir das equipes de Saúde da Família associadas ao CAPS Álcool e Drogas ou pelo consultório de rua (...) E há muitos trabalhos interessantes sendo realizados no Brasil (Lancetti, 2011, p.1).

Ele também menciona que em São Paulo estes usuários já estão sendo atendidos em hospitais gerais e em Unidades Básicas de Saúde por equipes de Saúde da Família, pois “demandam atendimentos clínicos e, como consequência do vínculo com seus cuidadores, muitos pedem ajuda para abandonar o uso.”

O início do uso de drogas de forma problemática ou ilícitas, segundo os registros, deu-se aos 13, 14 e 15 anos e em um dos casos há controvérsia quanto a idade de 8 ou 10 anos o início do uso (a primeira queixa aos 10 anos), sendo que o tempo de uso variou de 2 a 12 anos. A maioria dos registros não traz o histórico do uso, registra apenas o início do uso das drogas ilícitas, geralmente da maconha e do crack e o uso concomitante de outras drogas como o álcool, tabaco, cocaína, inalantes, etc. Esta distinção seria um dado importante para se obter um perfil epidemiológico detalhado e planejar as ações preventivas. Conforme entendimento exposto no Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas, PEAD 2009-2011, “as substâncias inaladas (cola de sapateiro, thinner) são relevantes porque se associam com as situações de extrema vulnerabilidade social” (Brasil, 2009, p.1).

Quanto a escolaridade, encontramos um semianalfabeto, dois com a 7ª série e outro no 1º ano do ensino médio, confirmando os dados de atraso escolar entre usuários de drogas. O VI Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública das Capitais Brasileiras do Cebrid e Senad, aponta que “entre os alunos de 10 a 12 anos, 4,6% declararam já ter usado alguma droga pelo menos uma vez na vida. Entre aqueles de 13 a 15 anos, a percentagem é de 8,4, entre 16 e 18 é de 15,7 e acima de 19 anos de idade é de 15,2”. Em comparação com o estudo anterior há uma queda do consumo das drogas ilícitas, exceto a cocaína, sendo também apresentado no VI Levantamento maior consumo entre estudantes da rede privada do que na rede pública, o que sugere uma ligação com o maior poder aquisitivo (Uso de drogas cai, *site* viablog).

O levantamento geral apresenta uma queda do início precoce de uso drogas lícitas e ilícitas, na faixa etária entre 10-12 anos, com os seguintes dados: uso de álcool na vida em

2004 de 29,3% e em 2010 de 22,1%; uso de qualquer droga em 2004 de 12% e em 2010 de 7,7%. A Senad considera que estes resultados estão relacionados ao trabalho que vem realizando, especialmente de capacitação junto aos educadores, profissionais, e lideranças. Os dados variam conforme a região, tipo de droga e população específica e certamente estão ligados ao contexto social e familiar. A região sul é a que apresenta maior índice de uso em relação às demais regiões do país. O II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil (2005), cuja pesquisa inclui Maringá, apontou na região sul as seguintes prevalências para o uso na vida: qualquer droga 14,8%; Álcool 73,9%; Maconha 9,7% e Crack 1,1%.

Outro estudo sobre o consumo de álcool entre os adolescentes estudantes na faixa etária de 13 a 19 anos de um município do norte do Paraná, de Alvarose e Carvalho, levantou que, dos adolescentes pesquisados, 82,18% já havia experimentado álcool e 66,39% iniciaram o uso entre 8 e 14 anos índices bem maiores do que o levantamento nacional. Diversos estudos também apontam que, em áreas de maior vulnerabilidade, este uso é ainda mais precoce, sendo comum o uso de inalantes (cola e thinner) como registrado no caso de Douglas.

Abordamos, portanto, as condições e o contexto social em que vivem nossos sujeitos pesquisados, fazendo uso dos dados do Diagnóstico Social do Município¹⁸ (DSM), elaborado após a decisão em conferência municipal e diversas reivindicações do Conselho Municipal de Assistência Social. O DSM foi elaborado no ano de 2011, a partir dos indicadores oficiais de saúde, educação, assistência social e informações fornecidas pelas secretarias municipais e entidades. Pelo fato de vivermos em uma sociedade com grandes diferenças sociais, que se refletem não só nas diferentes regiões do país, mas nas desigualdades internas das cidades, é, pois, fundamental conhecermos a procedência dos mesmos, o bairro ou zona que ocupam na cidade, e assim compreendermos as possíveis influências do meio urbano, as redes ou relações sociopolíticas, as formas de socialização, instituições e recursos disponíveis em cada localidade para aprofundarmos a nossa análise (verificando a disponibilidade, utilização ou não de tais recursos pelos serviços, etc).

Em sua organização urbana, Maringá é dividida em “zonas” numéricas, possuindo também o nome de bairro, vila, conjunto ou jardim. Para Villaça (1999), “o zoneamento é a prática de planejamento urbano *lato sensu* mais difundida no Brasil (...) corresponde a interesses e soluções específicos das elites brasileiras” (Villaça, 1999, p.178).

¹⁸Disponível em: <http://www.kairos.srv.br/maringa/area08.htm>. Direitos: Prefeitura Municipal de Maringá.

Segundo Araújo, “A cidade de Maringá tem organização e segregação espacial bem evidentes, com suas áreas comerciais definidas, bairros residenciais destinados a moradores com alto poder aquisitivo, próximos ao centro (...) ou bairros populares mais afastados...” (Araújo, 2005, p.156).

Em estudo sobre condições de vida e saúde, Paim faz a seguinte citação de Castellanos: “A população ocupa e se apropria do espaço de tal forma que longe de ocorrer uma distribuição ao azar das famílias, estas tendem a conformar conglomerados relativamente homogêneos desde o ponto de vista de suas condições de vida, que se correspondem com uma unidade territorial. O espaço é construído socialmente, e constitui portanto uma possibilidade de estratificar a população segundo condições de vida (...). A unidade espaço-população tem então a possibilidade de ser uma unidade onde operam os processos determinantes (condições de vida) onde se expressam os problemas de saúde e onde se desenvolvem ações de saúde e bem-estar”. (PAIM, 1997, p.14 apud CASTELLANOS, 1992).

Destacamos que tanto o Hospital Municipal como a Comunidade Terapêutica pesquisada são instituições de caráter público que atendem pessoas da cidade e região, o primeiro pelo SUS e a CT por meio de vagas sociais subsidiadas por órgãos estatais ou parcerias, o que inclui pessoas de todas as classes sociais. No entanto, todos os sujeitos residem em bairros distantes do centro, considerados populares e um deles, onde mora Douglas, embora mais próximo do centro (3km) é considerado de maior vulnerabilidade social. Criado na década de 70 e usado até os anos 80 para transferir os favelados que moravam em áreas mais centrais, é um bairro com ruas e lotes bem menores do que o padrão da cidade (250 m), casas de 44m, em local, à época, com menor valor no mercado e sem infraestrutura urbana. A cidade cresceu, o bairro obteve, aos poucos, infraestrutura e melhorias urbanas, mas a origem e a segregação de seus moradores ficaram. Segundo Araújo, “é um bairro muito mal visto na cidade, seus moradores são considerados bardeneiros, vagabundo ou usuários de drogas. Quando vão procurar emprego, sentem-se impelidos a mentir sobre seu endereço”. (Araújo, M. 2010, p.174).

No Diagnóstico Social de Maringá, o bairro está inserido na região que contempla as zonas 25, 28, 38 e 39, classificada entre as piores do município. A região conta com uma população de 24 mil pessoas, possui 3 UBS, 1 Hospital Municipal, 5 escolas do ensino fundamental, uma do ensino médio. Na área da Assistência Social, a região possui um CRAS e duas ONGs.

Na área da saúde, possui a taxa de mortalidade infantil de 12,17; mortalidade neonatal precoce 2,43; neonatal tardia e pós neonatal 4, 87; infecção respiratória aguda de 73,32 e doença diarreica de 28,72 (todas por mil); baixo peso ao nascer 8,76 e pré-natal insuficiente 29,44 %; morte por causa circulatória 136,52(por cem mil) (Kairos, 2011).

Estão previstos o início do funcionamento, ainda no ano do 2011, do Centro de Atenção à Saúde Mental Infantil (CAPS i) e a Unidade de Pronto Atendimento na região.

A educação apresenta-se um pouco melhor com 70,07% das crianças na faixa de 4 e 5 anos matriculadas na pré-escola e 45,49% de 0 a 3 anos na creche; reprovação e abandono do ensino fundamental público de 11,33% e 0,88 %; distorção de idade 14,60 - considerados médios, mas com alto índice de distorção de idade e abandono do ensino médio, 45,06% e 26,48% respectivamente; IDEB 5,55 pontos nos anos iniciais e 3,86 nos anos finais.

Quanto às condições de vida, baseados nos dados do IBGE 2000, a região apresenta 19,70% das famílias com renda até 1 salário mínimo; 81,87% de domicílios sem saneamento básico; 24,4 4% dos responsáveis com baixa escolaridade (menos de 4 anos); 12,17% de mães adolescentes e 68,51 por mil de curetagem por *aborto*.

Em relação a vínculos, são apresentados os seguintes dados a partir de AIH/Datasus, 2009: agressão a mulheres 43,03; crianças 40,09 e idosos 102,81 (por dez mil); 5 casos de homicídio; 6 casos de morte juvenil masculina; 24 crianças e adolescentes abrigados e 74 *em medidas socioeducativas*.

Os atendimentos sociais são computados, a cada mil pessoas, no CRAS 21,27 e no CREAS 2,17; Transferência de Renda 90,61 e Atendimento pelas ONGs 35,97;

Há atualmente o projeto de reurbanização da área, com recursos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), do governo federal, com investimentos na ordem de 25 milhões e que incluem ações de remoção de diversas famílias. Tal ação foi contestada por parte dos moradores, movimentos sociais do município e inclusive o Observatório das Metrópoles da UEM, que questionam a intencionalidade e a forma e a decisão sobre as obras (alargamento das ruas e datas). Alega-se que tal investimento visa atender mais os interesses do mercado imobiliário (o local, que é próximo ao centro, foi valorizado com a construção de um condomínio horizontal ali perto) do que a comunidade e as famílias, cujos laços comunitários estão sendo rompidos com o remanejamento, além de serem deslocadas para

outras regiões distantes e sem infraestrutura, sendo que este recurso poderia ser utilizado na construção de equipamentos sociais para a população.

Segundo Santos (2008), a “territorialidade longa” é importante para a memória coletiva, um elemento indispensável à sobrevivência das sociedades e “elemento de coesão garantidor da permanência e da elaboração do futuro (...) a cultura do movimento é apontada como o dado essencial da desagregação e da anomia”. (Santos, 2008, p.329)

Para o autor, o espaço tornou-se “a mercadoria universal por excelência”, e se converte “em uma gama de especulações de ordem econômica, ideológica, política, isoladamente ou em conjunto” (apud, Ph. Kotler), influenciando atitudes, trocas de domicílios, de locais industriais e comerciais, de terrenos” (Santos, 2004, p.30).

Dentro desta ótica, Vainer (2001) também trata de como as cidades, sob a influência do conceito e técnica do planejamento empresarial e da globalização, tornaram-se empresas e mercadorias ao mesmo tempo¹⁹, servindo mais à economia do que as pessoas.

Esta é a realidade em que vive Douglas, vendo o seu contexto entendemos o fato dele ser o único sujeito, cuja família é acompanhada pela política de assistência social, desde 1993 (quando ele tinha 2 anos) até a presente data, o que retrata a manutenção da dependência socioeconômica familiar e as dificuldades dos cidadãos moradores daquela área superarem as suas condições de pobreza. Embora a cidade tenha crescido e o local não seja hoje mais tão longe do centro, sendo inclusive alvo de uma “reurbanização” e novos equipamentos, as observações levantadas junto a equipe do PSF da área mostram que ainda há falta de bens e programas sociais mais efetivos, que atendam as reais necessidades e interesses de seus moradores, ou seja, a situação de pobreza e exclusão persiste e é fonte de desalento: “muitos usuários pedem o internamento, às vezes conseguem, mas eles voltam e não tem trabalho. A equipe não tem dificuldade de abordá-los, mas a questão social é muito complexa. Há o preconceito de serem do referido bairro e usuários.

O próprio traficante fala da dificuldade de mudar (de vida), pois é fácil ganhar dinheiro no tráfico (...). A gente começa a ter uma visão pessimista, é como um tsunami. Precisaríamos ter uma coisa mais direta, mais efetiva. Quanto a prevenção não há, precisaria um projeto social, uma ocupação para os jovens.” (enfermeira do PSF)

Você falando, não falando, não muda em nada a vida deles. Parece que eles gostam. (ACS).

¹⁹Ver sobre o assunto em: www.mundourbano.unq.edu.ar/index.php/ano-2001/58-numero-14/97-3.

Em sua tese de doutorado sobre o bairro, Araújo também expressa um sentimento parecido:

Entretanto, foi triste perceber em vários casos a falta de uma esperança no futuro, uma possibilidade de que se poderia sair daquela situação de pobreza e de falta de trabalho.

Mostraram-se apáticos, com um semblante triste, sem fazer planos para o futuro, ainda que fosse um futuro distante. Pareciam não esperar nada, não acreditar que fossem conseguir nada além do que faziam. Nem mesmo para seus filhos mostravam-se esperançosos. (Araújo, 2005, p.38)

Quanto a Cláudio, ele mora em um dos distritos do município e a distância é bem maior. Uma área anteriormente rural que se urbanizou mediante o crescimento da cidade e interesse de seus moradores e que inclusive debateu sobre o seu desmembramento de Maringá. Tem, portanto uma identidade própria, construída a partir de seus pioneiros e por suas lutas para a conquista de equipamentos sociais, constituindo até um time próprio de futebol. A área mais antiga tem maior semelhança com os padrões urbanos do centro de Maringá e as áreas relativamente mais novas foram ocupadas a partir de projetos habitacionais governamentais e outros irregulares (lotes rurais). Destarte os esforços de seu povo, o distrito enfrenta grandes dificuldades quanto ao acesso aos bens e serviços do município, incluindo-se a distância e o custo do transporte. Conforme nos relatou a psicóloga da UBS local há uma alta vulnerabilidade social da população daquele território, existência de muitos casos graves na área de saúde mental, de negligências, violências e condições de pobreza e pouca infraestrutura, que dificultam o trabalho integrado entre a UBS e os demais serviços do município, pois mesmo encaminhando as pessoas não vão. Segundo a ACS da região de Cláudio, “os projetos que têm com o NASF não envolvem adolescentes” e a coordenadora do Centro Esportivo sempre cobra uma ação da saúde.

No Diagnóstico Social do Município os dados desta região (zona 33) estão incompletos, mas dentre os disponíveis temos que a região conta com 1 UBS, 2 escolas do ensino fundamental, 1 do ensino médio e 3 ONGS. Dentro do Plano Municipal da Assistência Social está prevista a implantação de 1 CRAS no ano de 2011 para a região.

Na área da saúde a taxa de mortalidade infantil e neonatal precoce de 1,99 e pré-natal insuficiente de 20,20%.

Quanto a educação, temos no ensino fundamental 12,34% de reprovação, 2,85% de abandono e 16,01 % de distorção de idade; no ensino médio 17,69% de reprovação, 6,46% de

abandono e 27,21% de distorção da idade, IDEB anos iniciais 5,79 e finais 4,20. Em relação às condições de vida, o único dado é o de mães adolescentes de 1,99%.

Relacionados aos vínculos são 5 casos de medidas socioeducativas, quanto aos atendimentos temos 39 pessoas atendidas pelo CRAS, 132 beneficiadas por transferência de renda (Bolsa Família ou PETI) e 28 pessoas atendidas por ONGS.

Já o bairro em que a família de Beto reside está ligado a uma área de ocupação mais recente em relação aos demais, oriunda de loteamentos urbanos de terrenos, com casas construídas ou adquiridas dos proprietários, a uma distancia aproximada de sete quilômetros do centro e com poucos serviços públicos próximos disponíveis. A região, composta pelas zonas 14, 21, 32 e 48 no DSM, ainda não é coberta pela equipe da UBS e também é classificada como uma das três piores do município.

Conta com uma população de aproximadamente 20 mil pessoas, com 1 UBS, 2 escolas do ensino fundamental e 2 do ensino médio, 1 Centro Integrado de Atividades Culturais e Artísticas - CIACA, 1 Centro Dia do Idoso e 1 Casa Lar, sendo a região com o maior número de ONGs: 7(sete).

Os dados da saúde apontam a taxa de mortalidade infantil de 11,14; mortalidade pós neonatal precoce de 8,36; mortalidade neonatal tardia de 2,39; baixo peso ao nascer 12,53%; pré-natal insuficiente 20,06%; infecção respiratória aguda de 36,36 e doença diarreica de 20,00; morte por causa circulatória 159,35 (por mil).

Na educação temos o acesso à creche de 33,21% e na pré-escola de 58,41%; no ensino fundamental 13,79% de reprovação, 1,36% de abandono e 17,42 % de distorção de idade; no ensino médio 23,05% de reprovação, 0,98% de abandono e 33,59% de distorção da idade, IDEB anos iniciais 5,39 e finais 3,43 pontos.

Quanto as condições de vida, a região apresenta 15,53% das famílias com renda até 1 salário mínimo, 15,17% de domicílios sem saneamento básico; 21,97% dos responsáveis com baixa escolaridade (menos de 4 anos); 11,14% de mães adolescentes e 39,76 por mil de curetagem por aborto.

Em relação aos vínculos temos os seguintes dados: agressão a mulheres 15,68; crianças 51,76 e idosos 115,42 (por dez mil); 1 caso de homicídio; 4 casos de morte juvenil masculina; 15 crianças e adolescentes abrigados e 34 em medidas socioeducativas.

Os atendimentos sociais são computados, a cada mil pessoas, no CRAS 18,29 e no CREAS 1,91; Transferência de Renda 62,29 e Atendimento pelas ONGs 48,79;

Observamos nesta região maior número de organizações não governamentais, tanto voltadas ao atendimento de crianças e adolescentes como aos idosos. No entanto, os dados apresentam um número significativo de internamentos ligados a agressões contra esta população mais fragilizada, demonstrando uma desvinculação entre a assistência e a prevenção de violências. Vemos que Beto também vive em uma área de relativa vulnerabilidade, descoberta pelo PSF e onde não existe um CRAS, ou seja, o órgão está em outra região mais distante o que dificulta o acesso e acompanhamento.

Finalmente, a região em que Abel tem domicílio (Zonas 15, 18, 26, 35 e 36) é uma área composta por vários conjuntos habitacionais mais antigos, entre os quais o bairro em que ele mora e loteamentos mais recentes, como se repete em várias regiões da cidade em que depois de muitos anos o espaço vazio, reservado à especulação é loteado. Está a uma distância de quase 8 km do centro da cidade e na avaliação do DSM é considerada “Baixa”.

A região com uma população de, aproximadamente 31 mil pessoas, possui 3 UBS, 3 escolas do ensino fundamental e 3 do ensino médio, 1 CRAS e 3 ONGs (2 na atenção básica e 1 CT).

Os dados da saúde apontam a taxa de mortalidade infantil de 13,82; mortalidade neonatal precoce de 4,61; mortalidade neonatal tardia de 2,30; pós neonatal 6,91; baixo peso ao nascer 8,76%; pré-natal insuficiente 24,42%; infecção respiratória aguda de 34,92 e doença diarreica de 16,60; morte por causa circulatória 130,72 (por mil).

Na educação temos o acesso à creche de 15,15% e na pré-escola de 28,09%; no ensino fundamental 12,47% de reprovação, 0,65% de abandono e 17,23 % de distorção de idade; no ensino médio 24,00% de reprovação, 4,24% de abandono e 27,15% de distorção da idade, IDEB anos iniciais 5,63 e finais 3,94 pontos.

Quanto as condições de vida, a região apresenta 17,11% das famílias com renda até 1 salário mínimo, 62,09% de domicílios sem saneamento básico; 20,68% dos responsáveis com baixa escolaridade (menos de 4 anos); 0,72 de adolescentes chefe de família, 13,82% de mães adolescentes e 25,04 por mil de curetagem por aborto.

Em relação aos vínculos temos os seguintes dados: agressão a mulheres 23,69; crianças 32,59 e idosos 85,63 (por dez mil); 3 casos de homicídio; 6 casos de morte juvenil masculina; 19 crianças e adolescentes abrigados e 64 em medidas socioeducativas.

Os atendimentos sociais são computados, a cada mil pessoas, no CRAS 12,87 e no CREAS 1,20; Transferência de Renda 67,17 e Atendimento pelas ONGs 20,85;

Proporcionalmente ao número de habitantes, a região conta com bom número de instituições públicas, entretanto ao vermos os dados relativos às agressões (vínculos) esta região tem pequena diferença comparada ao local em que Douglas reside, embora não seja vista na cidade como área de vulnerabilidade, ou seja, esta atribuição nem sempre corresponde aos dados da realidade, trazendo muitas vezes o preconceito ou estigma fundado na forma de ocupação do bairro.

Segundo Goffman (2004), o estigma refere-se a um atributo depreciativo, a partir do qual se (des)classifica e se discrimina um indivíduo, constituindo uma discrepância específica entre a identidade social virtual, estereotipada, e a identidade social real. Muitas vezes, sem pensar, reproduzimos os estigmas e contribuimos para reduzir as suas expectativas e chances na vida, ou seja, “os padrões que ele incorporou da sociedade maior tornam-no intimamente suscetível ao que os outros veem como seu defeito, levando-o inevitavelmente, mesmo que em alguns poucos momentos, a concordar que, na verdade, ele ficou abaixo do que realmente deveria ser”. A vergonha se torna uma possibilidade central (...) (GOFFMAN, 2004, p.10)

Baseado no mesmo autor, em estudo realizado sobre o estigma em um bairro do município de Teresina, Eugênio (2009), diz que:

Sociologicamente, o estigma é uma categorização de atributos considerados comuns e naturais, construído pela sociedade para rotular um indivíduo, ou grupos de indivíduos, como um ser inabilitado para a aceitação social plena - uma espécie de “identidade social” ou marca identitária. “Um estigma é, então, na realidade, um tipo especial de relação entre atributo e estereotipo” (GOFFMAN, 1988, p.13).

O autor traz em sua obra relatos de indivíduos sobre este tipo de vivência, incluindo a experiência em atendimento em serviços públicos. No estudo de Araújo (2005), em bairro de Maringá, embora a autora trabalhe com o conceito de “segregação”, são encontrados dados semelhantes, ou seja, pessoas que se sentem prejudicadas por residirem em determinado local.

As características sociais dos bairros/região em que vivem os sujeitos pesquisados, associados aos dados de escolaridade e trabalho nos indicam que os mesmos vivem em um contexto socialmente desfavorável, um dado importante para as ações de prevenção. As influências sobre as condições socioeconômicas e o modo de vida das pessoas, incluindo o uso problemático de drogas, é um tema abordado por vários autores, bem como faz parte das orientações e pressupostos das diversas políticas sociais. No artigo Razões para o não-uso de drogas Sanchez et al, mencionam que, “segundo de Micheli & Formigoni, a baixa condição socioeconômica é importante fator de risco ao uso de drogas” (Sanchez et al, 2005, p.601). Em “A Ética da Prevenção”, Bucherd (2007) enfatiza a importância da compreensão do contexto sociocultural e vincula o modelo de prevenção aos valores e postura político ideológica, nem sempre transparentes:

Para que a prevenção seja vinculada a uma ética não perversa, mas verídica, isto é, baseada em informações enunciadas com clareza e com conteúdos de veracidade, visando objetivos transparentes, precisa-se de uma série de pressupostos no que tange ao conhecimento da realidade na qual pretende-se intervir (...) levar em conta o contexto sociocultural (Bucherd, 2007, p.117).

Diante dos estudos de diversos autores e da discussão dentro da saúde pública, quanto aos determinantes sociais de saúde, podemos dizer que qualquer política ou programa público de prevenção que desconsidere o contexto social carece de seriedade ou eficiência. Conforme nosso levantamento, há diversas fontes de dados não só estatísticos, mas de observação dos próprios profissionais para a compreensão da realidade social de cada território.

O Diagnóstico Social do Município não contempla os dados relativos aos equipamentos públicos da área de esporte, lazer e cultura, espaços importantes para a convivência familiar e comunitária e políticas estratégicas especialmente para se trabalhar com crianças e adolescentes. Entendemos que tais dados deveriam ser agregados ao diagnóstico do território, pois frente ao exposto sobre as condições dos lugares onde residem os pesquisados, seria importante pensar, em termos de política pública de prevenção e promoção da saúde, o planejamento intersetorial a partir de todos os dados possíveis e da análise crítica dos diversos locais ou região do município, que incluem recursos, serviços, a compreensão da cultura local e o significado do espaço dentro do contexto maior.

Como nos aponta Milton Santos (2005), “o espaço construído e a distribuição da população, por exemplo, não têm papel neutro na vida e na evolução das formações econômicas e sociais” (SANTOS, 2005, p.33). O autor destaca a importância da compreensão

das formas espaciais como uma expressão dos modos de produção, que se tornam concretos em uma base territorial, historicamente determinada. O espaço é a matéria trabalhada por excelência. Nenhum dos objetos sociais tem uma tamanha imposição sobre o homem, nenhum está tão presente no cotidiano dos indivíduos. A casa, o lugar de trabalho, os pontos de encontro, os caminhos que unem esses pontos são igualmente elementos passivos que condicionam a atividade dos homens e comandam a prática social. A *práxis*, ingrediente fundamental da transformação da natureza humana, é um dado socioeconômico, mas é também tributária dos imperativos espaciais.

Segundo o autor, é no lugar que ocorre o cotidiano, onde há cooperação e conflito, base da vida em comum. Mas “com a modernização contemporânea, todos os lugares se mundializam” (Santos, 2008, p.322), o modo de produção tecnológico utiliza-se da ideologia do consumo para a sua penetração e o espaço sofre os efeitos deste processo, “a cidade torna-se estranha à região, a própria região fica alienada, já que não produz mais para servir às necessidades reais daqueles que a habitam (Santos, 2004, p.29).

Conforme Rimbaud (1973, apud Santos 2008), a cidade transforma tudo, inclusive a matéria inerte, em elementos de cultura, que é a forma de comunicação do indivíduo e do grupo com o universo, uma herança, mas também um reaprendizado das relações profundas entre o homem e o seu meio.

Arriscamo-nos a pensar, neste sentido, na transformação da droga e seu uso como elemento de uma cultura local e transnacional, uma vez que seu comércio é internacional. Entendemos que o exercício para a compreensão desta inter-relação entre o local e o global, ao mesmo tempo que nos reforça a complexidade do tema, contribui para o seu desvelamento e superação dos estigmas e preconceitos associados aos usuários de drogas.

5.1.1 Contexto Familiar dos Sujeitos

Compreendemos a família como uma instituição dinâmica e ligada ao processo histórico e socioeconômico cultural de cada país e lugar. Para Mickle, a família “é a instância social onde encontram-se o passado, o presente e o futuro, e onde passa o bem estar das pessoas e da sociedade em geral” (Unicef, 2000, p.11). Ou seja, na história familiar está presente a história das pessoas e da sociedade e vice-versa. Um fato ou evento, a história de cada um está ligada a uma história coletiva e é dentro desta perspectiva que ela deve ser vista. Para a

grande maioria das pessoas, a família é o primeiro espaço de socialização e aprendizagem, o suporte para a vida, a sobrevivência e o desenvolvimento.

Para muitos, incluindo as instituições religiosas, a família é “*a base de tudo*”, título de um livro da Unicef sobre o tema. Desta forma, muito se atribui e se espera da família, sem, entretanto contextualizá-la e compreendê-la dentro das diversas relações e sistema social, sendo comum a associação empírica e simplista entre o “uso de drogas e desestruturação familiar”. Na obra citada, Ferrari e Kaloustian (2000) entendem que a família, independentemente do seu arranjo ou estrutura “é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência, de desenvolvimento e da proteção integral dos filhos (...) atribuindo-lhe um papel decisivo na educação formal e informal”, mas também apontam que

A família, enquanto forma específica de agregação, tem uma dinâmica de vida própria, afetada pelo processo de desenvolvimento socioeconômico e pelo impacto da ação do Estado através de suas políticas econômicas e sociais.

Faz-se necessário um contínuo acompanhamento do processo de mudanças que as afetam, bem como o desenvolvimento de perspectivas e abordagens teóricas que possibilitem o seu entendimento, cobrindo não somente os aspectos relacionados ao mundo intra familiar. (FERRARI E KALOUSTIAN, 2000, p.12).

Neder (2000), a partir de uma retrospectiva histórica da organização familiar no Brasil, chama a atenção para o respeito às diferenças étnico culturais presentes na sociedade e a valorização dos “núcleos familiares enquanto *locus* de construção da identidade”, sem preconceitos ou conotação moralista (NEDER, 2000, p.44).

Analisando as relações entre a família e o uso de drogas, Buchele e Cruz (2010) abordam sobre o papel da família enquanto mediadora entre o indivíduo e a sociedade e que “A família e a influência cultural, são fatores importantes na determinação do padrão do uso e consumo do álcool e outras drogas”. (BUCHELE & CRUZ, 2010, p.117).

Dos quatro sujeitos, dois deles, Beto e Cláudio, vivem com a família composta por pai, mãe e irmão; Abel mora com a mãe, padrasto e irmão e Douglas residiu com pai, mãe e irmãos até os 10 anos, depois morou com a avó e por último com uma companheira.

Na história das famílias, em três casos não há registro de antecedente familiar com dependência química. No caso de Douglas, o pai é usuário de drogas (dependente) e os pais de Beto fazem uso social de drogas lícitas. Quanto aos irmãos, é mencionado que Beto iniciou

o uso por influência do irmão mais velho e que o irmão de Douglas começou a fazer uso de maconha posteriormente.

O histórico de antecedentes familiares é um dado importante para a prevenção de problemas de saúde e não apenas à dependência química, pois diversos estudos apontam que a influência de fatores genéticos, associada a comportamentos de risco, predispõe cada grupo familiar a determinados tipos de doenças como diabetes, problemas coronários, câncer, etc.

Entendemos que este tipo de informação deveria fazer parte do prontuário dos serviços de saúde, como estratégia para a prevenção, bem como o genograma²⁰ familiar em relação à dependência química.

A composição familiar encontrada está um pouco acima do que apresenta o IBGE, ou seja, o tipo de família predominante no Brasil é a do casal morando com filhos e/ou parentes com 35,6%, sendo no Paraná 33% (IBGE, 2006). Tal achado contraria o estudo de Alves e Kossobudzky (2002) com jovens internados por álcool e drogas de abuso em Curitiba – PR, cuja “maioria dos jovens eram filhos de pais separados, falecidos ou desconhecidos, mas em 35,2% dos casos eles veem de famílias cujos pais são casados. (ALVES E KOSSOBUDZKY, 2002, p.9)

É importante observarmos que não houve caso de família monoparental, predominando casais de primeira união na maioria (3). No caso de Douglas, ele foi morar com a avó aos 10 anos no mesmo bairro, ficando, portanto próximo e mantendo o vínculo com a família nuclear. Segundo a mãe, “ele obedecia mais a avó” e considerando o fato do pai ser usuário, tal ação pode ser vista como uma medida de proteção naquele momento.

Outro dado importante dentro do contexto social e familiar é o referente a escolaridade. A maioria dos sujeitos (3) tem o primeiro grau incompleto, Abel 6^a. Série; Cláudio 7^a. Série, Douglas 1^a. série e Beto, internado em Comunidade Terapêutica, cursa o primeiro ano do segundo grau.

Em relação à permanência na Escola, Abel teve maior rotatividade em função dos problemas de comportamento apresentados na instituição, sendo expulso de uma delas. Beto e Cláudio se mantiveram na mesma escola. Douglas abandonou os estudos após quatro

²⁰Seg. Correia e Martins (2009), “O Genograma consiste em uma técnica que visa representar de forma gráfica o desenho familiar, é através deste instrumento que podemos obter uma visão geral da estrutura familiar, as interações existentes entre os membros, laços afetivos positivos e negativos, bem como padrões de comportamento que se repetem entre as gerações, também identificando os processos biológicos, sociais, emocionais e culturais do indivíduo” (p.1)

reprovações. Nos demais casos, aparece a defasagem escolar. Vários estudos, entre os quais diversos Levantamentos Nacionais disponíveis no *site* do Cebrid, apontam que o uso de drogas dobra a probabilidade de atraso e evasão escolar entre os alunos do ensino público fundamental e médio. Conforme os dados do DSM, a defasagem escolar no ensino fundamental variou de 14,60 % a 17, 69% nas regiões estudadas, destacando-se que a região com menor índice é o bairro de Douglas, um dado interessante por ser uma área considerada de maior vulnerabilidade. No ensino médio, porém é a que apresenta maior índice de defasagem e abandono (45,06% e 26,48%). Tais dados podem estar associados a diversos fatores como uma melhor qualidade do ensino fundamental no município, maior autoridade dos pais na faixa etária menor e a carência econômica que leva crianças e adolescentes a ajudarem no sustento de casa, como ocorreu com Douglas aos 10 anos de idade. Na apresentação do DSM a evasão escolar no ensino médio foi considerada um dos maiores problemas do município, o que deve servir de alerta para maior atenção aos alunos nesta situação de risco. Segundo Santos (1987), o aumento da população infantil “prestando serviços ou vendendo mercadorias, não decorre necessariamente, nem principalmente, da política educacional, mas da política salarial” (Santos,1987, p.57). Neste sentido, o Programa Bolsa Família, estabelece a condicionalidade da frequência escolar, o qual a família só teve acesso anos mais tarde (em 2008).

Quanto a ocupação, todos os sujeitos não trabalhavam no momento da pesquisa, porém devemos considerar que dois são menores de idade (17 anos), um estava com seguro-desemprego e o outro trabalhou em atividades informais desde criança, o que associado a seu baixo nível de escolaridade e transtorno mental, o coloca em condição peculiar. Em relação às atividades de preparação para o trabalho, somente Abel beneficiou-se do programa do governo Adolescente Aprendiz. Beto foi inserido em curso de Olericultura durante o tratamento na CT. Segundo Rocha, no Brasil a associação entre o nível de escolaridade e renda é maior do que em outros países (...) “cada ano adicional de escolaridade resulta em aumento de renda variando entre 10 e 19 %, dependendo do nível de escolaridade alcançado”.

O consenso de que a redução da pobreza e da desigualdade passa necessariamente pela democratização do ensino de qualidade, capaz de instrumentalizar os jovens para o mercado de trabalho, justifica a ênfase na melhoria do nível de escolaridade como objetivo prioritário de política pública. (...) o desafio consiste em fazer com que a escola recupere o seu papel fundamental de mecanismo de mobilidade social, o que depende do provimento de ensino público de qualidade (Rocha, 2006, p.185).

As inseguranças diante da realidade e próprias da fase da adolescência, associados às precárias condições de ensino, cujo modelo hegemônico reproduz as relações de dominação, trazem pouca esperança e, de certa forma, um conhecimento alienado das questões sociais, de forma que, segundo Marshall “o efeito do trabalho de um indivíduo sobre o bem-estar da sociedade total é tão pequeno que ele dificilmente acreditará que possa causar algum mal pelo não cumprimento do referido dever” (1967, MARSHALL, T.H., p.109).

Lima e Paula (2004), também apontam que, se trabalho e criminalidade são eixos de socialização na formação dos jovens pobres, os trabalhadores encontram dificuldades em formá-los de acordo com os seus valores e padrões devido à impossibilidade estruturalmente dada pela pauperização de exercer plenamente a função de provedor (LIMA & PAULA, 2004, p.98), o que pode ser verificado no caso de Douglas.

5.1.2 Vínculos e Situações de Agressão

A associação entre o uso de drogas e situações de violência, em diversos estudos e principalmente em matérias veiculadas pelos meios de comunicação, tem criado de forma tendenciosa uma conexão entre os dois fenômenos. Para diversos autores, entre os quais Reghelin, a publicidade aos casos de violência contribuem para que ocorra demanda de papéis vinculados aos estereótipos. A mesma aponta o papel fundamental da mídia na questão da estigmatização do usuário de drogas devido a conteúdos preconceituosos em relação ao consumidor de drogas e argumenta que, embora usuário de drogas e dependentes químicos existam em todas as camadas sociais, *o “viciado” (sic), visto como criminoso em potencial, é sempre o mais pobre* (REGHELIN 2002, p.45), não sendo considerado outros atributos e o pior, empregando termos pejorativos (bestas, “feras”, “animais”) ao mais simples dependente químico.

Conforme vimos, cooperação e agressividade fazem parte do cotidiano das relações familiares e sociais e de suas contradições (em maior ou menor medida) e esta compreensão é um fator importante para a intervenção e a transformação da realidade.

Em nosso estudo, quanto as relações familiares e sociais, temos os relatos de agressividade de Abel no ambiente familiar e escolar e o ciúmes do irmão mais novo. Sua mãe é dona de casa e seu padrasto é operário em uma empresa. No ambiente familiar de Beto há registro de traição conjugal. Sua mãe é dona de casa e seu pai pedreiro, sendo que, na avaliação da assistente social da CT, há uma relação de codependência familiar. Embora não

tenhamos levantado seus registros mais antigos na escola e na UBS, parece-nos que Beto não apresentou problemas graves de comportamento, não há registro no CTM ou Promotoria, o que deve nos servir de exemplo para não se generalizar quanto as consequências e possível relação entre uso de droga e violência. No caso de Cláudio, há registro de agressão contra a avó no dia em que foi internado. As dificuldades de relacionamento familiar estão associadas ao uso de drogas e não aceitação de tratamento, conforme anotação no prontuário do CAPS AD. Quanto a Douglas, há relatos de que apanhou do pai por acusação de furto, ameaças de vizinhos, agressão de colegas por causa de dívidas, bem como comportamento agressivo do mesmo ligado ao seu transtorno mental. A mãe queixa-se de agressividade do pai quando está em abstinência e, numa ocasião, ela fez queixa na Delegacia da Mulher, mas não há registro de agressão ao filho. De acordo com os registros do CRAS, entretanto, estas situações não aparecem com tanta frequência e a mãe ressalta o fato do marido ser trabalhador e nunca deixar faltar as coisas em casa. Diante disto não podemos fazer uma associação simplista de uso de drogas e violência, o que reforça a importância de se conhecer o contexto sociofamiliar. Neste caso, segundo a assistente social que acompanha a família, a mãe *via com naturalidade o uso de drogas* e certa ocasião queixara do pai não dar droga ao filho. Disse que, no início, ela era bastante submissa, não trabalhava fora, mas com o acompanhamento social e psicológico desenvolveu-se, começou a trabalhar e participar da pastoral.

Os dois sujeitos, em que há maior ocorrência de agressividade ou violência, estão relacionados ao comprometimento neurológico e psíquico ou suspeita no caso de Abel. Há o entendimento de que o período da adolescência é marcado por fortes transformações físicas, sociais e emocionais, sendo uma fase propícia ao surgimento de transtornos psiquiátricos e o uso de drogas. Para Bessa (2004), já “há evidências científicas suficientes que demonstram características comportamentais e problemas psiquiátricos que predisõem os jovens a um alto risco de desenvolverem problemas relacionados ao uso de substâncias” (BESSA, 2004, p.148), fato que se confirmou em nossa pesquisa. Sobre o uso de drogas e comorbidade, o autor defende uma discussão mais ampla com a sociedade, de como esta quer se relacionar com as drogas e que papel quer delegar à nossa infância e à nossa juventude (Bessa, 2004, p.124-149). Segundo Kaminer e Szobot, entre adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas “apenas um em cada cinco pacientes não apresenta comorbidade

psiquiátrica” (KAMINER E SZOBOT, 2004, p.177), dado que deve ser sempre considerado, tendo em vista o aumento de doenças mentais na atual sociedade.

Neste sentido, destacamos a importância de uma visão e o trabalho de uma equipe interdisciplinar na abordagem sobre o tema, afim de se garantir um conhecimento o mais próximo possível da realidade, buscando-se a totalidade e a atenção integral.

5.2 Uso de drogas, Trajetória e Ação Institucional

Considerando nossos objetivos relacionados a identificação das ações institucionais, a partir do internamento e de um roteiro preestabelecido, construímos a trajetória institucional de cada sujeito, nos serviços de saúde, educação, assistência social e inclusive justiça, até o internamento que é o nosso evento sentinela.

Com base nesta trajetória, fazemos nossas considerações iniciais sobre o tempo entre a descoberta do uso e a busca de ajuda, considerando-se os contextos sociais dos sujeitos, as ações e o papel de cada instituição neste processo.

Entre o início do uso de SPA ou aparecimento de problemas e as primeiras providências temos no caso de Abel o surgimento de problemas de comportamento, agressividade e isolamento entre 12 e 13 anos e diversos registros de ocorrências e pedido de providências da Escola *logo no início*. Igualmente no caso de Douglas, foi detectado *logo no começo* o uso de thinner pela própria mãe e devido à situação de vulnerabilidade e acompanhamento familiar, esta buscou ajuda no serviço de Assistência Social do município. Cláudio, com menor tempo de uso de droga, demorou pelo menos *um ano* entre o início do uso e a busca de ajuda por parte da família junto ao CAPS AD, com ocorrências de menor gravidade (ausência) na escola e agressividade em casa. Beto, cujo tempo de uso era de *oito anos*, levou todo este tempo para o primeiro tratamento/internamento. Devemos considerar neste caso a avaliação de co dependência familiar como um dos motivos de maior tempo para a busca de tratamento.

A mãe foi a que mais buscou por tratamento, cujo papel de cuidado ainda prevalece culturalmente. As autorizações para o internamento nos dois casos de menores foram feitas pela mãe. Abel mora com o padrasto e Douglas tem o pai dependente químico e ambos não se envolveram com a questão. Beto e Cláudio residem com o pai e este aparece na trajetória buscando documentos para a internação, ou seja, há participação do casal no tratamento. Os

dados confirmam os estudos de Alves e Kossobudzky (2002) que apontam *os pais como 66,9% dos responsáveis pelo internamento de adolescentes em Curitiba.*

De forma geral, a maioria das famílias (3) detectou e procurou um tratamento, em tempo inferior que 3 anos, contrariando os dados que apontam um intervalo de cinco anos entre a detecção do problema e a primeira intervenção (Brasil, 2004). Podemos elencar alguns motivos para este período mais curto, tais como o acesso e vínculo da mãe de Douglas ao serviço de Assistência Social, o que facilitou a busca de ajuda; as mudanças de comportamento e agressividade de Abel e Cláudio relacionadas ao uso e abstinência da droga, que levaram à tomada de providências da escola e família respectivamente, pois a cocaína e principalmente o crack, pode desenvolver rapidamente o efeito de dependência severa, em poucos meses ou mesmo em algumas semanas (Nicastri, S. p.25 in Senad, 2010).

A família foi a principal instituição onde se levantou o problema e em um dos casos a escola, o que reforça a importância da família como foco das políticas públicas. A porta de entrada por busca de ajuda deu-se de forma diferente e nas diversas instituições: Escola, UBS, CAPS AD, CRAS e CT, demonstrando que todos os serviços devem estar preparados para o atendimento inicial e que não há até o momento um dos serviços como referência.

5.2.1 Trajetória e Ação nos Serviços de Saúde

Ao expormos a trajetória de cada um nas diferentes instituições, reportamo-nos antes a um trecho do discurso oficial, que leva a compreender a individualidade dentro do contexto coletivo:

Se nas práticas de saúde nosso compromisso ético é o da defesa da vida, temos de nos colocar na condição de acolhimento, em que cada vida se expressará de uma maneira singular, mas também em que cada vida é expressão da história de muitas vidas, de um coletivo. Não podemos nos afastar deste intrincado ponto onde as vidas, em seu processo de expansão, muitas vezes sucumbem ao aprisionamento, perdem-se de seu movimento de abertura e precisam, para desviar do rumo muitas vezes visto como inexorável no uso de drogas, de novos agenciamentos e outras construções. (Brasil, 2004, p.)

5.2.1.1 Nas UBS

As quatro Unidades Básicas de Saúde visitadas têm boa estrutura física, com ampla recepção, salas de atendimento e sala do PSF, a nosso ver, um pouco pequena para o trabalho em grupo. A primeira e a terceira foram reformadas há pouco tempo e a quarta está no final da reforma de ampliação do espaço físico. Os prontuários são eletrônicos desde 2008/2009.

Nos prontuários encontramos registro relativo ao uso de droga, ou pedido de exames que levam à suspeita como no caso de Cláudio. Ele, Abel Douglas são conhecidos da Agente Comunitária de Saúde (ACS) responsável pela região em que residem, suas casas são visitadas, porém em nenhum caso houve uma intervenção orientada pelo PSF. Conforme preconizado, a UBS é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde e onde todos deveriam ser atendidos ainda na fase pré-natal. Assim vimos que, à exceção de Beto, cujo prontuário inicial não foi localizado na UBS do bairro que morou anteriormente, os demais pesquisados possuem registros de atendimentos, desde a infância (4 meses), das vacinas e intercorrências, mais frequentes na idade infantil. Chamou-nos também a atenção, diversos atendimentos por motivo de ferimentos, ocasiões em que os usuários poderiam ser abordados quanto ao uso e risco de drogas.

Na UBS, está registrado no prontuário de **Abel**, em 2006, a queixa da mãe sobre o comportamento do filho, o seu encaminhamento à avaliação psicodiagnóstica, a desistência do tratamento (a mãe declara à promotoria que ele recusou-se alegando que “não é louco” para ir ao psicólogo) e a orientação à mãe para participar do Grupo de Orientação aos Pais (no processo da Vara da Infância e Juventude consta que a mãe participou do Grupo de Orientação a Pais, por um ano e meio). Não levantamos se a psicóloga tem um registro específico deste grupo, o que é provável, mas em relação ao problema, “acabou” quando Abel deixou de ir à UBS, sua história como usuário de droga é subnotificada. Devemos lembrar que a resistência ao tratamento é comum entre os sujeitos, principalmente masculinos e na área de saúde mental. Em 2007 e 2009 ele tem consulta por mal estar e retirada de pontos, sem registro de abordagem e em 2010 e 2011 vai à UBS com pedido de exames para tratamento de uso de drogas. Não há registro de seu encaminhamento e tratamento no CAPS AD, conforme levantado no relatório da Promotoria e Vara da Infância e Juventude (A UBS, oficiada em 2007 pelo Ministério Público, declarou que o mesmo havia desistido e naquele momento não havia vaga). Segundo a enfermeira da área, pela primeira vez recebeu a contra-referência de internamento do Hospital Municipal e embora o domicílio seja coberto pelo Programa Saúde da Família, não houve busca ativa.

Abel é conhecido da agente comunitária de saúde desde criança, pois brincava com o filho dela. Relata que conversa com ele, “*mas não sobre isto*” (sic). Há 3 anos soube de seu envolvimento com drogas por comentários dos vizinhos e da própria mãe, de que ficou internado 15 dias em uma Comunidade Terapêutica e depois no Hospital Psiquiátrico. Sabe

que a mãe recebe ajuda de um grupo de apoio de igreja. Diz que conversa com a mãe sobre o assunto, mas como amiga, que tem muita pena dele. Relata que é difícil falar sobre isto e também não há o que oferecer. Não houve discussão sobre o caso de Abel. Sobre o trabalho de prevenção, conta que o convidou para o Grupo de Adolescentes, “*mas que nem todos gostam*”. “*Havia o futebol que eles gostavam, mas acabou*”. Relata não se lembrar de ter feito um treinamento específico na área de dependência química, porém no mês de junho teve início um Grupo de Capacitação em Saúde Mental pelo NASF. Sobre as ações intersetoriais: Às vezes a equipe da UBS vai à escola dar palestra. As ACS ajudam a organizar. Quanto ao tratamento, sabe do CAPS AD e de outras CTs, que não lembra o nome. A profissional relata ainda que sabe de mais um caso em outra área, diz que a região com maior número de problemas está descoberta e que, com as obras do viaduto ali perto, embaixo do local e um terreno vazio viraram pontos de consumo.

Quanto a **Beto**, não foi possível levantar mais dados na UBS, pois além da mudança de endereço, em 2009 houve a informatização dos registros e seu prontuário antigo não foi localizado pela UBS. Consta apenas uma consulta por ferimento na perna, em 2010 e o pedido de exames para internamento em Comunidade Terapêutica, no ano de 2011, sendo que nos registros da mesma consta como primeiro tratamento o internamento. O mesmo não é conhecido na unidade de saúde, além de residir em uma área descoberta. De acordo com a enfermeira entrevistada:

Normalmente o usuário de drogas não vem à UBS. O que eles trazem é pedido de exames, às vezes querem o encaminhamento do médico, mas a gente (UBS) não encaminha para a CT, encaminhamos para o CAPS AD e o HMM. O fluxo é mandar para o HMM para desintoxicação e de lá ser encaminhado ao CAPS AD. (Enfermeira)

Referindo-se às exigências das CTs para o internamento, opina que *estes pedidos até dificultam o tratamento, pois às vezes tem um lista de enxoval que muitos não podem comprar (...) geralmente o pai vem com toda uma papelada da instituição, uma igreja, CT., com uma certa urgência e a gente faz para ajudar o usuário.(sic)*

Sobre a capacitação na área, diz que, *a fundo, assim, não. Às vezes têm as discussões na secretaria de saúde*. Relatou que há pouco tempo houve uma reunião no auditório Hélio Moreira sobre a Violência e a orientação de que cada UBS deve atuar junto com a escola (referindo-se a ação intersetorial).

No caso de **Cláudio**, não havia dados específicos sobre a questão no prontuário da UBS. Havia registros desde os quatro meses de idades com vários episódios até os 11 anos como febre, tosse, dor de garganta e 2 acidentes por queda. Aos 14, atendimento por causa de um ferimento na boca e aos 17, em 2011, o registro dos exames solicitados por ocasião do seu internamento no HM que, segundo a diretora *sugerem* problemas no fígado, uso de álcool. Não há, portanto, registro de uso de droga em seu prontuário, nem do seu tratamento no CAPS AD ou contra-referência quanto a seu internamento.

O domicílio é coberto pelo Programa Saúde da Família, a ACS relata que fazia visita domiciliar para acompanhar o irmãozinho dele e que soube, por conversa do pai na rua, que o mesmo estava internado por problema de drogas, bem como, o viu em local de uso. Entretanto, assim como no caso de Abel, ela tem dificuldade em falar sobre o assunto e isto não é levado para discussão da equipe.

a gente percebe, ouvi o pai comentando (na rua) que ele estava internado, mas não dava prá conversar com ele, assim, em público. A família não é usuária da UBS, a empresa em que o pai trabalha possui plano de saúde. Depois que ele começou a se envolver, através de uns colegas, quando me vê desvia, não olha nos olhos, parece que tem vergonha. Já o vi chegando próximos dos lugares de uso.(ACS)

Relata que fez VD, perguntou se estava tudo bem e o pai disse que sim. *Então fica difícil entrar no assunto*. Sabe que ele ficou 28 dias no HP, mas comenta que “*depois não tem aonde ir*”. Conforme a mesma, não há um trabalho do NASF voltado para os adolescentes e a coordenadora do Centro Esportivo²¹ pediu ajuda da equipe UBS/NASF para o desenvolvimento de atividades e palestras com os jovens: “*a coordenadora do Centro esportivo sempre cobra uma ação, palestra, ocupação para os jovens. Parece que o pessoal foi conversar com ela. Os projetos que têm com o NASF não envolvem adolescentes*”.

Em relação a treinamento e capacitação, a ACS participou de uma palestra com a psiquiatra do CAPS AD. Na área de prevenção, cita um grupo de apoio e menciona um trabalho com as irmãs da igreja católica, que é realizado com jovens em Iguatemi e que sua filha participa. Sabe que tem este projeto também em uma escola do distrito. Quanto ao tratamento, cita o CISAM, CAPS, HMM e HP e em relação as ações intersetoriais diz que não se lembra.

²¹ Em reunião do Comad houve denúncia que locais próximos a alguns Centro Esportivos e escolas têm sido usados para o consumo. Em resposta a ofício a Secretaria de Esportes negou tal fato e informou que em situações deste tipo são feitas abordagens pelos vigias e encaminhados os jovens para as atividades

A profissional também fala de seu medo em lidar com a questão das drogas: “ *O meu medo é que ele está se envolvendo com pessoas mais perigosas. Se ele ficar devendo, pode passar um endereço de alguém que conhece. Tenho dois filhos pequenos*”, demonstrando sentir que pode ser arriscado relacionar-se com um usuário. Ao final desabafa, “*somos muito cobradas*” (não temos apoio, demonstrou).

Enquanto aguardávamos a ACS para a entrevista, conversamos com a psicóloga da UBS, pois sabíamos que a mesma tinha pós-graduação na área de dependência química. A mesma relatou-nos que no território da unidade “*é alta a vulnerabilidade social, muitos casos de violência, de situação extrema de pobreza, as pessoas não têm dinheiro para o transporte, não adianta o encaminhamento*”. Que a demanda na área de saúde mental é muito grande e inclusive fez um documento “*Solicitação de Apoio no trabalho em Saúde Mental na Unidade de Iguatemi*”, diante da gravidade da situação que encontrou na unidade e que a solução encontrada foi passá-la para 40 horas na UBS. Relatou que “*às vezes os casos mais graves não vêm até a UBS*”, citou a dificuldade de trabalhar com a população de usuários de SPA, mencionando a história de um adolescente em que a família veio buscar ajuda, foi marcada a consulta e por 3 vezes ele não compareceu. Teve um alcoolista que ela atendeu duas vezes e com outra família foram feitas várias tentativas, busca ativa e nada. Ressaltou que quando fez mestrado queria pesquisar justamente sobre a desistência do dependente, mas seu orientador questionou-lhe: “*Mas desistência do que, se não chegou a existir um vínculo? Talvez a questão é esta, como fazer o vínculo?*” E respondeu: “*tem que ter busca ativa. Trabalhei no CREAS e lá dava certo, porque o carro ia à casa buscar a pessoa*”.

Relatou que fazia o encaminhamento a um grupo de apoio, mas nem sabia se ainda era lá, que em seu trabalho acaba atendendo os casos mais graves “*que deveriam ser atendidos no CISAM, mas também não adianta encaminhar pois as pessoas já fizeram vínculo comigo e não tem como deixar de atender.*” Reforçou que provavelmente os casos mais graves ligados ao uso de álcool e drogas não chegam até a UBS. Quanto a capacitação, fez mestrado por conta própria e está apoiando o trabalho das ACS. “*Dá prá gente pensar alguma coisa nesta área*”, completou.

Neste caso, a família buscou ajuda no CAPS AD, seguindo o fluxo do SUS. Entretanto os pais tiveram dificuldades de participar do grupo de família devido ao trabalho e Cláudio reclama ao psicólogo sobre sua rotina ociosa.

Quanto a **Douglas**, seu prontuário na UBS foi aberto aos cinco anos de idade, com registros de baixo peso, condições precárias de higiene, cárie e vacinação. Em 2005, quando tinha 14 anos, há a anotação de um pedido de exame neurológico encaminhado pelo Conselho Tutelar, sem constar o resultado. Em 2008, aos 17 anos, observamos registro de uma visita domiciliar na qual consta o seu histórico pessoal e familiar e preocupação da mãe com o filho que *“vem usando cada vez mais drogas, “crack, maconha e agora espuma de colchão pingado na lata, e que ele, nesses momentos cai no chão sem respiração, quase em coma”* A profissional relacionou *“o fato do filho dela estar usando drogas devido à influência negativa do pai”* e não havia registro de outras informações ou providências. Em 2010 ele foi atendido por ferimentos e em 2011 havia registro de outra visita domiciliar feita pela psicóloga, que orientou a família sobre a importância de Douglas tomar os medicamentos e para que participem da Associação Maringaense de Saúde Mental. Consta que ele foi morar em outro bairro com a mãe de sua filha e que seu diagnóstico é CID F-19 (Transtorno mental e comportamental devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas) e F-29 (Psicose não-orgânica não especificada). No registro do hospital psiquiátrico aparecem os CID: F-19 e F19.2 (+ síndrome de abstinência) e F19-6 (+ síndrome amnésica).

Em entrevista a ACS relata que atua há 5 anos, lembra-se de Douglas e diz que ele não é de conversar muito. O que sabe é conversando com a família, a mãe, a avó e fala que as vezes em que foi internado foi por iniciativa da família. *“Quando a gente chega, já aconteceu porque ele está violento”*. Sobre o trabalho com os de droga comenta que *“você falando, não falando, não muda em nada a vida deles. Parece que eles gostam”*. Quanto a capacitação não se lembra de ter feito. Sobre os recursos de prevenção cita o CAPS e de tratamento o CAPS AD, que no ano anterior foi lá conhecer por meio da Educação Continuada. Em relação a intersetorialidade, já teve reunião com o Conselho Tutelar e o CAPS AD em outro caso de um menino de 14 anos, há alguns meses.

A enfermeira da área trabalha há 11 anos na UBS e no território, conforme relatou-nos muitos usuários pedem o internamento, às vezes conseguem, mas eles voltam e não tem trabalho. Sobre o pesquisado, o conhece, diz que o caso dele não é tão complicado quanto outros. Fala que o caso não foi discutido pela equipe. Que ele não aparece muito na UBS. *“Ele some, não dá sopa”*. Fala que a equipe não tem dificuldade de abordá-los, mas a questão social é muito complexa, há o preconceito de serem daquele local e usuários. E que inclusive já fez um vídeo sobre esta questão do bairro. Relata que *“eles não querem o CAPS AD, pois à*

noite voltam. Querem ficar longe". Que antes a Assistente Social corria atrás do internamento. *"Não acreditam no CAPS AD. Um dia não têm dinheiro para o ônibus (...) aí eles falam: para com isso, não adianta. Só se a gente não tivesse acesso nenhum e ficássemos 24 horas longe. Todos eles sabem do CAPS AD, mas querem o internamento"*. Relata que várias vezes fazem os exames preparatórios, mas desistem. Referindo-se ao contexto, diz que o próprio traficante fala da dificuldade de mudar de vida, pois é fácil ganhar dinheiro no tráfico. *"A menina pega uma trouxinha e vende por 10 reais"*.

Quanto a prevenção, relata que não há e que *"A gente começa a ter uma visão pessimista, é como um tsunami"*. *Precisaríamos ter uma coisa mais direta, mais efetiva... "precisaria um projeto social, uma ocupação para os jovens."*

Em relação ao tratamento cita o CAPS AD, a CT e as Clínicas que atendem pessoas com mais recursos. Lembra-se de um que se recuperou na sua área e de um de outra área, mas que se mudou daqui. Sobre o trabalho intersetorial já tiveram reunião com o CRAS, mas deu a entender que não houve continuidade.

Conforme os dados, todos os sujeitos passaram por atendimentos na Unidade Básica de Saúde de sua região, o que representa 100% de acesso à rede pública na amostra estudada. Para Travassos e Martins (2004), o termo *acesso*, em geral, está centrado *na entrada inicial dos serviços de saúde*", uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde. Alguns autores preferem o termo *acessibilidade*, qualidade do que é acessível. Atualmente há uma tendência de deslocamento para os *resultados dos cuidados recebidos*, sendo discutida a importância de distinguir acesso de uso, de continuidade e de efetividade dos cuidados prestados dos cuidados recebidos. Segundo as autoras, "A probabilidade do indivíduo adotar uma "ação de saúde" é influenciada por três componentes: (a) a propensão à ação; (b) a avaliação das vantagens e dos inconvenientes de adotar esta ação; e (c) os estímulos internos e externos para adotá-la." (TRAVASSOS & MARTINS, 2004 p.195)

Faz-se mister a observação deste diferencial para uma avaliação quanto a qualidade e efetividade dos serviços, uma vez que o atendimento implica em diversas formas e procedimentos, que podem ser adotados ou não. Na questão específica do uso de drogas, não há busca ativa ou continuidade e o acompanhamento das UBS/PSF em relação aos sujeitos pesquisados, os projetos voltados para os adolescentes sofrem descontinuidade, como o futebol, por exemplo. Somente no caso de Douglas foram registradas duas visitas domiciliares

e relato da situação familiar, porém sem intervenção a respeito do uso e a última com o foco voltado ao transtorno mental do mesmo. Na primeira visita, a profissional falou com a mãe sobre a influência negativa que o pai (dependente) exerce sobre Douglas. Na segunda visita, a família foi orientada sobre a importância de Douglas tomar corretamente os medicamentos, que a droga piora o problema “psicológico” dele e sobre a Associação Maringaense de Saúde Mental.

Entendemos que a ausência de tratamento e de abordagens adequadas quando Abel, aos 12 anos, começou a apresentar as primeiras mudanças ou distúrbios de comportamento e o abandono do tratamento no CAPS AD, provavelmente contribuíram para o agravamento de sua situação.

Abel e Douglas tiveram a solicitação de avaliação neurológica, porém não consta na UBS (e CRAS) o registro do resultado, diagnóstico ou problema específico, um fator importante a ser considerado na abordagem e tratamento dos sujeitos. Conforme vimos em Bessa, Kaminer e Szobot (2004), os problemas psiquiátricos indicam um risco mais alto ao uso de drogas e se a comorbidade não for contemplada piora o prognóstico do paciente. No caso de Douglas fica evidente que há sério comprometimento, pois o mesmo reprovou quatro vezes a primeira série, foi encaminhado para classe especial e acabou abandonando a escola. Infelizmente a atenção especializada tem sido um nó dentro da saúde pública no país e na área de saúde mental isto é ainda mais agravante com o aumento da incidência de diferentes transtornos, inclusive o uso de drogas.

No caso de Beto, nos chamou a atenção o não acesso a qualquer outro tipo de apoio ou tratamento anterior ao internamento, com os quais poderia ter sido evitado. Na busca por exames na UBS, ele foi apenas atendido em seu pedido, “ajudado” na fala da enfermeira, sem ser abordado para saber mais de sua história e das possibilidades de tratamento. Talvez em seu caso, o tratamento no CAPS AD fosse uma alternativa. Prevaleceu a cultura do internamento, com o serviço de saúde conivente a tal fato. Mas é importante registrarmos que a UBS a que pertence iniciou, no mês de junho de 2011, um grupo mensal de apoio para familiares de usuários de álcool e outras drogas, por meio do Núcleo de Apoio ao Programa Saúde da Família.

De forma geral, os dados nos apontam baixo nível de intervenção sobre o uso indevido de drogas nas UBS, o que pode ser uma negação, resistência ou a falta de capacitação e

implementação da política no âmbito municipal. Esta, certamente, não é uma situação isolada, na introdução da “Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, podemos dizer que há o reconhecimento desta ausência nos municípios:

Internamente à Saúde, ressalta-se a elaboração pregressa de políticas fragmentadas, sem capilaridade local e de pouca abrangência, além do desenvolvimento de ações de redução de danos adstritas ao controle da epidemia de AIDS, não explorando as suas possibilidades para a prevenção e a assistência. (BRASIL, 2004, p.7).

5.2.1.2 No CAPS AD

Todos os sujeitos foram encaminhados ou procuraram o CAPS AD, mas somente dois prontuários foram encontrados: o de Beto atendido apenas uma vez quando foi buscar atestado para o internamento e o de Cláudio atendido por 3 meses, pela equipe interdisciplinar em atendimentos individuais e grupais. Ele chegou a criar um vínculo com o psicólogo, porém teve duas recaídas, deixando de comparecer. Os pais participaram poucas vezes das atividades voltadas à família, devido o compromisso do trabalho. Com a desistência de Cláudio, decidem interná-lo em uma Comunidade Terapêutica, mas numa situação de crise, ele foi levado para a Emergência Psiquiátrica do HMM. No caso de Abel, consta no procedimento do MP de que ele foi atendido por um período, iniciou o tratamento no CAPS AD, mas abandonou ao entrar no Projeto Adolescente Aprendiz, ou seja, não houve contra referência entre o CAPS AD e UBS, bem como articulação entre o projeto Adolescente Aprendiz da secretaria de estado da ação social e o CAPS AD e vice-versa, pois Abel deixa o tratamento ao entrar no projeto. Douglas passou por dois atendimentos e não aceitou aderir ao tratamento, segundo registro do CREAS. Ou seja, dos quatro apenas um, Cláudio, foi atendido e realizou, ainda que temporariamente, o tratamento.

Observamos que na programação do órgão há atividades dirigidas ao usuário, no período da manhã e à tarde do mesmo dia, desfavorável à participação de quem mora longe, como Cláudio. A distância entre o bairro e o CAPS AD foi um fator de dificuldade, levantado pela psicóloga da UBS. A família também teve pouca participação no Grupo de Orientação Familiar e não há registro de visita domiciliar. A articulação com a UBS/PSF e o encaminhamento para outros grupos de apoio da sociedade civil poderia ser uma alternativa para a mesma, adequando-se a sua disponibilidade de tempo e recursos, numa perspectiva de trabalho integrado com a rede própria de saúde e de apoio social.

De acordo com os relatórios mensais do CAPS AD, enviados ao Comad e MP, no primeiro semestre de 2011, o agendamento de novos pacientes variou entre 73 a 124 pessoas, num total de 595, das quais compareceram 286, ou seja, 48% desistiram. Em relação aos pacientes agendados nos atendimentos individuais e em grupo, o comparecimento mensal varia na média de 40% a 60%, índice inferior ao da atenção básica no município, que é de 75% de comparecimento.

O relatório não distingue a faixa etária dos pacientes, entretanto Kaminer e Szobot (2004), relatam que “o tratamento de adolescentes com transtornos por uso de drogas (...) é caracterizado por maiores taxas de abandono e menor sucesso...(pois) o mais habitual é que o jovem inicie o tratamento relutante, por pressão dos pais ou do sistema judiciário” (KAMINER E SZOBOT, 2004, p.164).

Para Raupp e Milnitsky-Sapiro (2009), “O foco nas relações psíquicas e sociais envolvidas na questão da drogadição na adolescência é importante para a elaboração de qualquer programa de atenção a esse público”. Referindo-se à atual sociedade em que o consumo é o “ principal meio para a aquisição de status e poder, e a busca por satisfação imediata é um dos valores mais cultivados ”, as autoras entendem que

Nesse contexto, a exposição e a convivência com as drogas constituem um duplo desafio. Para o adolescente, o desafio é representado pelo fácil acesso à transgressão e à fuga dos conflitos inerentes a esta fase; para a sociedade, é representado pela convocação à criação de dispositivos políticos e legais capazes de oferecer novas formas de visibilidade, identificação e inserção social a esses jovens, assim como serviços e profissionais capacitados a atender às suas demandas (Raupp e Milnitsky-Sapiro, 2009, p. 447).

Na questão do uso de drogas, estes componentes tornam-se ainda mais complexos por envolverem questões culturais, políticas e sociais implícitas em relação ao uso de drogas e suas consequências, marcadas por ambiguidades e preconceitos.

Segundo o Ministério da Saúde, muitas vezes, os profissionais apresentam uma visão negativa do paciente (estigma) e de sua perspectiva evolutiva frente ao problema, o que impede uma atitude mais produtiva. A não compreensão da resistência frequentemente apresentada pelos pacientes provoca nestes profissionais respostas pouco acolhedoras, quando é fundamental neste processo o acolhimento. (Brasil, 2004).

O CAPS AD também possui boa estrutura física, uma equipe treinada, que recebe supervisão profissional e está integrado com a política nacional, fatores que facilitam o

desenvolvimento de suas ações. Entretanto, não está informatizado, o que dificulta o controle de documentação e possibilita desvio, falta referência e contra referência, busca ativa do usuário e o horário atual reduzido de funcionamento. As ações intersetoriais apareceram pouco e o atendimento ainda é limitado, segundo informações de um profissional o leito disponível para breve internamento praticamente não é utilizado. O órgão não exerce a sua função de articulador/coordenador da política sobre drogas, sendo falha muitas vezes a comunicação com outros setores, incluindo o Conselho. A equipe é reduzida para a atual demanda, havendo uma sobrecarga, pois o município cresceu mas os serviços não acompanharam no mesmo ritmo o crescimento da cidade.

5.2.1.3 Nos Hospitais e Comunidade Terapêutica

Esclarecemos que o Hospital Municipal de Maringá é um hospital geral, que possui uma ala de psiquiatria e atende as Emergências Psiquiátricas com internações de até 15 dias e o Hospital Psiquiátrico de Maringá recebe para internamentos de 30 a 45 dias. No levantamento do HMM, tivemos acesso aos registros do atendimento médico e de enfermagem, pois no prontuário não constam a atuação da psicologia e serviço social, cujas fichas são separadas. Conforme informação da assistente social, a mesma atua quando solicitada e em geral faz contato com a família para comunicar algum pedido ou a alta, tendo maior intervenção com pacientes em situação de exclusão social, a maioria de outros municípios, pois a demanda é alta para apenas um profissional no setor. Nas fichas ou prontuários são registrados os motivos e a forma de internamento (livre ou compulsório), tempo e tipo de droga usada, estado e sintomas de intoxicação, prescrição médica e de enfermagem e evolução clínica, entre outros dados. Não há registro do histórico do paciente, de orientação à família e há a contra-referência apenas no caso de Abel. No prontuário de Cláudio está registrado que ele foi internado, usando-se de contenção e depois “encaminhamento ao HPM acompanhado da mãe”. Na ficha de Douglas “encaminhamento ao HPM por ordem judicial”. (no processo do MP contam diversos comunicados do hospital de que ele fora internado sem acompanhante). Embora seja o sujeito com maior número de internações, não possui um prontuário, apenas ficha de atendimento, segunda a servidora “*ele apenas passa pelo Hospital*”, não fica internado, vai para o HPM, o que sugere uma visão e aplicação mecânica do fluxograma de atendimento e documentação.

No Hospital Psiquiátrico, chamou-nos a atenção o termo de “Declaração de Conhecimento dos Direitos das Pessoas Portadoras de transtorno Mental” anexo ao

prontuário, bem completo. Além das informações clínicas, havia registro do histórico pessoal e familiar dos sujeitos, as internações anteriores (no histórico de Douglas constavam sete internações anteriores) e anotações das demais áreas – serviço social, psicologia e terapia ocupacional, o que favorece a visão do processo histórico do paciente e a atuação interdisciplinar de forma integral e integrada. Talvez isto possa ser atribuído a característica do hospital e à cultura na área de saúde mental, com a diretriz de atenção multiprofissional introduzida com maior força pelo movimento de reforma psiquiátrica, o que se reflete no modelo de documentação, visto também no CAPS AD.

Entretanto, quanto a ação intersetorial, não há registro de encaminhamento de Douglas a outros setores ou serviços (em relação a Cláudio é o primeiro internamento). Temos conhecimento, através do Comad, de que há uma parceria entre um setor do hospital com pessoas, grupos de apoio e CT, para os quais os pacientes são muitas vezes encaminhados.

Lembramos que a ação interdisciplinar e intersetorial é uma orientação do SUS a todos os serviços e o atendimento na área de saúde mental em hospital geral é ainda recente no país, existindo ainda dificuldades para a sua implantação.

Já no prontuário da Comunidade Terapêutica há a história pessoal e familiar do sujeito, com avaliação social e psicológica e registros de atendimentos e participação nas atividades. Não havia informações da área de enfermagem e da área médica, mas estavam anexos o atestado de saúde e as guias de odontologia e oftalmologia. As CTs do município não possuem estes profissionais em seu quadro, devendo o interno recorrer ao SUS ou a médico particular, o que mais frequentemente acontece, principalmente para o fornecimento de atestado, que é negado pelo serviço público.

Beto teve o seu primeiro tratamento/internamento em Comunidade Terapêutica e segundo os registros, este foi motivado após a mãe assistir a uma entrevista do coordenador da comunidade na TV. No prontuário da CT consta que o mesmo passou pela UBS e CAPS-AD para obter os exames necessários, estando anexo as guias de odontologia e oftalmologia. A mãe faz uso de tabaco e o pai de álcool. Havia a avaliação da assistente social sobre o relacionamento e existência de conflito familiar, com parecer de co-dependência e de orientação à família para participar do grupo de apoio familiar (um dos condicionantes do tratamento na CT), o registro de avaliação e anotação de atendimento individual pela psicóloga. Não havia médico ou enfermeira na CT, quando necessário os internos são

encaminhados pelo SUS ou particular, se a família tiver plano. Apesar de ser o sujeito com o segundo maior tempo de uso (6 anos), inferior apenas a Douglas, o mesmo conseguiu concluir o primeiro grau e mantinha-se com trabalho antes do internamento. Na CT fez o curso de Alimentação Alternativa e de Olericultura (uma área comercial da horticultura), o que amplia as possibilidades de trabalho aos internos. Ele deu continuidade aos estudos, no Centro Estadual de Educação Básica para Jovens e Adultos Ensino supletivo – CEEBJA, oferecido pelo Núcleo Regional de Educação, uma parceria importante para a garantia do direito à educação e no processo de recuperação e desenvolvimento dos sujeitos e do nível educacional dos munícipes, uma vez que o problema da defasagem escolar é um dos problemas locais. Conforme informações do NRE, havendo solicitação, o órgão atende todas as CT e no momento apenas uma estava sem turma, o que nos indica uma integração ou ação em rede neste quesito.

Destacamos que a escolaridade dos pais e a renda familiar não aparecem ou não fazem parte dos dados do prontuário da Saúde Pública e da Educação, sendo mais utilizado na área da assistência social. Este dado é importante para averiguar a condição e a mobilidade social. Alves e Kossobudzky, em estudo sobre a caracterização de adolescentes internados em diversas instituições na cidade de Curitiba, relatam *“a inexistência de registros capazes de referir a situação econômica dos pacientes e/ou sua família, aspecto conhecidamente importante na correlação com o consumo de drogas para o conhecimento desta realidade.”* (2002, Alves e Kossobudzky , p.12)

Para Trad (2010), os estudos epidemiológicos assimilam de forma gradativa uma concepção em que prevalece a tese de multideterminação do fenômeno, aproximando-se da proposta de sua compreensão, a partir das relações entre o sujeito, a droga e o contexto em que essa droga é consumida, proposto por diversos autores como Becker, Zinberg e Olivenstein. Em levantamento sobre a produção contemporânea na área, o autor menciona o resultado de estudos de Duvicq, Pereira e Carvalho (2004) em que

o consumo de drogas é apontado como resultado da combinação de três fatores: a forte dependência química das substâncias consumidas, os processos de interação social dos jovens com a família, a escola, a comunidade e a sociedade em geral e, por fim, a vulnerabilidade do sujeito. (TRAD, 2010, p.34).

Porém, para MacRae, geralmente é dada “pouca atenção aos aspectos socioculturais da saúde”, seja omitindo-os por completo ou lhes dando “uma importância meramente formal

que não é correspondida na prática. A gênese cultural das doenças, as diversas maneiras de percebê-las, explicá-las e tratá-las (...) raramente é levada em conta pelas disciplinas centrais da área de saúde”(2004, Edward MacRae, p.1).

Schneider (2010), ao avaliar a racionalidade acerca da dependência de drogas em serviços de saúde, chama a atenção para o entendimento sobre o contexto social de forma acrítica e a-histórica, com noções de “influência do ambiente e más companhias”, o que ao invés de ser um contraponto à culpabilização do usuário serve para referendar e justificar o problema.

O documento “**Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil – 5 Diretrizes**”, preparatório da 14ª CNS, propõe em sua primeira diretriz **Saúde, Meio Ambiente, Crescimento Econômico e Desenvolvimento Social** o “Desenvolvimento de ações sobre os determinantes sociais da saúde (DSS), por meio da articulação do setor da saúde com outros setores (emprego e renda, educação, meio ambiente etc) e do apoio à pesquisa sobre DSS” e na segunda diretriz, **Garantia de Acesso a Serviços de Saúde de Qualidade**, propõe a “Adoção da análise da situação de saúde dos territórios - população, em termos de problemas mais prevalentes ou incidentes, de maior gravidade e maior impacto social” (Abrasco et. Al, 2011, p.3).

A expressão “determinantes sociais da saúde” expressa e reforça a importância da compreensão e análise do contexto socioeconômico, cultural e político para o planejamento e as ações intersetoriais de promoção da saúde. Como vimos nas histórias dos sujeitos, eles expressam uma realidade e um modo de vida coletivo, localizado no espaço e tempo ao quais pertencem.

Ao buscarmos atender e garantir os direitos de Douglas, nos remetemos não só a uma família que também precisa ser atendida, mas todo o território marcado pela exclusão sendo necessário um projeto voltado para a coletividade, com ações não apenas ligadas à estética urbana, mas para a geração de renda, educação popular, lazer, esporte, cultura – espaços e momentos de convivência social e expressão/participação que impulsionem o questionamento e a transformação do ambiente, capaz de alcançar resultados positivos. Caso contrário, “é um faz de conta” ou ainda “é dar murro em ponta de faca”. É por isto, pelas ações isoladas e fragmentadas, que “*você falando ou não falando, não muda em nada a vida deles*”. Aliás, é preciso mais escutar do que falar, deixar que falem não só aos profissionais de saúde,

educação, assistência social, mas às autoridades, nos espaços de decisão política, de forma que a população apodere-se e lute por seus direitos.

5.2.2 Trajetória e Atendimento na Assistência Social

Na área da Assistência Social²² (AS) apenas a família de Douglas é usuária contínua do sistema, sendo acompanhada tanto pela atenção básica (CRAS) como secundária ou de média complexidade dentro do sistema (CRCA/CREAS).

Douglas foi acompanhado por educadores sociais, abordado na rua e encaminhado à Capoeira, mas não aderiu ao projeto e resistiu bastante até aceitar o internamento. Vale ressaltar a busca ativa do CRCA e os esforços por medidas de proteção e inclusão social com os serviços e programas existentes, incluindo ações intersetoriais, porém com pouco sucesso. Parece-nos que neste caso os fatores socioambientais, a questão econômica e o comprometimento da saúde mental tiveram um peso maior em relação aos recursos disponíveis pelos serviços naquele momento. Associado à sua dificuldade de aprendizagem (algo frustrante) ele deixou a escola e foi catar papel, ganhando o seu próprio dinheiro e contribuindo com a renda familiar (algo prazeroso), o que ainda lhe deu a oportunidade de adquirir droga (algo prazeroso), ou seja, a escola e os demais serviços não conseguiram atender suas necessidades e desejos, garantido-lhe proteção. Ele teve a possibilidade de ganhar dinheiro na rua, ofereceram-lhe capoeira, mas ele gostava de jogar futebol, depois lhe ofereceram o tratamento, mas ele buscou aliviar suas tensões com as drogas. Segundo uma cuidadora que trabalha com jovens em situação de rua em Curitiba, *enquanto a gente vai conversar com eles sobre os problemas, “neste mundo” eles ficam longe dos problemas, só falam bobagens e coisas alegres.*

Embora na trajetória familiar possamos visualizar algum avanço como certa emancipação da mãe de Douglas quanto a superação da atitude inicialmente submissa e passiva, a proteção de seus irmãos, a família manteve-se econômico dependente. Ela passou a trabalhar com um dos filhos em uma cooperativa de reciclagem no bairro e temia que o mesmo se envolvesse com usuários de drogas no local, ou seja, as condições e estruturas sociais não foram alteradas significativamente.

²² A Assistência Social passou neste período por grandes mudanças, alterando a sua orientação e estrutura pública, especialmente após a promulgação da LOAS e do SUAS e com a criação do CRAS e CREAS.

Abel teve o acompanhamento do CRCA e no cumprimento de medida socioeducativa participou, na área da assistência social, do Projeto Adolescente Aprendiz, coordenado pelo escritório local da Secretaria de Estado, período em que se registra melhora em seu comportamento mas, no entanto, ele deixa de o seu tratamento no CAPS AD.

Conforme Gomes(2007), no processo de reordenamento do Sistema Municipal de Assistência Social, a gestão intersetorial exige a criação e regulação de procedimentos desde o planejamento ao desenvolvimento de ações, processamento de informações, monitoramento e avaliação continuada entre os serviços e programas das diversas políticas setoriais, com fluxos de referência e contra referência nas redes de serviços, para assim possibilitar a complementaridade entre as ações e objetivos comuns.

Tratando dos desafios e possibilidade das políticas sociais inclusivas Yasbek (2009), destaca as ambiguidades e tensões em que são implantadas as atuais políticas sociais, no contexto “das novas transformações estruturais do capitalismo contemporâneo, que atingem duramente o trabalho assalariado e as relações de trabalho, aos processos de redefinição dos sistemas de proteção social (...)”. Segundo a autora, a questão social “se reformula e se redefine, mas permanece substantivamente a mesma por se tratar de uma questão estrutural que não se resolve numa formação econômico social por natureza excludente” (YASBEK, 2009, p.18)

Mesmo diante de tal constatação, devemos ter em mente o processo dinâmico, dialético e evolutivo da história, feita pelos homens, não exatamente como querem, mas dentro das condições que lhes são dadas/construídas, com suas contradições e superações (Marx). Neste sentido, a Assistência Social, enquanto política que atua com os nós, as questões sociais essenciais a serem resolvidas, como a desigualdade e injustiça social, que visa enfrentar a pobreza e garantir a universalização dos direitos sociais, pode ter um papel fundamental e estratégico nas ações intersetoriais, garantindo o olhar sensível e atenção ética (não clientelista/manipuladora) para as necessidades populares, atuando para a definição de políticas intersetoriais e construção de uma rede de ações emancipatórias juntos aos usuários -cidadãos. Conforme Sposati,

a assistência social é orgânica às demais políticas. Ela é um mecanismo de distribuição de todas as políticas. Mais do que isso, é um mecanismo de deselitização e consequente democratização das políticas sociais (...) Em outras palavras, é possível dizer que à assistência social compete processar a distribuição das demais políticas (SPOSATI, 1991, p.27).

5.2.3 Atuação dos Órgãos de Justiça

Com a nova constituição, os órgãos de justiça passam a ter um novo olhar e orientação na defesa dos direitos. O Ministério Público adquiriu novas funções na área civil, ampliando a sua atuação na tutela dos interesses difusos e coletivos, entre os quais o da criança e adolescente, tornando-se uma espécie de Ouvidoria da sociedade brasileira²³. Fruto da luta dos movimentos populares, houve nova legislação, a criação do Estatuto da Criança e Adolescente e dos Conselhos Tutelares, visando o reconhecimento da prioridade absoluta a esta parcela da população. Com a estruturação dos Conselhos Tutelares e do Ministério Público estes órgãos passaram a atuar em conjunto na defesa dos direitos e proteção da criança e adolescente.

Nos registros do CRAS, constatamos a intervenção do Ministério Público e Vara da Infância e da Família nas histórias de Abel e Douglas. Eles tiveram o acompanhamento do Conselho Tutelar e da Promotoria da Infância e Juventude e passaram por procedimento de medidas de proteção e socioeducativa. No caso de Abel, a partir de relatório e denúncia da escola, o MP abre Procedimento de Medidas Socioeducativas, faz audiência com a mãe e o jovem, o qual se compromete a fazer o tratamento, oficia a UBS quanto ao atendimento psicológico e médico e requer estudo psicossocial do Serviço de Assistência à Infância e Juventude. Solicita ainda declaração de frequência à escola.

Com a intervenção do MP, Abel melhora por um tempo o comportamento em casa, mas não faz a psicoterapia. Inicia o tratamento no CAPS AD (seu prontuário não foi localizado), mas abandona ao entrar no Projeto Adolescente Aprendiz. Um ano e meio depois a mãe pede ajuda ao Ministério Público para internar o filho, devido ao uso abusivo de crack. O MP encaminha, em caráter excepcional, a uma Comunidade Terapêutica (1º. internamento) e oficia a Secretaria de Estado da Família e Ação Social para as providências.

A maior parte das informações sobre Abel foi colhida no processo da Promotoria Pública/Vara da Infância e Juventude, pois na escola e no CAPS AD não foram localizados os seus registros e na UBS havia pouquíssimas informações. Quanto a atuação do Ministério Público, observamos inicialmente a importância e a riqueza dos registros e guarda de todos os procedimentos e documentos, característico da própria área da justiça, uma vez que nesta área tudo deve ser comprovado, mas a documentação é igualmente importante nos demais serviços. O órgão desenvolve um trabalho de proteção e vigilância quanto aos direitos da

²³ Informações obtidas no site: www.mpu.gov.br/navegacao/institucional/historico)

criança e do adolescente. Vimos por um lado a força (ou peso) do mesmo a medida em que, após a audiência, Abel melhora o seu comportamento e posteriormente é atendido no CAPS AD, mas por outro lado, ele abandonou o tratamento. O MP não pediu providências ao setor responsável, quando Abel, com 13 anos, declara tomar pinga com refrigerante no bar em frente de sua casa. Além de ser proibida a venda a menor de idade, a facilidade de acesso representa um dos fatores de risco ao uso indevido de drogas. O órgão também não considerou fator de risco a manutenção do uso de droga pelo adolescente, diferente da mãe que em sua fala declara *“o único problema que a declarante vê é seu envolvimento com drogas”*, o que veio a se confirmar mais a frente. Entendemos que neste momento seria importante a promotoria solicitar um parecer da equipe do CAPS AD, principalmente psicológico, resguardando-se de parecer técnico sobre o seu prognóstico.

No caso de **Douglas**, quando tinha 15 anos, o Centro de Referência da Criança e Adolescente (CRCA) acionou o Conselho Tutelar de Maringá (CTM) e o Ministério Público, que abriu procedimento de Medida Socioeducativa, solicitou vaga para internação a uma Comunidade Terapêutica (CT) e acompanhamento (relatórios) ao CTM, CRCA e posteriormente ao CRAS. Ele ficou apenas um dia na CT, continuou a praticar furtos no próprio bairro, sofria ameaça de vizinhos e traficantes e também da polícia. Em 2007, após a expedição de mandato de busca e apreensão ao CRCA junto com a polícia (art. 839 do CPC), Douglas relata ao MP que fora abordado e apanhou dos policiais sem motivo. Sob a intervenção do MP, vários pedidos e internamentos de curto período se repetiram, destacando-se, aos 17 anos, o internamento em uma CT de União da Vitória onde Douglas ficou por 2 meses, recaiu logo após o retorno e foi encaminhado, por determinação judicial, à Emergência Psiquiátrica do HMM e a seguir ao Hospital Psiquiátrico, depois foi internado em outra comunidade no município de Londrina, onde finalmente completou os nove meses de tratamento. Neste período fez 18 anos e seu processo é encerrado, com o seguinte despacho do juiz: *“a situação de risco que inicialmente encontrava-se o jovem, não mais persiste”*. E finaliza o processo entendendo que *“Em não havendo excepcionalidade prevista no art. 2º, parágrafo único do ECA, e, ainda esgotadas todas as tentativas para resolver a questão geradora do presente procedimento, não há mais o que falar em continuidade do feito”*.

O parágrafo único acima referido, prevê a possibilidade de continuidade do procedimento até a idade de 21 anos, o que foi considerado desnecessário pelo magistrado,

com base no parecer do MP, este pautado nas informações dos órgãos de assistência social e CT. Pouco mais de um mês de seu retorno Douglas recai.

Vemos que, devido a sua natureza e prerrogativas, o órgão utiliza-se de informações de todos os setores, mas não há uma discussão e uma ação intersetorial propriamente dita. Há o acompanhamento por relatórios dos órgãos, porém não uma avaliação, diagnóstico e prognóstico elaborado em conjunto por profissionais dos diferentes setores, baseado nos dados ambientais, sociofamiliar e psicológico do mesmo, que a nosso ver seria fundamental para a decisão quanto a continuidade ou não do acompanhamento. Consideram-se “esgotadas todas as tentativas para resolver a questão”, embora conforme os registros, poucas vezes, se conversou com o pai. Na visita da equipe do CRCA, o mesmo negou o uso e projetou no filho todos os problemas, uma reação comum ao dependente químico, negação e projeção.

No relatório do CRAS consta uma visita da psicóloga do CRCA, após a qual, o pai deixa de fazer uso de droga diante do filho, ele é chamado para atendimento no CRCA e não comparece, sendo que não há registro de novas visitas. Ele também não é chamado diante da promotoria ou juiz em nenhum momento e os relatórios das equipes da saúde e da assistência social relatam contatos geralmente com a mãe e a avó, o que expressa a reprodução da cultura machista que atribui à figura feminina a responsabilidade de cuidado dos filhos, reforçada muitas vezes pela própria estrutura dos serviços limitados ao horário comercial e ao número insuficiente de profissionais. Neste caso, também não aparecem as medidas judiciais quanto a questão escolar e Douglas cresce analfabeto funcional.

Turck (2002), em sua obra “Rede Interna e Rede Social”, nos aponta que,

com a implementação do Estatuto da Criança e Adolescente, a doutrina de proteção integral abre caminho para o atendimento, dada a sua proposição de articular, de não separar e de responsabilizar todos os níveis para o desenvolvimento humano (...).

Daí a necessidade da conexão dos recursos sociais governamentais e não governamentais em rede Social de Apoio.” (TURCK, 2002, p.48 e 49).

Entretanto, conforme a autora, mesmo dentro do preceito de integralidade, podem ser tomadas duas direções uma “da ação supostamente eficiente dos órgãos” em que todos os passos legais são cumpridos, cada órgão exerce a sua função, mas de forma ainda setORIZADA e “outra que, sem excluir o fluxo de atendimento, preocupa-se em valorizar a pessoa”, em que a visão de totalidade já se estabelece desde o início, englobando a compreensão de que a

desigualdade social gera as condições para o aumento de crianças e adolescentes em situação de risco e a exigência de um novo padrão de atendimento em Rede.

Neste sentido, a autora, partindo de sua experiência na área, também chama a atenção para a “desresponsabilização do pai” nos procedimentos judiciais:

A mãe e/ou responsável do gênero feminino sempre são convocadas, desresponsabilizando o papel masculino no exercício da parentalidade. Esse procedimento cultural instalado no cotidiano profissional é a concretização da forma perversa que se formaliza através da responsabilidade única da mulher/mãe/responsável. E traduz a ideologia dominante, em que o papel de autoridade exercido pelo homem é descaracterizado pela falta de cobrança do exercício parental (Turck, 2002, p.54).

Segunda a mesma, ao ser inserida a família no sistema de justiça, seus problemas passam a ser de domínio público, sendo necessário “analisar os processos particulares e os processos sociais inclusos na história de vida” da pessoa, visando transformar a demanda externa (intervenção da justiça) em demanda interna (necessidade interna/motivação do adolescente e da família para transformar), o que requer um trabalho profissional qualificado.

Finalmente, embora possamos considerar que houve grande empenho, dos profissionais e órgãos, no atendimento de Douglas, com articulações e atuação conjunta em diversos momentos, bem como somos testemunhas do esforço da Promotoria Pública para a articulação e formação da Rede de atendimento à Infância e Adolescência no âmbito municipal, a justificativa nos autos de que estão *esgotadas todas as tentativas*, revela-nos uma possível resignação ou impotência diante da situação de Douglas, o que nos insita considerar e refletir o conceito de Rede utilizado por Faleiros (1999, apud Türck, 2002):

A Rede é uma articulação de atores em torno (...) de uma questão disputada, de uma questão ao mesmo tempo política, social, profundamente complexa e processualmente dialética. Trabalhar em rede é muito mais difícil do que empreender a mudança de comportamento, (...). É a superação do voluntarismo e do determinismo, da impotência diante da estrutura e da onipotência da crença de tudo poder mudar. Na intervenção de Redes, o profissional não se vê nem impotente nem onipotente, mas como um sujeito inseridos nas relações sociais para fortalecer, a partir das questões históricas do sujeito e das suas relações particulares, as relações destes mesmos sujeitos para ampliação do seu poder, saber e de seus capitais. Trata-se de uma teoria relacional do poder, de uma teoria relacional de construção da trajetória. (FALEIROS, 1999, p.25, apud TÜRCK, 2002 p.28)

Em termos de proposição, temos a experiência de ação intersetorial do município de São Carlos, em relação a crianças e adolescentes em conflito com a lei que, cumprindo o inciso V

do Art. 88 do ECA²⁴ criou o Núcleo de Atendimento Integrado (NAI), o qual reúne e articula diversas áreas e setores, com resultados bastante positivos em termos de reincidência e prevenção de violência entre jovens.

Conforme o coordenador do projeto, “uma coisa é ter a rede de atendimento, outra coisa é conseguir atuar em rede, de uma forma integrada e complementar”. Nesta experiência busca-se conhecer o adolescente e seu contexto familiar e bio psico social, como forma de garantir “maior equilíbrio na decisão sobre a medida socioeducativa a ser aplicada”. Além do espaço conjunto, há “um protocolo de cooperação institucional, proposto pela prefeitura, que define a responsabilidade de cada instância envolvida”. (LAVOR, 2007, p.10- 13).

Esta experiência tem servido de exemplo a outros municípios. Ela pode ser vista aplicada não só em relação ao enfrentamento da violência, mas quanto a metodologia do trabalho à aplicação dos princípios e diretrizes das políticas públicas – intersectorialidade, atenção integral e integrada, responsabilidade compartilhada, nas diferentes questões sociais.

5.2.4 Na Escola

O ensino público, gratuito e obrigatório, é visto como a melhor maneira de alcançar uma verdadeira democratização dos estudos. A expectativa dos operários é de que a escola – transformada numa espécie de serviço público aberto a todos – seja um instrumento de emancipação e de educação das classes menos favorecidas (Cuidado Escola, Harper et al, 1ª. ed.1980, 8ª ed., p. 32).

Se o setor da saúde é o que mais está ligado aos cuidados necessários para o nosso nascimento e crescimento sadio, a educação deve cuidar das condições para a nossa formação, desenvolvimento humano e social, sendo uma das instituições públicas a princípio mais presentes neste processo e em nosso cotidiano. Depois da família, a escola é (ou deveria ser) normalmente um dos primeiros espaços de socialização e experiências de vida dos cidadãos.

Em nossos dados, os quatro sujeitos tiveram acesso à escola em idade normal, dos quais três tiveram continuidade e atraso escolar, que pode ser relacionado ao uso indevido de drogas e um que cursou apenas a primeira série devido a problemas neurológicos e dificuldade de aprendizagem, que ocasionou diversas reprovações e abandono.

Na trajetória de **Abel** temos a mudança de comportamento aos 12 anos, observada pela Escola que, primeiro o orienta, chama várias vezes a mãe e faz o encaminhamento para o

²⁴ECA, art. 88, inciso V “a integração operacional de órgãos do Judiciário, Ministério Público, Defensoria, segurança pública e assistência social, preferencialmente em um mesmo local, para efeito de agilização do atendimento inicial a adolescente a quem se atribua autoria de ato infracional”.

tratamento psicológico e avaliação neurológica. As ocorrências continuam e ele muda de escola. É pego com droga e a instituição comunica sobre ocorrência à polícia e à Promotoria da Infância e Juventude. Em relato da escola à Promotoria destacamos as observações de um professor: “*o aluno apresenta uma postura ativa e irônica, dando a impressão de que nada poderá atingi-lo. Em outros momentos adota o comportamento de bom aluno, faz todas as atividades e não atrapalha ninguém (...) apresenta altos e baixos, atingindo os dois extremos*”. É expulso da escola e presta serviço comunitário.

Em entrevista com a pedagoga, esta lembra-se dele, pois foi sua professora do segundo ano primário, em outra escola. Relata que era uma criança ágil, terminava as tarefas antes dos outros para ficar andando pela sala. Recorda de seu sorriso, *muito bonito até hoje*. Na última escola que frequentou diz que ele “não chegou a apresentar problema comportamental considerado difícil”, mas houve denúncia de que ele estaria usando ou passando drogas. A mãe foi chamada várias vezes na escola. Não se lembra bem da orientação feita (5 anos atrás), mas sabe que foi feita o disque denúncia no 181²⁵ e houve uma situação em que foi chamada a polícia. Em situações em que é observada a alteração do aluno em decorrência de uso de SPA, informa que é chamada a família para que tome as providências. Diz que não há muitos problemas dentro da escola, mas às vezes ocorrem situações no entorno do colégio e é chamada a polícia. Quanto ao treinamento ou curso na área específica não teve, mas participou de um curso promovido pelo setor socioeducativo do NRE em que participaram o CRAS e o CREAS, informando como proceder em várias situações. Quanto aos recursos na área de prevenção, conhece o PROERD. Para o tratamento – conhece um grupo de apoio à família, por meio da Igreja e de um curso do PDE e também uma comunidade terapêutica.

Vimos que as ocorrências estavam ligadas principalmente à mudança de comportamento em casa e na escola. Que esta inicialmente busca o diálogo e providências da família, o encaminha à psicologia (UBS), depois aciona o Ministério Público e a polícia. Abel passou por várias escolas, sendo este um procedimento comum na área escolar, transferência ou expulsão.

Já na entrevista com a pedagoga, que foi professora de Abel, ela manteve a boa lembrança dele quando criança e não julgou tão grave as ocorrências, ou seja, não o vê sob o rótulo de aluno problema ou dependente químico, lembrando de seu sorriso e agilidade. Este é

²⁵181- Número para denúncia anônima relacionada ao uso e tráfico de drogas, um programa da Polícia Militar.

um aspecto positivo, mas a ex-professora não atuou na época em que os problemas aconteceram.

A Escola, conforme vimos, “aciona a família e depois a polícia”. De certa forma não foi omissa diante dos problemas e os relatos revelam diferentes olhares sobre o sujeito/usuário, compreensivo ou repressivo, dependendo do profissional. Isto demonstra a necessidade de capacitação e discussão sobre o tema, dentro do projeto político pedagógico institucional e articulado às demais políticas, incluindo o estatuto da criança e adolescente para que, nas situações vivenciadas, a proteção e o acesso aos direitos das crianças e adolescentes sejam realmente efetivados através da ação conjunta intersetorial.

As observações do professor e da diretora (carência afetiva, ciúmes do irmão) sugerem investigação sobre problemas psíquicos ou emocionais de Abel. A escola encaminha-o e cobra da mãe as providências, mas não há ação conjunta com a UBS. A instituição que o acolhe, no caso a própria universidade, também já não possui um programa voltado para a saúde do adolescente, o que já houve anos atrás.

Beto estudou em uma escola pública de grande porte e concluiu o primeiro grau em 2006, aos 17 anos. O mesmo iniciou o uso de maconha e bebida alcoólica aos 14 anos por influência do irmão mais velho, e tendo em vista a sua defasagem provavelmente este uso afetou o seu processo de aprendizagem/escolaridade.

Na escola também não foi possível obter informações, pois segundo a diretora a escola só mantém por dois anos a ficha pedagógica, pois são muitos alunos.

Observamos que o levantamento de dados, no caso de Beto, ficou prejudicado, tanto na área de saúde como na área escolar, por falta dos prontuários. Buscamos no Conselho Tutelar e Promotoria se havia algum registro, mas nada foi encontrado. De certa forma, ele representa os usuários invisíveis às instituições (UBS, Escola e talvez à própria família, que não buscou auxílio antes), bem como daquelas famílias que buscam o internamento em CT como primeiro recurso/tratamento, situação que constatamos no período em que atuamos em uma CT, dentro do projeto de extensão. Parece que o consumo de Beto não está associado a problemas comportamentais de maior importância em casa ou fora.

Cláudio é o que apresenta o início mais recente, com trajetória apenas de 2 anos, apresenta mudanças significativas de comportamento junto a própria família (agressividade).

Na escola, há duas ocorrências em 2010 e uma em 2011, sair fora de sala, andar pelos corredores e ir embora mais cedo, faltando às últimas aulas e o registro de que a pedagoga não conseguiu falar com a família. A diretora, porém, ficou sabendo do internamento porque o pai foi lá tirar as fotocópias do atestado para justificar as faltas.

Na entrevista com a pedagoga esta informou que a escola não tem um projeto específico sobre prevenção do uso de drogas, só o professor de Ciências que aborda o assunto. O ano passado não houve nenhuma atividade. A escola tem câmaras de vigilância e portão eletrônico, tem uniforme (camiseta) para prevenir as saídas deles e a entrada de estranhos como ações de prevenção. Depois disto não houve depredação do patrimônio, nem brigas, isto é raro, disse. Informou-nos que atualmente não há separação entre as funções de orientação e supervisão escolar, hoje são todos pedagogo(a)s, que **a preocupação é mais com as questões pedagógicas, as notas, ver se não tem faltas**, se está matando aulas.

É talvez uma falha, mas a gente não consegue ter um aprofundamento sobre a vida da pessoa. Eu gosto de conversar com eles, mas não são todos que dão abertura. Na correria não dá para dar atenção, à noite é só uma pedagoga e é quando une todos os problemas, adolescentes que já sofreram reprovações, perdas, que já vêm desacreditados neles mesmos, com baixa autoestima.
(Pedagoga)

Aponta que a diferença dos problemas, entre o dia e a noite, são gritantes. Muitos trabalham, chegam cansados, são mães solteiras. “*Enquanto não temos um projeto bem elaborado, estamos perdendo os adolescentes*”. Fala da desestrutura familiar e que “*muitas vezes, falta o preparo para lidar com os adolescentes, saber brincar, um sorriso*”.

Vemos que Cláudio apresenta uma rápida escalada quanto ao uso de vários tipos de droga e em pouco tempo, um ano, apresenta modificações de comportamento em casa (mais significativas) e também na escola.

O território não possui CRAS, as opções de ocupação para os jovens são restritas, bem como não houve intervenção sobre esta questão social, articulação com os programas sociais, esportivos ou culturais. Esta inclusão é um fator importante no processo de tratamento, pois a ociosidade leva à ansiedade e oportunidade de se reunir com os amigos de uso. Este pode ter sido um dos fatores agravantes no caso de Cláudio.

Quando **Douglas** tinha 3 anos, sua mãe foi orientada a colocar os filhos na creche, possuía problemas neurológicos e diante das reprovações e dificuldade de aprendizagem, aos 9 anos, foi avaliado e encaminhado para uma escola especial. Na instituição, conseguimos

uma cópia do documento, com registro do seu desempenho em diversas áreas, entre as quais destacamos: área sócio emocional: “*integra-se bem com os colegas, desde que não seja provocado*”; área cognitiva: “*consegue discriminar, pouca concentração, com dicas realiza relatos, dificuldades de resolução de problemas matemáticos e organização do pensamento somente com auxílio*”; área de linguagem: “*responde perguntas, atende pelo nome, conversa pouco*”; área acadêmica: “*permanece no processo inicial de alfabetização, compreende ciências, sua história, identidade, no espaço que ocupa, gosta de jogar bola, desenha, pinta e recorta*”; área de auto cuidado: “*necessita de orientação para higiene pessoal, vestuário*”; relacionamento família e escola: “*pouco comparecimento*”. Constava ainda o número de faltas, 83 para 105 dias letivos, mas não havia um parecer ou registro de providências, continha a assinatura do professor e da coordenação pedagógica.

Tivemos, portanto, acesso a poucos dados relativos a escola em que Douglas estudou, devido a distância de tempo e ao fato de, como vimos anteriormente, as escolas guardarem apenas os documentos relativos ao ensino. No entanto, as anotações encontradas sugerem que houve negligência quanto ao cuidado pessoal, frequência escolar e manutenção na escola. Que ele tinha boa convivência social e apresentava habilidades em educação física e artística, o que poderia ser potencializado. No registro do CRAS consta que aos 12 anos abandonou a escola e foi catar papel para ajudar na renda familiar. Aos 13 anos (2004), voltou estudar por um breve período, sendo que nesta idade já fazia uso diário de maconha e thinner. Quando tivemos contato pessoal com ele, foi uma surpresa ter conhecimento de que ele não sabia ler e que aprendeu apenas a assinar o primeiro nome, tendo em vista a sua idade.

As mudanças políticas e legais também trouxeram a exigência de mudanças para a escola pública, entre elas a inclusão social, mudando o procedimento anteriormente adotado de “separação dos alunos” com problemas de comportamento, necessidades diferenciadas ou especiais.

Conforme Harper et al (1980), a escola não é estática ou intocável, ela assume uma forma em cada momento histórico, como resultado precário e provisório do movimento lento de transformação, das “tensões, conflitos, esperanças e tentativas alternativas”. As pressões sociais, inovações científicas e tecnológicas, e a própria economia, impulsionam a sua mudança e adaptação aos novos tempos (HARPER et al, 1980, p.107).

Para os autores, “a raiz do problema educativo está fora da escola”, ou seja, inerente ao modo de produção, a escola prolonga e reforça – “ao invés de contrabalançar e corrigir - a ação desintegradora, infantilizante e domesticadora da sociedade de consumo e do Estado”. Defendem uma educação capaz de transformar a experiência cotidiana do cidadão e grupos sociais, “em fonte de questionamentos, de criatividade, de participação e, portanto, de conhecimento”. (HARPER et al, 1980, p.117).

Embora sido escrita antes da nova constituição, esta obra continua atual em suas considerações, pois antecipa um projeto audacioso de escola livre e democrática, voltada para os interesses populares, o desenvolvimento e a emancipação humana, uma luta permanente da sociedade.

Em matéria sobre o papel da escola na inclusão social, Lopes relata que,

Há pouco mais de uma década, crianças com determinados transtornos mentais eram geralmente consideradas “casos perdidos”. Quase sempre discriminadas pela própria família e pela sociedade, ficavam fechadas em casa, taxadas como incapazes, isoladas, sem nunca pisarem numa sala de aula. “Casos perdidos” pareciam ser também aquelas crianças e adolescentes com histórico de fracasso escolar, marcadas por repetência, ou as rotuladas como o “terror” da escola, devido ao comportamento agressivo. Para elas, a saída para o futuro era a da exclusão: as portas da rua, da prisão, do hospital psiquiátrico. (LOPES, 2006, p.15).

Foi exatamente o que aconteceu com Douglas e pode acontecer com muito mais crianças, em nosso município (vide evasão e defasagem escolar) e em outras cidades. A matéria aborda uma experiência bem sucedida de inclusão social e escolar no Rio de Janeiro, do Instituto Helena Antipoff (IHA), ligado à Secretaria Municipal de Educação e que segundo a diretora do órgão, Leila Blanco, as situações ligadas à saúde mental, “constituem atualmente a maioria dos casos”.

A diretora comenta que, ao invés de exigir que os alunos se adaptem, a escola vê a necessidade de adaptar-se para acolhê-los em sua diversidade e necessidades específicas, “pois a nenhuma criança pode ser negado o direito à educação, independentemente de problemas físicos, mentais ou emocionais”. (LOPES, 2006, p.15).

Cabe-lhe na verdade, apropriar-se e cumprir as deliberações e orientações que estão no art. 208 da constituição, art. 54 do ECA, na LDB e Declaração de Salamanca²⁶ implantando a

²⁶ Declaração de Salamanca – documento das Nações Unidas "Regras Padrões sobre Equalização de Oportunidades para Pessoas com Deficiências", o qual demanda que os Estados assegurem que a educação de pessoas com deficiências seja parte integrante do sistema educacional, aprovado na Conferência Mundial de

pedagogia centrada na criança. No âmbito local, urge a discussão e elaboração do Plano Municipal de Educação, buscando-se, de forma democrática e a partir de (banco) dados técnicos e científicos, conhecer melhor a(s) realidade(s), os problemas e os desafios, incluindo os problemas mentais e a questão do uso indevido de drogas, o planejamento e atuação de forma integral e integrada aos diferentes setores e recursos sociais, o que é insipiente em nosso município. A iniciativa de reuniões intersetoriais e divulgação dos serviços da rede de saúde e assistência social, é o primeiro passo à sensibilização dos profissionais, mas tal mudança deve ser discutida, pensada, pautada em estudos, diagnóstico, capacitação e planejamento.

5.3 Uma vida para ser refletida

Antes de entrarmos em nossas considerações finais, queremos deixar para reflexão o caso de Douglas, para nós o mais paradigmático, tendo em vista que, a sua vida singular representa provavelmente um grande coletivo. Ele faz parte dos 5,39% de analfabetos acima dos 15 anos no município. Sua exclusão da escola foi abordada poucas vezes pela equipe do CRAS e na avaliação psicopedagógica foi registrado o pouco comparecimento da família, mas não encontramos qualquer registro de pedido de providências da escola junto ao Conselho Tutelar ou Promotoria. Ele e a família recebe assistência e acompanhamento social de forma contínua, mas a exclusão escolar não é enfrentada, favorecendo a sua condição de criança em situação de rua e possivelmente já influenciando sua história de vida. É possível perceber o empenho da equipe do CRCA, com busca ativa, articulação com o CRAS, CTM e Ministério Público para a proteção de seus direitos. Buscou-se incluí-lo em projetos sociais e encaminhá-lo ao CAPS AD, porém sem sucesso. Vários aspectos, entretanto devem ser observados. Inicialmente o meio familiar e social em que Douglas está inserido. O pai é dependente químico e isto foi considerado um fator de risco para Douglas, mas apenas uma ou duas vezes o pai fora chamado para o tratamento. Este foi um fator agravante em sua trajetória, inclusive quando ele ficou internado por 9 meses, voltou e foi trabalhar com pai que continuava dependente, não sendo tal fato observado pela equipe.

Depois deste fato, as internações tornaram-se quase uma rotina para Douglas, o que levanta a importância do papel e função do hospital no processo de cuidado e atenção intersetorial. O meio social em que Douglas cresceu é uma das áreas de maior vulnerabilidade

Educação Especial , em junho de 1994, na Espanha, cidade de Salamanca. Vide *portal.mec.gov.br*

do município de Maringá. Conforme a enfermeira-chefe da UBS é muito difícil alguém naquele meio ficar livre da droga voltando para lá, diz pessimista. Segundo a assistente social do CREAS o comércio e uso de drogas é livre no local e quando começou a atender a mãe de Douglas, ela fala com muita naturalidade sobre o uso de drogas em casa, como se fosse normal. Para a ACS “*falar e não falar não adianta*”, ou seja, as profissionais do local não veem perspectivas, principalmente sem um projeto social mais amplo, que envolva os jovens. Há ainda o comprometimento neurológico de Douglas que não foi esclarecido, necessitando talvez de tratamento. Não há registro, mas em conversa a AS do CREAS disse que chegaram a tentar colocá-lo na APAE rural e esta sim seria uma boa medida protetora. A necessidade econômica e a oportunidade de obter ganho através da reciclagem foram também dois fatores que pesaram para o agravamento da situação, pois foi nesta época que Douglas começa a fazer uso de outras drogas.

O caso de Douglas é o mais documentado. É o único em que há o histórico registrado na UBS com relato de visita domiciliar da equipe do PSF/UBS, mesmo assim com poucas intervenções. A maior atuação é da área social, especialmente do CRCA, que atuou em vários momentos junto com o CRAS e também com o CTM e o Ministério Público. Diversas vezes, esta ação intersetorial é provocada pela própria mãe que busca ajuda nos dois locais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo todas as coisas causadas e causadoras, ajudadas ou ajudantes, mediatas e imediatas, e sustentando-se todas por um elo natural e insensível que une as mais distantes e as mais diferentes, considero ser impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, tampouco conhecer o todo sem conhecer particularmente as partes (Pascal, 1976, *in* Morin 2005, p.37).

A execução desta pesquisa foi para a nossa trajetória profissional de extrema riqueza e esperamos que seus resultados contribuam efetivamente para os profissionais e gestores preocupados com a temática. O primeiro desafio foi lidar com a nossa ansiedade e literalmente parar, tranquilizar a mente inquieta e deixar passar uma enxurrada de informações e conhecimentos como se fosse um banho de cachoeira em que certamente muita água cai, mas apenas uma parte pode nos tocar, o suficiente. O segundo desafio foi sentir e absorver as propriedades desta água de conhecimento, compreender e descrevê-la. O terceiro desafio foi sair deste breve mergulho querendo mais... convencer-nos de nossos limites.

Esta trajetória entretanto tornou-se mais leve com a orientação recebida, a cooperação dos pesquisados, o compartilhamento com amigos e os apoios recebidos de pessoas nas diversas instituições, família, universidade, órgãos pesquisados. É tudo o que um usuário do serviço público precisa: aceitação, compreensão, orientação e apoio coletivo.

De forma geral, entendemos que as nossas expectativas foram alcançadas dentro de nossas possibilidades e limites, pois trata-se de uma análise a partir de dados levantados dentro de um recorte: o internamento de quatro jovens de Maringá, por uso abusivo de drogas e os fatos e atuações/procedimentos das instituições da área de saúde, educação, assistência social e justiça, dentro do município, em relação ao uso de drogas. Esperamos que estas reflexões iniciais possam ser mais aprofundadas e que o próprio texto desperte para esta possibilidade. O referencial teórico apresentado possibilita uma breve visão histórica e geral das orientações legais, frente a questão do uso de drogas nas quatro políticas estudadas. Embora o processo de discussão das políticas relacionadas ao tema esteja no momento em pleno auge, com perspectivas de mudanças e de novas leis, que devem ser acompanhadas, destacamos no texto legal os princípios e diretrizes que devem ser mantidos e defendidos, pois expressam valores humanos e constitucionais essenciais, a nosso ver.

A metodologia adotada contribuiu para um processo instigante de descobertas, mostrando-se apropriada a sua aplicação por outras áreas além da saúde. A diversidade

qualitativa e quantitativa dos dados e a própria ausência de informações são elementos significativos para a avaliação dos procedimentos institucionais, o que deve merecer atenção de todos os serviços. Os dados levantados permitiram-nos responder as questões levantadas, mas dentro de uma certa limitação e delimitação, pois dada a complexidade do tema diversas questões não foram discutidas como por exemplo a subjetividade nas relações de trabalho, a importância da informação e do planejamento, gestão, entre outras.

Conforme análise dos dados, entendemos que a questão principal, se há existência de “ações conjuntas em situação de uso indevido de drogas” tem uma resposta negativa, uma vez que na maioria dos casos isto não ocorreu. Conforme vimos, temos as orientações legais há mais de uma década e algumas ações e iniciativas já existiram e existem neste sentido, o que aponta esta busca, como reuniões e a proposição de debates intersetoriais, que havendo continuidade podem contribuir para o avanço deste processo. A compreensão desta necessidade é um primeiro passo ou a primeira porta que se abre para uma mudança, compreender o próprio processo e a complexidade da questão é um segundo passo e mais longo, pois um novo saber implica, na maioria das vezes, na desconstrução de um antigo “saber”, muitas vezes carregado de condicionamentos, preconceitos gerados pelos interesses de dominação, cheios de exemplo em nossa história, da colonização aos tempos atuais. O terceiro passo é a experimentação, o aprender fazendo.

Quanto aos aspectos que facilitam ou dificultam as ações intersetoriais temos como facilitadores gerais a consonância dos princípios e diretrizes nas várias políticas, a proposição da intersectorialidade nos Planos Municipais (exceto a Educação que não tem Plano) e o controle social pelos Conselhos. No entanto, as políticas e planos devem ser mais divulgadas e discutidas no cotidiano dos serviços, para a sua implementação. A rede de suporte social, inclusive os grupos de apoio, é um recurso importante que pode ser otimizado. Como dificultador, temos os condicionamentos da visão fragmentadora e, no atual momento, a dificuldade de aceitação do gestor da saúde quanto a uma efetiva responsabilidade compartilhada, pautada no diálogo e respeito ao controle social, nesta área.

No setor de Saúde, são facilitadores a disponibilidade de uma boa estrutura, especialmente quanto a recursos físicos na atenção básica, o processo de informatização nas UBS, que deve ser estendido ao Hospital Municipal, as equipes do PSF e a implantação dos NASF. A implantação do Consultório de Rua e da Escola de Redução de Danos, o Programa Saúde do Homem, bem como a proposta de organização do fluxo de atendimento, de

ampliação do CAPS AD e implantação do CAPS AD III, de eventos e debates intersetoriais também são positivas. Finalmente, temos o financiamento do governo federal e a proposta de organização da Política sobre Drogas no Paraná, que *se implantada* deverá ser mais um elemento favorável à consecução de ações de prevenção.

Como dificuldades temos a capacitação ainda insuficiente e pontual, não atingindo os agentes comunitários de saúde, a falta de referência e contra referência na própria rede e entre outras, a precariedade quanto aos dados e padrão de registro de informações, descontinuidade de projetos de prevenção como o de futebol, esporte preferido de Douglas e de tantos meninos e que foi implantado, mas interrompido em uma das UBS.

Embora as UBS tenham realizado as Conferências Locais e haja a apresentação de um trabalho sobre a implantação do Planejamento Estratégico na rede de saúde do município, nos anos de 2007/08, com a elaboração de Planos Locais, não obtivemos nenhum plano dentre as unidades pesquisadas. Há dúvidas portanto, quanto a continuidade do processo de planejamento local/territorial, um dos problemas comuns e sérios, a manutenção do que foi implantado.

Quanto ao CAPS AD, a existência de apenas um no município é insuficiente em relação à demanda e porte atual da cidade, o que dificulta o cumprimento de seu papel e função. Atualmente seriam necessários pelo menos mais dois, pois mesmo com a implantação do CAPS AD III, ampliação da equipe e do horário de atendimento, devem ser consideradas as múltiplas funções atribuídas ao órgão (assistência, coordenação da política, capacitação, etc.), a implantação do Consultório de Rua, que absorve parte do tempo da equipe e a própria complexidade do trabalho.

Conforme abordado, a capacitação da equipe e a articulação com a política e plano nacional dentro do princípio da redução de danos, são aspectos facilitadores para a prevenção e ação intersetorial, no entanto, há dificuldades relacionadas à atual gestão que atribuiu a coordenação da política sobre drogas para a assistência social (Diretoria), cujas ações e visões não se coadunam.

Quanto aos Hospitais, constatamos diferenças referentes aos registros e atendimentos, um com dados mais completos. Por atenderem situações mais graves têm um papel importante na prevenção, dentro da estratégia de redução de danos, podendo exercer ações estratégicas tanto no acolhimento quanto aos encaminhamentos pós-alta, através da

articulação, referência e contra referência e parcerias com outros serviços. Um fator de dificuldade é a visão separatista do tratamento e prevenção/promoção da saúde. Os hospitais ainda não estão informatizados, o tipo de trabalho/ambiente é estressante e suas equipes são insuficientes.

A Comunidade Terapêutica pesquisada, como vimos, desenvolve algumas ações intersetoriais durante o tratamento, no entanto, o pós-tratamento é ainda um desafio e na situação de abandono não há intervenção. Percebemos que os demais serviços governamentais não trabalham as CT como parte da rede de suporte social. É uma relação ainda complexa, dada a orientação diferenciada de posicionamentos frente ao problema, com visões muitas vezes preconceituosas e conflituosas. Porém, conforme abordado anteriormente, já tivemos bastante progresso nesta relação no âmbito local e, inclusive pela segunda vez um profissional de CT assume a presidência do COMAD.

O papel das CTs tem se fortalecido diante da nova política e Plano de Enfrentamento ao Crack, pois cresceram diante de omissão do estado representando um recurso comunitário na área de drogas. Entendemos que é possível ampliar o diálogo no âmbito local e incluirmos as CT como parceiras na política de prevenção.

Nossas sugestões na área da Saúde, além do que já está proposto, é inicialmente um estudo e revisão das informações, com unificação dos prontuários e no caso das UBS, baseando-nos na história de Abel, pensamos se não seria interessante a organização dos prontuários por unidades domiciliares/familiares, facilitando o olhar e abordagem junto ao núcleo familiar.

A criação de grupos de estudos como é feito na Regional de Saúde (podem ser intersetoriais), maior investimento em capacitação de qualidade, incluindo as equipes do PSF e aproveitando os recursos humanos da própria rede e do município são ações facilitadoras. O formato da capacitação também deve ser bem pensado e planejado, evitando-se palestras dentro do modelo bancário, como diz Paulo Freire, em que um sabe e os outros aprendem. É preciso valorizar e partir do saber de cada um, como nas experiências de educação popular ou metodologias ativas, que são propostas em cursos do ministério da saúde e educação. Acreditamos que é importante contemplar as políticas públicas, seus princípios e diretrizes (os conceitos de território, intersectorialidade, integralidade, etc), de forma que as “novas” propostas façam *sentido* para os atores e os motivem a se comprometerem.

A Assistência Social teve como fatores positivos a organização de dados (ainda que manuais), o acompanhamento continuado de uma das famílias e a iniciativa de ações conjuntas. Um fator importante é a realização do Diagnóstico Social do Município, um instrumento para o planejamento e ações baseadas no território e intersectorialidade, mas que deve ser atualizado e utilizado. A preocupação do setor com a questão e a Diretoria sobre Drogas poderiam ser elementos facilitadores, se bem direcionados e alinhados às políticas públicas. Conforme citação anterior de Sposati, a AS, por sua natureza, tem um lugar estratégico na articulação de outros setores e políticas.

O que dificulta nesta área é o desafio quanto as questões estruturais e o uso político desta pasta, ainda culturalmente aceito. A integração da Diretoria sobre Drogas e os demais setores da Secretaria ainda é insipiente, tendo em vista a pequena participação dos trabalhadores da área nos eventos promovidos pela mesma. Há falta de equipe e recursos para o desenvolvimento dos projetos, bem como capacitação dos profissionais da área de proteção básica e especial, comprometendo a efetividade dos serviços. Os propósitos da política de assistência social conflitam com o modelo de gestão voltado para a cidade mercadoria e priorização dos interesses político econômico, bem como a visão reducionista da questão do uso de drogas.

Propomos que o Diagnóstico Social do Município seja atualizado e compartilhado com outros setores, pois é um recurso importante para o planejamento da política geral e ações territoriais. As equipes devem ser incluídas na capacitação ou incluir este tema nas capacitações promovidas pela SASC. As ações de convivência familiar e comunitária devem integrar o projeto/programa de prevenção.

Na escola, a função de ensino pareceu mais preponderante do que o da Educação e isto deve ser compreendido dentro de uma análise mais ampla da instituição, dentro processo sócio-histórico e político. Os dados revelam a necessidade urgente de mudanças do atual modelo.

Além da falta de um Plano Municipal de Educação, as dificuldades estão na precariedade das escolas, principalmente de ensino médio e no rompimento do modelo anterior ainda hegemônico, que já não atende a nova realidade diante das mudanças tecnológicas e sociais. A ausência de documentação também foi um fator desfavorável, especialmente para a pesquisa. Neste aspecto, há também um descompasso quanto a

informatização dos dados. A falta de capacitação foi uma dificuldade encontrada também neste setor, embora haja material e orientação para a formação de grupos de estudos.

A facilidade neste setor é o contato diário com os alunos, podendo ser construído relações afetivas e de corresponsabilidades sobre o ambiente escolar, trabalhando valores e projetos de formação para a autonomia e cidadania dos sujeitos. O contato e a participação da família deve ser visto e trabalhado como um fator favorável. Há experiências de escolas que os professores faziam visitas às casas dos alunos que faltavam, dando grande resultado na diminuição da evasão escolar. Outras fizeram parcerias com um movimento de grupo de apoio, visando mudanças de comportamento de pais, professores e alunos, bem como há o programa de Escolas Promotoras de Saúde do Ministério de Saúde. Em Maringá, as iniciativas e experiências já existentes podem contribuir para a construção e o desenvolvimento de projetos de prevenção intersetoriais, devendo-se garantir a sua continuidade, tanto no âmbito municipal como estadual. A mudança da política educacional, os planos e programas (LDB, PDE e PAR) são referências e apoios a este processo/projetos.

Como mencionado na trajetória das políticas públicas estudadas, as mudanças foram lentas, mas estão ocorrendo de acordo com a conjuntura, as condições socioeconômicas e políticas locais. Ainda temos grandes diferenças regionais e territoriais, além dos desafios postos pelo avanço tecnológico e das várias ciências, como as sociais, a educação, a saúde em suas diversas áreas (mental, neurologia, psicologia, psiquiatria, entre outras), que demandam novos olhares e ações frente a realidade atual e às questões sociais e pedagógicas ligadas as pessoas em situação de vulnerabilidade e ou com necessidades especiais (que nossos sujeitos, de certa forma, aqui representam).

Esta morosidade pode ser entendida pelo próprio processo de organização social, complexo devido às contradições do sistema (capitalista), movidas pelos conflitos de interesses antagônicos e as pressões sociais, econômicas, políticas, locais e globais. Se de um lado, podemos considerar que no âmbito teórico e de orientação legal das políticas públicas já temos diversos avanços, de outro lado há muito a ser colocado em prática, o que é também uma questão de tempo para a sua elaboração. Ainda que sejam insipientes, as ações intersetoriais frente as situações de uso indevido de drogas é um imperativo para a compreensão e atenção integral aos usuários.

Compreendemos ainda que as diversas questões discutidas passam pelo fortalecimento do processo democrático, do estado de direito e da autonomia da nação brasileira. Isto inclui enfrentar as contradições do modelo de desenvolvimento global e as necessidades locais, o fortalecimento e maior autonomia dos municípios frente as suas demandas e qual o lugar e papel/função da política sobre drogas.

7 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Agenda estratégica para a saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Wallprint Gráfica e Editora, 2011.

AIEX NETO, J. E. **As drogas em tempos de neoliberalismo.** Foz do Iguaçu: Academia de Cultura de Foz do Iguaçu, 2001.

ALMEIDA, A.M.R. **A intersectorialidade e a estratégia saúde da família: desafios da relação entre o discurso e a prática.** Belo Horizonte, 2008. Dissertação (Mestrado) - .UFMG.

ALVES, R.; KOSSOBUDZKY, L.A. Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba. **Rev. Interação em Psicologia**, Curitiba, v.6, n.1, p.65-79, 2002.

ANDRADE, L.O.M. **A Saúde e o dilema da intersectorialidade.** São Paulo: Hucitec, 2006.

ARAÚJO, M.C. **O Bairro Santa Felicidade por ele mesmo: Espaço Urbano e Formas de Representações Sociais em Maringá.** Universidade Estadual de Maringá, UEM, 2005. Tese de doutorado

ARRETCHE, M. **Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas.** São Paulo, RBCS, v. 18 n. 51 fevereiro/2003

BALLANI, T. S. L. **Juventude, drogas e internação hospitalar: ampliando o conceito de evento sentinela.** Universidade Estadual de Maringá. 2006. Dissertação de mestrado em Enfermagem.

_____. **Internação hospitalar por acidentes toxicológicos como evento sentinela: caracterização dos casos internados no período de janeiro a março 2005,** HUM. Maringá, UEM, 2005. Estudo desenvolvido como avaliação em disciplina do curso de mestrado em enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

BARREIROS, A.S. **As 21 bases do novo acordo ortográfico da língua portuguesa,** Maringá, Clichetec gráfica e editora, 2011

BERNARDY, C.C.F. **Relações familiares e institucionalização de jovens usuários de drogas de abuso.** Universidade Estadual de Maringá, 2007. Tese de mestrado em Enfermagem.

BESSA, M.A. **Quando o uso de drogas ocorre junto com outros transtornos psiquiátricos,** in Adolescência e Drogas, Pinsky, I. & Bessa, M.A. (org). São Paulo, Ed. Contexto, 2004.

BRANDÃO, C. R. **O que é Educação.** São Paulo, Ed. Brasiliense, 2002.

BRASIL **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2ª ed., 63p. 2004.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social/PNAS Norma Operacional Básica NOB SUAS**. Brasília, novembro de 2005.

_____. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e Políticas públicas sobre Drogas no Brasil**. Brasília, 2008.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas**, Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais. Brasília, 2008a.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas **Prevenção ao uso indevido de drogas**, Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais. Brasília, 2010a.

_____. Ministério de Educação. Anais da Conferência Nacional de Educação Conae 2010: **Construindo o Sistema Nacional Articulado de Educação: o Plano Nacional de Educação, diretrizes e estratégias de ação**. Brasília: MEC, 2011. 2 v.

_____. Ministério da Educação. Plano de Desenvolvimento Educacional (PDE). Disponível em < <http://portal.mec.gov.br/arquivos/livro/index.htm> >, vários acessos.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde/DAPES/Saúde Mental. **Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas**, PEAD 2009-2011. Brasília, Comissão Intergestores Tripartite, maio de 2009.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack no sistema único de saúde**. Brasília, abril de 2010b

BUCHELE, F. & CRUZ, D.D.O **Aspectos socioculturais do uso de álcool e outras drogas e exemplos de projetos de prevenção**, in BRASIL, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas** Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais, Brasília, 2010.

CEBRID Centro Brasileiro de Drogas Psicotrópicas. São Paulo, Escola Paulista de Medicina, site: < www.cebrid.epm.br > vários acessos

CHRISTOPHORO, R. **O consumo de álcool por estudantes do ensino médio de Maringá - relações com os aspectos sócio-demográficos**. Maringá, evento: A educação e questão do uso de drogas, UEM, NRE, 2006. palestra p.p.

CONTE, M. Os efeitos da modernidade: consumo de álcool, drogas e ilusões. **Revista Boletim**, Porto Alegre, 1995.

CORREIA, E. C. e MARTINS, G.T. Genograma: um instrumento de saúde mental. **Revista das Faculdades Santa Cruz**, v. 7, n. 2, julho/dezembro 2009.

CORMELATTO, D.; COLLISELLI, L.; KLEBA, M.E.; MATIELLO, A.; RENK, E.C. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Rev. Katál**. Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 265-271, jul./dez. 2007.

CORONIL, Fernando. **Natureza do pós-colonialismo: do eurocentrismo ao globocentrismo**. In A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas.

Edgardo Lander (org). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, setembro, 2005. p. 105-132

CKAGNAZAROFF, I. B. **Implementação de programa intersetorial de políticas públicas – o caso BH Cidadania**. Belo Horizonte, UFMG, < www.ead.fea.usp.br/Semead/8semead/res > acesso: fev. 2011.

EUGÊNIO, A. **A BRUXA MÁ DE TERESINA: Um estudo do estigma sobre a Vila Irmã Dulce como um lugar violento (1998-2005)**, in *Surveillance in Latin America*, Vigilância, Segurança e Controle Social. Curitiba, PUCPR, 4 a 6 março, 2009.

FERRARI, M.; KALOUSTIAN, S.M. **Introdução a importância da família**, in Família Brasileira a base de tudo, Kaloustian, S.M. (org.). São Paulo, Cortez; Brasília, UNICEF, 4ª ed., 2000

GALDUROZ, J.C.F. **Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil: dados recentes**. in Prevenção ao uso indevido de drogas, Brasil, SENAD, Brasília, 3ª ed., p.75-91, 2010.

GINI, S. **Repensando... A construção da Hegemonia Empresarial nos 10 anos que mudaram Maringá (1994-2004)**. Maringá, by Sérgio Guilherme, abril de 2008.

GOFFMAN, E. **Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. tradução: Mathias Lambert, Data Publicação Original: 1891, Digitalização: 2004

GOMES, T.M. **Intersetorialidade e Reordenamento da Rede Local**, in Caderno SUAS IV Assistência Social Sistema Municipal e Gestão Local do CRAS. Curitiba Governo do Estado do Paraná, 2007.

HARPER, B.; Cecon, C.; Oliveira, M.D.; Oliveira R.D. **Cuidado Escola** desigualdade, domesticação e algumas saídas. São Paulo , Ed. Brasiliense, 8ª. ed., (1ª. ed. 1980).

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade, **Cadernos FUNDAP**. São Paulo, n. 22, 2001, p. 102-110, SP.

IPARDES **Caderno Estatístico - Município de Maringá**, maio de 2011, disponível em < www.ipardes.gov.br > acesso agosto de 2011.

JUNQUEIRA L.A.P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade, **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.6, n.2, p.31: 46, 1997.

_____. A Gestão Intersetorial das Políticas Sociais e o Terceiro Setor, **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.13, n.1, p.25-36, jan-abr 2004.

JUNQUEIRA L.A.P, INOJOSA R.M, KOMATSU S. **Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no 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”.1997 [acesso em 16 fevereiro de 2011]. Disponível em: < <http://unpan1.un.org/in> > tradoc/groups/public/documents/clad/unpan003743.pdf , acesso fevereiro de 2011

JUNQUEIRA, L. A. P. INOJOSA, R. M. **Desenvolvimento Social e Intersetorialidade na gestão pública municipal**. Conferência nacional de saúde on-line, 1997, acesso em outubro de 2011, disponível em < <http://www.datasus.gov.br/cns/inovador/FORTALEZA.htm> >

JUSBRASIL Notícias.. **Trabalhos científicos e experiências exitosas destacam Intersetorialidade da Vigilância em Saúde**, disp. em: < www.jusbrasil.com.br/noticias/278251/ > acesso 18/02/2011

LANCETTI, A. Os riscos escondidos do crack. **Rev. Brasileiros**, Ed. 49, agosto de 2011, disponível em, < <http://www.revistabrasileiros.com.br/edicoes/49> >, acesso setembro de 2011

LAVOR, A. Proteção da Criança e do Adolescente. **RADIS Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, n.57, maio 2007, Fiocruz, p.10-13

LIMA, R.S.; PAULA, L. **Juventude, temor e insegurança no Brasil**, in PINSKY e BESSA, org., **Adolescência e drogas**. São Paulo, Ed. Contexto, 2004.

LISBOA, P. **Abandono escolar dobra em quatro anos em Maringá**. Disponível em www.maringa.odiarario.com, publicado em 05.08.2011, acesso novembro de 2011

LIPPI, M. F. **A estratégia de articulação intergovernamental na implantação de políticas públicas metropolitanas, construindo um conceito e evidenciando a aplicação prática**, II Congresso Consad de Gestão Pública, Paineis 37: Políticas públicas e gestão: a questão metropolitana, Brasília, 2009, disponível em < www.repositorio.seap.pr.gov.br/modules/conteudo/print.php?conteudo=46 > acesso fev. 2011

LOPES, C.R. O papel da escola na inclusão social. **RADIS Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro, n.46, junho 2006, Fiocruz, 2006. p.

LOPES, B., AMARAL, J.N. e CALDAS, R.W. (coord.). **Políticas Públicas. Conceitos e Práticas**, Belo Horizonte, SEBRAE, MG, 2008.

LUZ, A.A., Wosniak, F.L., SAVI, C.A. **Vulnerabilidade ao abuso de drogas e a outras situações de risco**, UFPR, Curitiba, s.d.

MAC RAE, E. **Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos**, NEIP, 2004, in < www.neip.info >, acessado em agosto de 2011

MAGALHÃES, R. e BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, 2009.

MARINGÁ. **Diagnóstico Social de Maringá**. Kairos, Desenvolvimento Social disponível em < www.kairos.srv.br/maringa/ >, vários acessos

_____. Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal da Educação. **Proposta Curricular Educação Infantil e Ensino Fundamental**, maio, 2008.

_____. Prefeitura Municipal, Secretaria de Saúde de Maringá. **Plano Municipal de Saúde**, 2010/2013, junho/2010.

_____. Prefeitura Municipal, Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SASC), **Plano Municipal de Assistência Social**, 2011-2012.

MARSHAL, T.H. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro, Zahar, 1967.

MINAYO, M.C. (org.). **Pesquisa Social Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Vozes, 21ª ed., 2002.

MORIN, E. **Os Sete Saberes necessários para a Educação do Futuro**. São Paulo, Cortez; Brasília: UNESCO, 10ª ed., 2005.

NAPPO, S.A. et alli. **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação à DST/AIDS**. São Paulo, CEBRID, 2004, in < www.obid.senad.gov.br >, vários acessos..

NEDER, G. **Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil** in Família Brasileira a base de tudo, Kaloustian, S.M. (org.). São Paulo Cortez; Brasília, UNICEF, 4ª ed., 2000.

NOGUEIRA, M. A., **Um Estado para a Sociedade Civil**, São Paulo, Cortez, 2004

OBID **Observatório de Informações sobre Drogas**. Florianópolis, UFSC, disponível em < www.obid.senad.gov.br, > vários acessos.

O DIÁRIO DO PR, **Maringá em números**, fonte: Prefeitura de Maringá, maio de 2011.

PAIM, J.S. **Aborgagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação**. in Barata, R.B. Condições de Vida e Situação de Saúde, Rio de Janeiro, Abrasco, 1997.

PARANÁ, Secretaria de Estado do Trabalho e da Ação Social. **Lei Orgânica da Assistência Social** Textos de apoio, Curitiba, outubro de 1994.

_____. Secretaria de Estado da Educação do Paraná/Departamento de Educação Básica - **Diretrizes curriculares da educação básica** História. Curitiba, 2008.

PENNA, M.L.F. **Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde**, disponível em www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T2.pdf. Acesso 16/02/2011.

PERONI, Vera – **Política Educacional e papel do Estado no Brasil dos anos 1990**. São Paulo, Ed. Xamã, 2003.

PINSKY ; BESSA, (org.). **Adolescência e drogas**. São Paulo, Ed. Contexto, 2004.

CÂMARA DOS DEPUTADOS, **Plano Nacional de Educação (PNE)**, Brasília, 2000.

PUCCINI, P. T.; CORNETTA, V. K. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, set, 2008.

QUEIROZ, Isabela S. Os Programas de Redução de Danos como Espaços de Exercício da Cidadania dos Usuários de Drogas. **Psicologia Ciência e profissão**, Brasília, n.4, ano 21, Conselho Federal de Psicologia, 2001.

QUEIROZ, Isaura P. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. São Paulo, T.A. Queiroz Editor, 1991.

RAUPP, L.; MILNITSKY-SAPIRO, C. Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.26n.4, p. 445-454, out./ dez., 2009.

REGHELIN, Elisângela Melo, **Redução de Danos** prevenção ou estímulo ao uso indevido de drogas, São Paulo, Editora Revista dos Tribunais, 2002.

RODRIGUES, A.L. **A pobreza mora ao lado: segregação sócio espacial na região metropolitana de Maringá.** São Paulo, PUC, 2004. Tese de doutorado Ciências Sociais

ROCHA, S. **Pobreza no Brasil Afinal, de que se trata.** Rio de Janeiro, 3ª ed., FGV ed., 2006

ROMANÍ, O. **Criterios de Prevención: un debate necesario**, in HOPENHAYN, M. (Comp.), 2002. Prevenir en drogas: enfoques integrales y contextos culturales para alimentar buenas prácticas. Santiago de Chile, CEPAL- ECLAC (Naciones Unidas), p. 9-14, ISBN: 92-1-322083-9

SANCHES, Z.M.; OLIVEIRA, L.G.; NAPPO, S., Razões para o não uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n.39(4), USP, 2005. p.599-605

SANTOS, Wanderley G., (1987). **A trágica condição da política social.** In: ABRANCHES, S. et al. (org.). Política social e combate à pobreza, Rio de Janeiro, Zahar, p. 33-64.

SANTOS, E.M.S., **As políticas públicas sobre drogas no município de Ponta Grossa.** Ponta Grossa, UEPG, 2007. tese de mestrado.

SANTOS, M. **Pensando o espaço do homem.** São Paulo, 5ª ed., Editora da USP, 2004.

_____. **Da Totalidade ao Lugar.** São Paulo, Ed. da USP, 2005.

_____. **A Natureza do Espaço: Técnica e tempo, razão e emoção.** São Paulo, 4ª. ed., 4ª. reimp., Ed. USP, 2008.

SCHNEIDER, D.R.. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Abrasco, v. 15, n.3, p.687-698, maio de 2010.

SILVA, D. C. **Contextualização: políticas públicas no Brasil**, postado em 21.05.2011. <http://jus.com.br/revista/texto/19158/contextualizacao-politicas-publicas-no-brasil>

SILVA, A.M.P. **Serviço Municipal de Saúde Mental de Maringá: considerações e retrospectiva histórica.** Maringá, UEM, 2000. monografia de especialização. Psicologia.

SILVEIRA, A.M, Rego, R.L, Tribulato, M.L., Silva, J.B. **A colonização, o risco da cidade e a construção da paisagem antrópica.** XII Encontro Regional de História, Rio de Janeiro, ANPUH, 2006.

SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.03, p.637-644, ABRASCO, RJ, 2010.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

SPOSATI, A. O. **Carta Tema.** A Assistência Social no Brasil: 1983/1990. São Paulo, Cortez, 1991.

TRAD, S. N.S. **A trajetória da prevenção no Brasil: do Proibicionismo à Redução de Danos e seus reflexos nas políticas locais.**, Espanha, Universitat Rovira i Virgili, 2010. Tese de doutorado

TRAVASSOS, C. & MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup. 2, p.190-S198, 2004.

TÜRCK, M.G.M.G, **Rede Interna e Rede Social: O desafio permanente na teia das relações sociais.** Porto Alegre, Torno Editorial, 2ª ed., 2002.

VAINER, C.B., **Pátria, empresa, mercadoria – Notas sobre a estratégia discursiva do Planejamento Estratégico Urbano.** IPPUC RJ, 2001, disponível em www.mundourbano.unq.edu.ar/index.php/ano-2001/58-numero-14/97-3 >

VIABLOG, **Uso de drogas cai entre estudantes da rede pública**, disponível em www.viablog.org.br > publicado em 17 de dezembro de 2010, acesso fevereiro de 2011

VILLAÇA, F. **Uma contribuição para a história do planejamento urbano no Brasil**, in DEAK, C e SCHIFFER, S. R. O processo de urbanização no Brasil, São Paulo, FUPAM EDUSP, 1999. p.169/244.

YAZBEK, M. C.. **Classes Subalternas e Assistência Social.** São Paulo, Cortez, 7ª ed., 2009.

8 ANEXOS - ANEXO 1

ROTEIRO PARA INVESTIGAÇÃO DO EVENTO SENTINELA

Data do evento sentinela ___ / ___ / ___ Dia da Semana: _____ Duração: _____
Local: _____ Número: _____

1 - DADOS PESSOAIS

Nome: _____ Nome fictício: _____
Sexo: _____ DN: ___ / ___ / _____ Escolaridade: _____ Ocupação: _____
Endereço: _____ No. _____
Telefones: _____ Bairro: _____
Estado civil: solteiro () casado () união estável () separado () viúvo ()
Nome da mãe ou responsável (se menor de 18 anos): _____

2 - DADOS DA FICHA DE OCORRÊNCIA TOXICOLÓGICA

Idade de início do uso: _____ Tempo: _____ Agente tóxico atual:
Álcool () Maconha () Cocaína () Heroína () Crack () Outro () _____ NI ()
Obs. _____

Tipo de ocorrência (Procedência e Ambiente): _____

Bairro: _____

Nº de internações: _____ Data da 1ª.: ___ / ___ / _____ Duração: _____

Sintomas da intoxicação: _____

CID: _____

Orientação profissional:

1- Médico : _____

2-Enfermagem: _____

3 -Psicólogo: _____

4 -Assistente Social: _____

5 – Outro: _____

Encaminhado para: _____

Orientação à família ou acompanhante: _____

Contra-referência: _____

Obs.: _____

8.1 Anexo 2

Retrospectiva (a partir do bairro residencial)**Número** _____**Histórico** na Unidade Básica de Saúde **UBS- local:** _____

Na **UBS**, o usuário é conhecido por alguém? _____ Tem registro de atendimento? _____
 Data inicial: ___/___/___ Último atend. ___/___/___ Motivo: _____
 Consta uso de drogas? _____ Suspeita? _____ Antecedente familiar? _____
 O Local em que mora é coberto pelo Programa Saúde da Família?: _____ Se sim, a casa
 recebeu visita domiciliar? _____ Seu caso foi discutido pela equipe? _____ Foi realizada
 Busca ativa? _____ Orientação familiar? _____

Procedimentos e encaminhamentos realizados/ profissional responsável:

Orientação clínica: _____ Orientação Familiar: _____
 Grupo de Apoio: AA () _____ NA () _____ AE () _____ Cristma () _____
 Mão Amiga () _____ AMSM () _____ Neuróticos Anônimos () _____
 Tratamento especializado: CAPS AD () PADEQ/UEM () Outro () _____
 Internamento: HMM () HUM () HP () HG () Com. Terapêutica () _____
 A. Social: CRAS () CREAS () Entidade ou Projeto Social () _____
 Esporte e Lazer () Cultura () Trabalho () Educação () Outro: _____
 OBS.: _____

Outras instituições em que passou

Nome da Instituição: _____ Área: _____
 End.: _____ Bairro: _____ Fone: _____
 Procedência: _____ Profissional: _____
 Motivo (Demanda): _____

Sinais/ suspeita ou registro de uso de drogas: _____ Na família: _____
 Foi feita orientação ou encaminhamento? _____ Por quem? ___ --- _____
 Data: ___/___/___ Qual, para onde? - _____

Obs.: (Desenho da Trajetória /Síntese do caso)

Data: ___/___/___ Responsável: _____

8.2 Anexo 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Uso indevido de drogas e ação intersetorial: Contribuição para o debate e à construção de Política Municipal

A presente pesquisa objetiva aplicar o procedimento de vigilância epidemiológica de evento sentinela em internação de indivíduos com diagnóstico de dependência química, intoxicação aguda ou efeitos secundários, devido ao uso de drogas de abuso, para posteriormente contribuir com dados que favoreçam a detecção das limitações e potencialidades dos serviços institucionais frente a questão da dependência química. A sua participação se dará através de uma entrevista de acordo com um roteiro de investigação, após a pesquisadora informar a respeito do estudo, de como você poderá participar e quais são os instrumentos que asseguram sua liberdade e segurança em participar ou emitir as suas opiniões sem que seja identificado(a) ou venha a sofrer algum dano. Assim sendo, a sua participação poderá ser interrompida a qualquer momento em que você desejar e/ou achar conveniente. O esclarecimento de todas as dúvidas que você tiver acerca da pesquisa poderá ser solicitado por telefone ou pessoalmente, para o nome abaixo relacionado.

Eu, _____, responsável por _____ após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a Profa. Dra. Maria José Schochi, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE, em participar do mesmo.

Assinatura do pesquisado ou responsável

Maringá, ____ / _____ / 2011.

Eu, _____, declaro que forneci todas as informações referentes a este estudo. Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora, pelos meios a seguir relacionados:

Nome: Silvana Maria Ribeiro Borges Fones: (44) 3011-9071 ou (44) 9944-8477
e-mail: silvanamrborges@gmail.com

Comitê de Ética e Pesquisa onde o projeto foi aprovado:
Av. Colombo, no5790, bloco 35, Campus Universitário, Maringá/PR, CEP 87020-900
email: copep@uem.br - Fone: (44) 3261- 4444

8.2.1 Anexo 3.1 -pesquisado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conforme Resolução no 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

O Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: “*Uso indevido de drogas e ação intersetorial: Contribuição para o debate e à construção de Política Municipal*”, que tem como **objetivos**: identificar a forma de atuação, levantar as limitações e potencialidades das ações intersetoriais dos serviços institucionais do município de Maringá em relação ao uso indevido de drogas. Este é um estudo exploratório, utilizando como método o procedimento de vigilância epidemiológica de evento sentinela (internamento devido ao uso de álcool ou drogas) com pesquisa documental e entrevista com profissionais da rede institucional de atenção ao uso de drogas. A pesquisa terá duração de três (3) meses, com o término previsto para agosto de 2011. Os seus dados serão utilizados de **forma anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Se for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu **nome** será **substituído** por outro de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é VOLUNTÁRIA, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em consultar em seu prontuário os dados sobre os atendimentos e encaminhamentos profissionais, nas instituições em que foi atendido – os registros serão guardados por cinco (05) anos e incinerados após esse período.

Não haverá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras, sendo resguardos os riscos de qualquer natureza relacionada a sua participação. O benefício de sua participação será o de contribuir para maior conhecimento científico, visando melhoria das ações intersetoriais das instituições quanto ao atendimento, prevenção e redução de danos ligados ao uso de drogas.

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Nome da Orientadora: Maria José Schochi - Instituição: Universidade Estadual de Maringá - UEM
Tel: 3011-4572 - E-mail: mjschochi@uem.br

Assinatura

Orientanda/pesquisadora: Silvana M^a. R. Borges Tel: 3011-9070 - E-mail: smrborges@uem.br

Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UEM – COPEP
Av. Colombo, 5790 - Bloco da Biblioteca Central (BCE) - Tel: (44) 3261-4444

Maringá, ____ de _____ de 2011.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa (assinatura): _____

Nome: _____

8.3 Anexo 4

Roteiro de Entrevista

Projeto: Uso Indevido de Drogas e Ação Intersetorial: Contribuição para o debate e à construção de Política Municipal

Instituição: _____ Fone: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Responsável: _____ Cargo: _____

Entrevistado: _____ Idade: _____

Formação/profissão: _____ Tempo: _____

Cargo/função: _____ Tempo: _____

Ocupações anteriores: _____

Em relação ao usuário do serviço (caso):

Lembra-se da pessoa? _____ Quantas vezes atendeu: _____

O que se lembra / Sabia do risco ou uso de drogas / Orientações e encaminhamentos realizados: _____

Resultados / Dificuldades: _____

Fez treinamento/ curso de capacitação na área de drogas / Quando/ Promovido por quem? _____

Qual a orientação e procedimento adotado normalmente em relação ao risco/uso de drogas: _____

Que recursos conhece na área de prevenção / Como (informação ou pessoalmente): _____

Que recursos conhece para o tratamento / Como: _____

A instituição ou você já participou de reuniões intersetoriais / Quando: _____

Obs.: _____

8.4 Anexo 5

Leis do Estado Paraná – Fonte: CEAD

LEI N.º 14264 DE 22 DE DEZEMBRO DE 2003

Autoriza o Poder Executivo a instituir, no âmbito da Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania, o Fundo Estadual Antidrogas, conforme especifica.

LEI N.º 14259 DE 12 DE DEZEMBRO DE 2003

Altera o artigo 1º da Lei nº 13.463, de 11 de janeiro de 2002.

LEI N.º 14072 DE 04 DE JULHO DE 2003

LEI N.º 13463 DE 11 DE JANEIRO DE 2002

Proíbe a distribuição, fornecimento, oferta e comercialização de bebidas alcoólicas em estabelecimentos revendedores de combustíveis (Postos de Gasolina) localizados em perímetros urbanos.

LEI N.º 13198 DE 25 DE JUNHO DE 2001

Autoriza a inclusão nas disciplinas de química e biologia, de aulas sobre efeitos de substâncias que causam dependência física ou psíquica no ser humano.

LEI N.º 13056 DE 16 DE JANEIRO DE 2001

Dispõe que os estabelecimentos que comercializem bebidas alcoólicas terão que manter, em local visível e próximo às bebidas quando expostas, cartazes com dizeres: "Bebida Alcoólica é Prejudicial à Saúde à Família e à Sociedade.

LEI N.º 12348 DE 06 DE NOVEMBRO DE 1998

Autoriza o Poder Executivo a instituir o Fundo Estadual de Prevenção ao Abuso de Drogas - FUNPRED.

LEI N.º 12338 DE 24 DE SETEMBRO DE 1998

Autoriza o Poder Executivo incluir no currículo dos níveis de ensino fundamental e médio, conteúdo referente a informações e estudos sobre a dependência de drogas e seus efeitos físicos, neuropsicológicos e sociais.

LEI N.º 8852 DE 27 DE JULHO DE 1988

Proíbe fumar em recintos fechados onde sejam obrigatórios o trânsito ou a permanência de pessoas, bem como estabelece obrigações de avisos escritos e orais sobre essa proibição, fixa sanções e dá outras providências.

LEI N.º 12026 DE 30 DE JANEIRO DE 1998

Trata de advertência, pelos estabelecimentos de ensino, das consequências do uso de drogas alucinógenas, bebidas alcoólicas, fumo e da prática do relacionamento sexual sem segurança.

LEI N.º 11991 - 06/01/1998

Dispõe que os alunos, professores e demais funcionários das escolas públicas ou privadas de ensino fundamental, ficam proibidos de fumar cigarros de qualquer espécie nos recintos das escolas, mesmo nos pátios e áreas de lazer.

LEI N.º 11385 DE 21 DE MAIO DE 1996

Proíbe a venda de cigarros a menores de 18 anos nos estabelecimentos comerciais do Estado do Paraná.

LEI N.º 11273 DE 21 DE DEZEMBRO DE 1995

Cria a obrigatoriedade da realização de palestras sobre drogas tóxicas e entorpecentes em geral, nas atividades das escolas da rede pública estadual do Paraná, conforme especifica e adota outras providências.

8.5 Anexo 6

Quadro da trajetória – Caso 1 - Abel, 17 anos.

Data	Evento	Instituição	Procedimento/ Encaminhamento	OBS.
21.06.2011	A é internado na Emergência Psiq. do HM	HM	Permanece 6 dias p/ desintoxicação	
05.11.2010	A mãe procura novamente o MP. A. <i>voltou a usar crack e tem piorado. Pede ajuda para o internamento</i>	MP	A promotoria, nos termos do art. 101, VI, do ECA, encaminha, em caráter excepcional, a uma CT, menciona a abertura do inquérito civil público, sob no. 02/2010, visando apurar a omissão, bem como impulsionar a abertura de locais para tratamento.	Carlos foge da CT
04.03.2009	Audiência com Mãe e filho – A melhorou o comportamento, abandonou tratamento no CAPS AD, pois participa do <i>Projeto Adolescente Aprendiz na UEM</i>	MP	Pede o arquivamento do processo	
12.11/2009	Retirada de pontos	UBS		
20.01.2009	Os pais são convocados	MP		
03.10.2008	Realizada SINDICANCIA - Informa que houve melhoras no comportamento. A faz curso de informática	Comissário de Menor		Mudou de escola
13.05.2008	Boletim de Ocorrência - BOC A. é apreendido com droga e é expulso	Escola	Encaminhado p/ prestação de serviço comunitário	
07.03.2008	Declaração de ocorrências antissociais e de permanência na escola	Escola	Informa ocorrências de risco	
26/09/07	Suspeita de que A. colocou fogo em papéis	Escola		
12.06. 2007	Declaração de matrícula e frequência	Escola BMF		A mudou de escola
12.06.2007	Declaração da psicóloga <i>de que o adolescente abandonou o tratamento e será chamado de novo assim que houver uma vaga para a psicoterapia individual.</i>	UBS	Presta informações ao MP	Abandono de tratamento, não há busca ativa. Não há vaga
16.05.2007	Audiência c/ a mãe e filho	MP - VIJ		

Data	Evento	Instituição	Procedimento/ Encaminhamento	OBS.
28.03.2007	A escola envia Relatório sobre comportamento de A	Escola MJM	Presta informações ao MP	A apresenta oscilação de comportamento (bipolar?)
22.03.2007	Audiência com Abel e a mãe	MP - VIJ	A. declara que vai continuar o tratamento psicológico e vai ao médico	
03.2007	Procedimento para aplicação de medida de proteção	MP - Vara Infância	Solicitado estudo social ao SAIJ Oficiada a UBS p/ informar sobre tratamento psic.	2009 sem anotações
03/2007	Abel é atendido por mal estar e tontura	UBS		Não há abordagem
22.03.2007	A mãe é alertada na escola de que se não resolver a situação A. será expulso.	Escola		
21/11/06	Avaliação psicodiagnóstica	UBS	Marcado atendimento individual Mãe encaminhada ao Grupo de Orientação a Pais	A não adere Começa a participar
Ano 2006 (aos 12 anos)	Mudança de comportamento/ agressividade/isolamento	Escola Em casa	Orientação ao aluno. A mãe é chamada várias vezes. Encaminhado à psicologia e neurologia/ UBS A mãe procura a UBS em 17.11.2006	

8.6 Anexo 7

Quadro da trajetória - Caso 2- Beto, 22 anos.

Data	Evento	Instituição	Procedimento/ Encaminhamento	OBS.
21.03.2011	Internamento na Comunidade Terapêutica	CT	Inicia programa de 9 meses	
18.03.2011	Pai busca declaração p/ levar à CT	CAPS AD	Faz declaração de participação no Grupo de Acolhimento e procura de ajuda	
16.03.2011	Quer encaminhamento ao Marev.	UBS	Sem queixas, não tem doença – exame físico normal	
11.03.2011	Resultado de exames	UBS	(causas desconhecidas e não especificada)	?
01.03.11	Não GOF(grupo orientação familiar)	CAPS AD		
25.02.11	Não compareceu Grupo Educ. em Saúde	CAPS AD		
22.02.11	Não compareceu à abordagem c/ A. Social	CAPS AD		
21.02.11	Procura o CAPS AD p/ atestado SM – Participa do Grupo acolhimento	CAPS AD	Médica encam. P/ avaliação. Feita entrevista inicial e agendado atendimentos	
24.01.2011	Pedido de exames para tratamento de uso de drogas em CT.	UBS	Atend. Médico e de enfermagem Encaminhamento da UBS para psiquiatria Cisam	
10.03.2010	Ferimento na perna	UBS	curativo	
2008	Começa a usar crack			Registro do CAPS AD
1993/94	Uso de THC e BA (bebidas alcoólicas)	Casa		

8.7 Anexo 8

Quadro da trajetória - Caso 3 - Cláudio, 17 anos.

Data	Evento	Instituição	Procedimento/Encaminhamento	OBS.
30.06.2011	Internamento no Hospital Psiquiátrico	HP	Tratamento por 28 dias /	Aguarda vaga em CT?
27.06.2011	Pai solicita declaração p/ internar em CT	CAPS AD	Fornecido documento padrão	
26.06.2011	Solicitação de exames	HMM	Cópia vai para UBS	Diretora da UBS diz não conhecer médico solicitante
25.06.2011	Internamento na Emergência Psiquiátrica	HMM	Encaminhado ao Hospital Psiquiátrico	
20.06.2011	Falta ao Grupo de Adolescentes	CAPS AD		
16.06.2011	Falta consulta residente	CAPS AD		
13.06.2011	Faz tratamento clínico no CAPS AD	CAPS AD	Redução de Danos – Atendimento individual, Grupo de Educação em Saúde, Grupo de Adolescente	Fica 1 mês abstinente e recai por duas vezes
16.03.2011				
31.03.2011	Registro: O aluno tem saído do Colégio por várias vezes mais cedo e perdendo aulas.	Escola	Não conseguiu falar com a família	
08.04.2010	O aluno foi embora no intervalo e recusou-se a assinar (doc)	Escola		
05.03.2010	É advertido por estar fora de sala de aula e passeando nos corredores e pátio.	Escola		
17.11.2008	Ferimento labial e na mão esquerda	UBS		Cadastrado aos 4 meses. Registro de tosse, febres, dor de garganta e acidentes.

8.8 Anexo 9

Quadro da trajetória Caso 4 - Douglas, 20 anos, portador de transtorno mental.

Data	Evento	Instituição	Procedimento/ Encaminhamento	OBS.
15.06.2011	Consulta na Emergência Psiquiátrica	HMM	Encaminhado ao Hospital Psiquiátrico (HP)	Passa 8 vezes no HM, não aceita internamento
15.06.2011 a 14.07.2011	Internamento no HP	HP	Atendimento individual e em grupo – psicologia, S. Social, T.O., enfermagem e medicina	Registro detalhado do histórico e atendimento
12.04.2011	Curativo, mordida de cão proc. do HUM	UBS	Realizado curativo	
16.04.2011	Internamento	HP		Duração 4 dias
03.03.2011	Internamento	HP	Tratamento de 33 dias	Volta a usar no dia da alta
19.02/2011	Mãe fala c/ psicóloga sobre filho e pai DQ	CRAS		
19.01.2011	VD - psicóloga	UBS	Orienta sobre medicamentos e encaminha à AMSM	
Ano de 2010	3 atendimentos ref. curativos	UBS	Realiza curativo	
19.08.2010	Internamento	HP	Tratamento 28 dias	
30.01.2010	VD - Nasce filha de D. Ele vive nas ruas	CREAS		
05.01.2010	Mãe pede ajuda p/ novo internamento	CREAS	Busca vaga	D não aceita
2009	Mãe recebe cotas e participa de Grupo	CRAS	Em 02.12.2009 é inserida no PBF	Não há registro sobre D
01.10.2009	Internamento	HP	28 dias	Mãe tenta trabalho p/ D. na Usina de reciclagem
28.09.2009	VD – D. continua no uso abusivo e praticando furtos. Vai ser pai.	CREAS	Mãe é orientada a não pagar as dívidas do filho e participar do AE	
03.08.2009	Internamento	HP	28 dias	iniciativa da mãe?
27.07.2009	Em VD AS é informada de recaída	CREAS	Marca atendimento individual e busca vaga em CT	
12.06.2009	Alta da CT	CREAS	VD - D participa do Cristma e trabalha com o pai	Situação de risco
28.04.2009	Encerra procedimento, devido maioridade	MP		
2009	D. permanece em internamento	CREAS	Faz VD e fornece VT p/ visita a Douglas. Mãe informa que o pai piorou depois que ela começou a trabalhar e o outro filho está traficando	
05.01.2009	VD	CREAS	Agenda atendimento para o pai de D. (não há mais registro a respeito)	A mãe de D. Começa a trabalhar
15.09.2008	Internamento	CT	CT com tratamento de 9 meses	
11.09.2008		CREAS	Faz relatório à SASC e solicita intervenção para conseguir vaga, sendo conseguido CT de Londrina	
05.09.2008	Internamento por determinação judicial	CREAS HM	AS informa ao CREAS. Médico informa ao MP-VIJ que D necessita de internamento em local protegido	
11.09.2008	Determinação Judicial (of.)	VIJ-MP	Internamento no HMM, aguardando vaga para HP	

31.08.2008	Internamento no HM			
18.08.2008	Avaliação na APAE	CREAS	D. não comparece. Está trabalhando em Cianorte, por 15 dias	O fator trabalho/renda prevalece sobre a saúde
07.08.2008	Avaliação no CAPS AD	CAPS AD	A. passa por dois atendimentos	Não adere ao tratamento
06.08.2008	Alta e atendimento	CREAS	Encaminhado ao CAPSAD e APAE	Aos 17 anos, é encaminhado a APAE
01.07.2008	Internamento	HPM	Tratamento de 45 dias (até 06.08.2008)	
18.06.2008	Internamento EP	HM	Duração de 6 dias – CREAS encaminha ao Abrigo até conseguir vaga em CT -marcado entrevista 27.06	D foge do abrigo
12.06.2008	André volta do internamento da CT e recai no mesmo dia	CREAS	AS faz VD junto com um Conselheiro e tentam encaminhá-lo, em vão, ao HM e depois à CT	
14.05.2008	Roseli é atendida e inicia tratamento psicológico	CREAS	Encaminhada para o Grupo de apoio a pais da comun.	
05.04.2008	D é internado em CT de União da Vitória, com mais 7 adolescentes em situação de rua	SMS	Secretário de Saúde informa a SASC providências tomadas. Esta envia cópia ao MP	
04.2008	Reunião entre CT, CMDCA e Sec. Saúde			
18.03.2008	Consulta	UBS	Medicad (Tegrex)	
28.02.2008		VIJ	Solicita ao CRAS acompanhamento familiar e de D	
10.01.2008	VD a pedido da enfermeira/ presc. remédio	UBS		
09.01.2008	Mãe busca ajuda p/internar o filho	MP		
15.10.2007	Relatório social e solicitação	CRCA	Solicitado ao CTM e MP providências p/ internamento em CT após saída de D do HP	
31.08.2007	Internamento	HP	Tratamento por 45 dias	4ª. internação - Mãe busca vaga em CT via Igreja
16.08.2007	Internamento	HM	Informa ao MP que o mesmo está desacompanhado	3ª. internação
13.08.2007	D. pede para ser internado (sofre ameaças)	CRAS	Encaminhado ao CTM, depois ao Abrigo, foge do local. acionado o MP. É internado no HM e foge	
10.08.2007	VD	CRAS	Acompanhamento da situação familiar /orientação	
12.12.2006		VIJ	Solicita Relatório ao CTM	
16.11.2006	Audiência	VIJ		
03.10.2006	Internamento	MP - CT	MP solicita vaga à CT	D fica 1 dia (2ª. internação)
12.09.2006	Abertura de procedimento de Medida Socioeducativa	MP	Solicita informações ao CRCA e CTM e convoca mãe e filho para audiência	
17.07.2006	Mãe pede orientação	CRAS	Orienta seguir orientação da psicóloga do CRCA	
11.07.2006	Mãe pede ajuda. D sofre violência policial	CRCA	Registra denúncia e envia ofício ao CTM e MP	Mãe informa sobre mocó nos fundos de Escola Municipal
11e 16.05.2006	Atendimento a avó	CTM	Tentou encaminhar a tratamento	Avó diz suspeitar que o neto usa droga (do Relat.do MP)
02.05.2006	Atendimento	CRCA	Envia relatório ao CTM	
26.04.2006	Solicitado internamento	CRCA	Encaminhado ao Recanto MJ (CT)	Evadiu-se
25.07.2005	Atendimento Conselho Tutelar	CTM	Encaminhamento p/ Neurologista - UBS	

29.11.2004	Internamento na EP por overdose	HM	Orienta a ficar 4 dias para desintoxicação	Foge do hospital 1 ^a . internamento
18.11.2004	D foi inserido no PET	CRAS/ CRCA	Tomada de providências	
26.04.2004	Atendimento mãe. D não vai à escola há mais de um mês. Uso frequente de thinner e maconha. Pratica esporte na quadra em frente de casa que foi reinaugurada. Diz que procurou a escola e orientadora iria contactar o CT.	CRAS	Sugerido acompanhamento psicológico à mãe, ela disse que ia pensar.	
08.03.2004	Douglas recusa-se a ir ao CAPS-AD e ameaça jogar pedra no carro do CRCA	CAPS AD		D. não adere ao tratamento
19.02.2004	Mãe reclama que Educadores de Base fazem abordagem, prometem que vão encaminhar p/ tratamento mas não o fazem	CRAS	Discute o caso c/ CRCA e faz contato com UBS.	AS da UBS orienta buscar o CAPS AD e CRAS faz o agendamento
		CEACAM	Orienta encaminhar ao CTM	
02.09.2003	A mãe relata que viu D usando SPA, ele quer ir para o abrigo (ele não estuda)	CRAS	Contatado o abrigo e o CRCA (Educador de base o acompanha) e o CEACAM	Ele está matriculado na capoeira, + não participa.
20.08.2003	Mãe busca ajuda, diz que D.(12a) sustenta a família , catando papel e mora c/ a avó	CRAS	VD da equipe do CRCA	Abandonou a escola Fica c/ 1/3 da renda
09.07.2001	D.(10anos). Suspeita problemas neurológicos. Reprovou 4 x a 1 ^a . Série, melhorou depois que foi estudar em sala especial.	CRAS	Orientado quanto a classe especial	Detectado problemas neurológicos
02.12.1999	Avaliação Psicoeducacional	Escola	Encaminha para Classe Especial. Orienta intervenção e atenção individual	D tem duas repetências
27/04/1993	Cadastro da família no serviço de AS	CRF	Mãe é orientada a colocar as crianças na creche	A tem 2 anos