

stricto
SENSU
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

RICARDO FLORES CAZANOVA

**A INTEGRALIDADE NA FONTE DO CONSULTÓRIO
DE RUA DO SUS**

Porto Alegre
2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

RICARDO FLORES CAZANOVA

A INTEGRALIDADE NA FONTE DO CONSULTÓRIO DE RUA DO SUS

Porto Alegre

2012

RICARDO FLORES CAZANOVA

A INTEGRALIDADE NA FONTE DO CONSULTÓRIO DE RUA DO SUS

Dissertação apresentada à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Orientadora: Professor Dra. Leonia Capaverde Bulla

Porto Alegre

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE

C386i Cazanova, Ricardo Flores
A integralidade na fonte do consultório de rua do SUS /
Ricardo Flores Cazanova. – Porto Alegre, 2012.
150 f.
Diss. (Mestrado) – Faculdade de Serviço Social, Pós-
Graduação em Serviço Social. PUCRS.

Orientador: Professor Dra. Leonia Capaverde Bulla.

1. Política de Saúde. 2. Serviço Social. 3. Sistema Único
de Saúde. 4. Dependência Química. 5. Consultório de Rua
I. Bulla, Leonia Capaverde. II. Título.

CDD 362

Bibliotecária Responsável

Ginamara de Oliveira Lima
CRB 10/1204

RICARDO FLORES CAZANOVA

A INTEGRALIDADE NA FONTE DO CONSULTÓRIO DE RUA DO SUS

Dissertação apresentada à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Aprovada em 30 de março de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dra. Leonia Capaverde Bulla – Orientadora – PPGSS/PUCRS

Prof^a. Dra. Patrícia Krieger Grossi – PPGSS/PUCRS

Prof. Dr. Luiz Fernando Silva Bilibio – UNISINOS

Porto Alegre

2012

*Aos trabalhadores e aos usuários dos
Consultórios de/na Rua do SUS.*

AGRADECIMENTOS

À Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, à Faculdade de Serviço Social dessa Universidade, bem como ao seu qualificado Programa de Pós-Graduação em Serviço Social pelo amparo e pela oportunidade profícua de crescimento acadêmico.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo subsídio que possibilitou o desenvolvimento da pesquisa e obtenção desse título.

Às generosas instituições que voluntariamente disponibilizaram documentos não sigilosos para compor parte do corpus de análise da pesquisa, base dessa dissertação.

Aos estimados professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social com os quais tive profícuas aulas e grandes aprendizados: Jane Cruz Prates, Idília Fernandes, Maria Isabel Barros Bellini, Beatriz Gershenson Aginsky, Berenice Rojas Couto, Carlos Nelson dos Reis, Gleny Terezinha D. Guimarães. Especial agradecimento, à minha orientadora, Profa. Leonia Capaverde Bulla pelos valiosos ensinamentos. Sua sabedoria, dedicação, paciência, compreensão e afetividade iluminaram meu percurso e me possibilitaram transpor obstáculos para chegar até aqui, muito obrigado.

À prezada banca, professoras Dra. Leonia Capaverde Bulla e Dra. Patrícia Krieger Grossi e professor Dr. Luiz Fernando Silva Bilibio meu sincero agradecimento pelas valiosas considerações.

À amiga e colega Erika Scheeren pelas oportunas sugestões, criteriosa revisão e amáveis palavras de incentivo.

Às atenciosas secretárias do Programa de Pós-graduação e da Faculdade de Serviço Social (PPGSS), pela agilidade e competência no trato das questões burocráticas e administrativas, mas principalmente, pela cordialidade, simpatia e profissionalismo: Andréa Küttner, Juliana Helmann Cavalheiro, Nazira Assef de Azevedo, Patrícia Fochezatto, Darling Siega. Também agradeço à equipe de apoio do Laboratório de Informática do Serviço Social Bruno e Paulo por sempre estarem dispostos a ajudar e orientar quanto à utilização dos equipamentos.

À querida turma de mestrado do PPGSS- PUCRS (ingressa em 2010), Rosana, Maristela, Dalila, Iara, Elisandra, Heraida, Débora, Rejane, Maria Gabriela, Patrícia, Ana Cláudia, Betina, Cristiane, Daniele, Isabela, Juliana, Lizandra, Lúcia, Marleci e Neuza, muito obrigado pela sintonia e pelos momentos agradáveis de partilha e construção de conhecimento. Também agradeço aos colegas e amigos do Núcleo de Pesquisa em Demandas e Políticas Sociais e do Grupo de Pesquisa Sobre Políticas Públicas de Enfrentamento à Drogadição (Convênio entre Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e Federação Internacional de Universidades Católicas - FIUC) pelo apoio, pela partilha de saberes.

À inesquecível turma (2010-2011) de Aconselhamento em Dependência Química da Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas – UNIAD/UNIFESP, principalmente aos colegas: Maria Eugênia, Jandira, Odair, Mauro, Jacqueline, Monique, Rosângela, Max, Waldevique, Santiago, Rafael, Silvio, Erika, Renata, Luana, Evanilda, Sávio, Nádia, Suilene, Marcelo, Rodrigo, Iara, Max, muito obrigado pela partilha; um agradecimento especial aos professores, Geraldo Campos, Neliana Figlie, Edilaine Moraes, Alessandra Diehl, Daniel Cordeiro, Cláudio Jerônimo, Sérgio Duailibi, Sandro Mitsuhiro, vocês ajudaram-me a compreender melhor as questões relacionadas à dependência química; e, sem esquecer-se da, sempre atenciosa, monitora Adriana Lima muito obrigado pelas respostas ágeis e precisas.

Aos bravos trabalhadores dos Consultórios de Rua, aos gestores, aos pesquisadores, aos residentes e aos estagiários com os quais mantive contato durante o decorrer dessa pesquisa, muito obrigado pela receptividade, pela contribuição (sempre que possível), pela paciência, compreensão e intenção em ajudar. Dentre essas pessoas, não poderia deixar de citar alguns nomes que se destacam, seja pela amizade construída, seja pela atenção dedicada: Carlos Pacheco, Ana Lúcia Valdez Poletto, Cláudia dos Santos de Sá, Heloiza Helena Dias Corrêa, Hilda Regina Martins Gomes, Leodeti Abreu da Costa, Luiz Fernando da Silva Bilibio, Milene Calderaro Martins, Rodrigo Garcia, Sílvia Regina Ramão, Franciele Loreto, Mário Francis; Marcelo Kimati Dias (Ministério da Saúde), Augusto Cesar, Ana Lúcia Correa e Maria Garrido (DF); Iacã Macerata (RJ); Terezinha Carvalho e Mário Costa (PE); Luiz Augusto Fuhrmann Schneider (Uruguaiana - RS); Maria do Carmo (Pelotas – RS), a todos, meus sinceros agradecimentos.

Aos trabalhadores e amigos do Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência CAPSi Pandorga e da Saúde do Trabalhador, ambos do Grupo Hospitalar Conceição, meu agradecimento pelo apoio e pela oportunidade de desenvolvimento profissional, mas, principalmente, pela receptividade e pelo carinho.

À minha amada família, Pedrina, Terezinha, Alcino, Marizete, Mégue, Giani, Hérico, Rafaela, Hérica e também aos tios e aos primos meu muito obrigado pelo apoio incondicional, pelo carinho, por serem meu porto seguro nos momentos tempestuosos e por me desculparem as ausências nos encontros familiares.

À minha rede ampliada de atenção integral, pessoas especiais que a vida colocou em meu caminho: Leonia Capaverde Bulla, José Bulla, Sheila Maia, Juliana Helmann, Gleny Guimarães, Hilda Regina Martins Gomes, Erika Scheeren, Heloiza Helena Dias Corrêa, Maristela Costa Irazoqui, Ivone e Leoni Cornely, Leandro Alves, Rosana de Lima, Gissele Carraro, Elias Saldanha, Iara Mara Martins, Dalila Lagrosse, Denise Machado, Geneci Paulo Dávila, Ângela Maciel, Carlos Alberto Reichelt, Daiana Martil, Cássio Machado, Isadora Lartigau, Jaqueline Eloisa Cornélius, Sheila Marx, Célia Nunes, Monique Damascena, Renato Diaz, Bruna Bersani, Erick Oliveira, Maria Cecília Mansur, Vanessa Azevedo, Vanessa Castro Alves, Luiz Samuel, Gabriela Cunha, Rafael e Miguel Sheram, a todas e todos vocês meu afetuoso agradecimento por estarem presentes e me apoiarem quando foi preciso.

As pessoas que foram aqui citadas nesta lista incompleta em ordem de lembrança, e não, necessariamente, de intensidade de vínculo, de alguma forma, em algum momento, fizeram a diferença em minha caminhada. Talvez para algumas delas seja surpresa estarem presentes nesses agradecimentos. Talvez nunca soubessem o quanto foram importantes na construção desse trabalho, mas foram. Mesmo sem saber todas elas me impulsionaram a seguir adiante não apenas na construção do trabalho, mas na consolidação da vida e da amizade. A todos vocês meus sinceros e profundos agradecimentos.

*“Amar e mudar as coisas
me interessa mais...”
(BELCHIOR, 1976)*

RESUMO

Essa dissertação de mestrado acadêmico aborda a temática da atenção integral no cuidado em saúde aos dependentes de crack, álcool e outras drogas, em situação de rua, a partir de documentos relacionados a Projetos de Consultório de Rua do Sistema Único de Saúde do Brasil, no período de 2010 a 2011. Integralidade pode ser entendida como um conjunto de medidas articuladas, preventivas e curativas, que visam promover a saúde em sua totalidade. O objetivo da pesquisa foi evidenciar, nos documentos selecionados, a presença de elementos da integralidade, bem como suas contradições. Os documentos foram categorizados em dois grupos: institucionais (projetos de Consultório de Rua) sociais relacionais (jornalísticos e de redes sociais virtuais). Compuseram o corpus de análise: 4 projetos institucionais submetidos ao Ministério da Saúde, 2 páginas de internet (um blog e um perfil de rede social), 77 notícias sobre Consultório de Rua e 130 comentários adicionais sobre duas notícias jornalísticas. O método de conhecimento da realidade foi o dialético-crítico; a técnica de análise textual se baseou em Bardin (1979) e utilizou-se software lexicométrio como ferramenta auxiliar; para análise dos blogs se embasou nos preceitos da netnografia e na análise de som e imagens. Os resultados demonstraram que é possível identificar elementos de integralidade nos documentos. Constata-se, contudo, que em alguns materiais ocorre concomitantemente a presença de elementos que favorecem e outros que comprometem a visualização do princípio da integralidade. Nas notícias de jornais prevalece a ausência de elementos de integralidade, em contrapartida é considerável a presença do ideário repressivo. Nos perfis de internet, bem como nos documentos institucionais, é possível identificar a presença de maior número de critérios de integralidade, extrapolando, inclusive, a dimensão da abordagem.

Palavras-Chaves: Drogas. Integralidade. Consultório de Rua. SUS.

ABSTRACT

This master's dissertation broach the theme of integral attention in the health care crack's dependents, alcohol and other drugs, homeless, whereof documents related to Project of Street 's Office in the Sistema Único de Saúde of Brazil between 2010 and 2011. Integrality can be understood as an articulated group of measures, both preventive and curative, to promote health in its entirety. The objective of this research was demonstrated the presence of elements favoring integrality, as well as its contradictions. Documents were categorized into four groups: legal, institutional, journalism and social networking. It was formed the corpus of analysis: four institutional projects were submitted to the Ministry of Health, two profiles of Internet social networking site and seventy-seven news Street's Office. The method used was the dialectical-critical and the analysis's technique to be based on Bardin (1979) et al. The results show that it is possible to identify elements of the integrality in the documents. There was, however, in some materials concomitant the presence of some elements that favor and others that hamper the application of the principle of integrality. In the news is considerable the absence of elements of integrality. In internet profiles as well as institutional documents it is possible to identify the presence of a great number of criterions of integrality, extrapolate, ever, the size of the approach.

Key Words: Drugs. Integrality. Office Street. SUS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª edição
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNM	Confederação Nacional de Municípios
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CR	Consultório de/na Rua do Sistema Único de Saúde
CRAS	Centros de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CREASPOP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CT	Comunidade Terapêutica
DSM – IIR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 3ª edição revisada
DSM- IV	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 4ª edição
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FIUC	Federação Internacional de Universidades Católicas
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GM/MS	Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde

LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde
OBID	Observatório Brasileiro Sobre Drogas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações não Governamentais
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PCR	Projeto de Consultório de Rua
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNPSR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PRONACI	Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
PSE	Proteção Social Especial
PPGSS	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RD	Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SRC	Sistema de Recompensa Cerebral
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: MANUAL DO CONDUTOR	15
2 O MAPA: INFORMAÇÕES DE CONTEXTO	18
2.1 AS DROGAS E SEU USO NA HISTÓRIA	18
2.2. AS DROGAS NA SOCIEDADE CAPITALISTA	24
2.4 O CONSULTÓRIO DE RUA.....	39
3 A DIREÇÃO DO ESTUDO	42
3.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DO MÉTODO.....	42
3.2 METODOLOGIA.....	48
3.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	51
4 A INTEGRALIDADE NA DIREÇÃO E NO SENTIDO DO CR.....	53
4.1 PROJETOS DE CR PARA CONDUÇÃO DO ATENDIMENTO INTEGRAL.....	53
4.2 O CONSULTÓRIO DE RUA NOS LUMINOSOS SENTIDOS DA INTERNET.....	63
5 CONSIDERAÇÕES PELO RETROVISOR	71
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICE A – QUADRO DE PUBLICAÇÕES LEGAIS RELACIONADA ÀS DROGAS E AO CONSULTÓRIO DE RUA.....	86
APÊNDICE B – CARTA CONVITE ENVIADA AOS GESTORES DE CR	89
APÊNDICE C – ORGANIZAÇÃO METODOLÓGICA.....	92
APÊNDICE D – ANÁLISE - GRÁFICOS AVALIAÇÃO DA TÉCNICA	97
APÊNDICE E – RESULTADOS - TABELAS DAS QUANTIFICAÇÕES DAS PALAVRAS DO CORPUS DE ANÁLISE	104
ANEXO A – CORPUS DA INTERNET – NOTÍCIAS E COMENTÁRIOS.....	127
ANEXO B – CORPUS DE INTERNET – BLOG E PERFIL EM REDES SOCIAIS .	142
ANEXO C – PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA.....	148

1 INTRODUÇÃO: MANUAL DO CONDUTOR

A dissertação foi intitulada de “Integralidade na fonte do Consultório de Rua do SUS” porque é resultado de uma pesquisa que buscou indícios do princípio constitucional da integralidade nos documentos (fontes) referentes aos Consultórios de Rua do SUS (CR). Esse dispositivo da saúde consiste de equipes multidisciplinares de atenção básica que utilizam veículos para rodar as cidades e disponibilizar atenção integral a pessoas em situação de rua, por vezes usuárias de drogas.

As analogias ilustrativas presentes nessa dissertação se referem a termos comuns aos sinais de trânsito, na condução e na estrutura de automóveis pelo fato de justamente ser a van, um tipo de veículo, um dos principais instrumentos de trabalho para a equipe do consultório de rua.

A opção por estudar o Consultório de Rua (CR) deu-se, primeiramente, pelo seu caráter inovador e pela sua relevância no cenário político e social do País na atualidade, devido, principalmente às recentes leis de “combate” às drogas no país. A prova disso é que em menos de dois anos já são aproximadamente 100 projetos de Consultório de Rua (PCR) aprovados e a meta é chegar à, pelo menos, 300 CR em pleno funcionamento até 2014.

Estudar um dispositivo reconhecido como uma das estratégias de enfrentamento à drogadição também coincidiu com os interesses da pesquisa guarda-chuva intitulada Políticas e Práticas de Enfrentamento à Drogadição no Rio Grande do Sul. Esse estudo, mais amplo¹, tem caráter interdisciplinar e é coordenado pela Faculdade de Serviço Social. Corresponde a uma parceria entre Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e a Federação Internacional de Universidades Católicas (FIUC).

Outro motivador para estudar o CR provém do compromisso ético-político do Serviço Social que não se esgota no Código de Ética Profissional dos Assistentes

¹ A saber, a pesquisa FIUC/PUCRS tem como objetivo geral: Avaliar as políticas e as práticas que constituem a rede de atendimento aos usuários de drogas e suas famílias na área da saúde, assistência social, justiça e segurança pública, a fim de contribuir para o enfrentamento da drogadição no Rio Grande do Sul, Brasil (BULLA, p.12, 2011).

Sociais (1993), mas nele tem sua base legal. E dele se ressalta um dos princípios fundamentais que determinaram o compromisso dessa pesquisa: os assistentes sociais devem ter “posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais [...]” (CFESS, 1993).

A escolha do Princípio da Integralidade como valise para o estudo deu-se após aproximações sucessivas sobre o tema, seja em estudo bibliográfico, seja no reconhecimento preliminar, em campo, numa das experiências de consultório de rua, em implantação, no ano de 2010. O estudo bibliográfico que precedeu o delineamento da pesquisa revelou que a proposta de Giovanella et. al (2002) para identificar elementos operacionais do princípio da integralidade era uma opção pertinente. Dado o caráter documental da pesquisa, coube, para tanto, fazer algumas adequações metodológicas.

A escolha por estudar fontes documentais deu-se a partir de estudo bibliográfico e contato com diversos documentos relacionados à temática de estudo, qual seja: a atenção integral em saúde a usuários e dependentes de drogas. Partiu-se do seguinte problema de pesquisa: “De que forma o princípio constitucional da integralidade se apresenta nos documentos relacionados a um serviço de atenção integral a usuários e dependentes de drogas, em situação de rua e quais seriam as contradições envolvidas no movimento dialético socioistórico?” (CAZANOVA, 2010, p.7.). Com base no desenho metodológico do estudo elegeram-se as fontes documentais mais adequados para a pesquisa, dentre elas os projetos de consultório de rua, para evidenciar a intencionalidade da instituição e as informações veiculadas na internet. Sendo que essas últimas foram divididas em notícias jornalísticas (para evidenciar os padrões ideológicos presentes na grande mídia) e os blogs mantidos por trabalhadores de consultório de rua (para evidenciar algum tipo de expressão/ percepção desses trabalhadores sobre o ato de seu trabalho).

A dissertação está organizada da seguinte forma: no capítulo 2 constam informações de contexto, que são necessárias para facilitar e harmonizar a fluência e o entendimento do percurso traçado. Como a discussão sobre a questão das drogas é parte integrante da temática enfocada e como há certas divergências, e até mesmo polêmicas a esse respeito, faz-se necessário esclarecer alguns termos e conceitos básicos em relação às drogas, ao uso de drogas e à totalidade na qual se

encontra. Assim, o item 2.1 trata da questão do uso de drogas e/na sociedade assumindo-se, para isso um posicionamento sob uma perspectiva socioistórica que envolve a questão. No item 2.2 abordam-se conceitos sobre o Consultório de Rua e no item 2.3 o princípio da integralidade. O capítulo 3 discorre-se sobre o método e os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa. Neste capítulo haverá uma discussão abrangente envolvendo as categorias trabalho, historicidade, totalidade, contradição e cotidiano. Aborda-se também, mesmo que brevemente, reflexões sobre os aparatos de dominação presentes na sociedade, pois essa discussão é fundamental para o item 4.2 especificamente. Nesse capítulo 4 constam as sínteses das análises dos documentos, legislações e reportagens, bem como as discussões sobre os resultados mais relevantes da pesquisa. O último capítulo, “considerações pelo retrovisor” dá o fechamento das questões prementes. A ele seguem as referências, apêndices e anexos.

Siga atentamente as indicações e boa leitura.

2 O MAPA: INFORMAÇÕES DE CONTEXTO

Ao olharmos para as linhas desse mapa veremos que o território² das drogas que parece central, mas não se resume nem finda em si mesmo; os territórios da historicidade e da totalidade se revelam nas formas da sociedade capitalista. Abordam-se conceitos e termos necessários à discussão e à totalidade que o princípio da Integralidade exige.

2.1 AS DROGAS E SEU USO NA HISTÓRIA

O uso de substâncias psicoativas perpassa a história da humanidade. Desde os primórdios, o ser humano não só convive com diversos tipos de drogas, mas também se dedica a descoberta de novas substâncias que propiciem novos estados de consciência, que facilitem a sociabilidade, que promovam o alívio das dores (do corpo ou da alma), que estimulem a sensação de bem estar e de energia, ou, simplesmente, que potencializem o prazer (LEITE, 1999; AMADEU, 2008; CARNEIRO, 2010; NIEL, 2011).

Um jarro de cerâmica contendo álcool em forma de resina é o achado arqueológico que comprova o quão antigo é o contato do ser humano com esta substância (GIRARDI, 2003). A datação desse artefato foi estimada a 5000 a.C, ou seja, final da era pré-histórica. Pouco se sabe sobre o modo como o álcool era preparado e em que circunstâncias era utilizado. Sabe-se, contudo, que a maioria das substâncias psicoativas presentes no mundo antigo e em diversas sociedades sempre sofreu algum tipo de controle. Por exemplo, na Grécia antiga o consumo de bebida alcoólica era restrito às reuniões exclusivamente masculinas denominadas de simpósios. Nesses encontros, havia uma pessoa encarregada de controlar o nível admissível de bebida e, se necessário, controlava o teor alcoólico adicionando água aos fermentados (CARNEIRO, 2010). Entre 1920 e 1932, o álcool foi proibido nos Estados Unidos da América (EUA) sob a chamada Lei Seca. O tabaco fora proibido em países protestantes, ortodoxos e islâmicos por estarem associados, inicialmente

² Mapa e território, neste parágrafo, são analogias a capítulo e enfoque, respectivamente.

aos católicos (CARNEIRO, 2010, p.17). A folha de coca³, por sua vez, é outro bom exemplo do controle de uso: mascá-la sem autorização expressa do imperador era considerado crime grave no Império Inca (ESCOHOTADO, 2002). O ópio⁴, inicialmente utilizado como antitussígeno, analgésico e antidiarreico, fora proibido na Idade Média e condenado pela Igreja Católica. A maconha que tem seu uso mais antigo registrado na farmacopeia chinesa de 2737 a.C⁵ fora proibida nos EUA, no ano de 1930, sob argumento de ser droga de imigrantes mexicanos e de ser motivadora de crimes (CARNEIRO, 2010).

A utilização de drogas não é exclusividade dos humanos. Outros animais, por exemplo, gatos, cabras, macacos e elefantes também estabelecem naturalmente padrões de utilização de plantas que contém substâncias psicoativas (GIRARDI, 2003). No ser humano, entretanto, pode-se dizer que a utilização das drogas transcende a o aspecto meramente biológico ou instintivo. O homem tem consciência do que experimenta e a partir da realidade concreta atribui-lhe significados, conceitos, valores. Significado vem de significação que corresponde aos sentidos das palavras “o que as coisas querem dizer ou representam” (FERREIRA, 2004, p.1844). Os significados das palavras vão além dos signos, por isso que, por exemplo, o processo de tradução (de uma língua para outra) exige algo mais do que uma simples decodificação. Significados vão além dos padrões dos signos a eles atribuídos, exigem interpretação e toda interpretação tem seu viés subjetivo. Esse fato explica em parte a grande dificuldade de se estabelecer com certeza a origem de alguns termos.

A palavra droga, por ter sido referenciada em diversas línguas, em momentos distintos, é uma dessas palavras de etimologia incerta. Alguns dos

³ Mascar folha de coca era utilizado como medida de tempo (40 a 60 minutos) e distância (2 a 3 Km) a pelos índios bolivianos que atribuíam tais medidas ao tempo que durava a sensação de euforia de mascar determinada porção de folha de coca e carvão vegetal. Dessa forma, em vez de minutos e quilômetros se utilizava o padrão conhecido como “cocada” (LEITE, 1999, p.17).

⁴ O ópio foi talvez a única droga que tenha sido a causa eminente de duas grandes guerras envolvendo a China (consumidora) e Inglaterra (fornecedora), sendo a primeira guerra iniciada em 1839 e a segunda, envolvendo EUA e França (aliados dos ingleses), em 1856 (CARNEIRO, 2010, p. 18), sendo que em ambas a China fora derrotada o que culminou, por exemplo, em 120 milhões (20% da população chinesa) dependentes de ópio. “O flagelo só foi erradicado após a chegada dos comunistas ao poder, em 1949” (LABROUSE, 2010, p.33).

⁵ Além dos uso terapêutico, a maconha, ou melhor, o cânhamo, era utilizado como óleo combustível, fibra para composição de cordas navais, tecido e papel (CARNEIRO, 2010).

significados atribuídos à palavra dizem respeito justamente a sua origem incerta, duvidosa. Há autores que atribuem a origem da palavra ao holandês *droog*, que significa seco, mercadoria enxuta (NASCENTES, 1955)⁶. Outros atribuem como sendo originária do alemão, *droge*, *dry* (recipiente ou caixas de embalagens para produtos secos) que teria dado origem ao *drogue*, francês e ao *drogge*, inglês (HECKLER, et. al, p.1527, 1988).

Na décima edição do *Grande Dicionário da Língua Portuguesa*⁷ Morais Silva, que, segundo Verdelho (2003), é considerada a mais importante referência histórica da lexicografia portuguesa, constam os seguintes significados e comentários abaixo:

Droga, s.f. Designação geral de qualquer substância que se emprega como ingrediente em tinturaria, química ou farmácia. || Diz-se das especiarias, das plantas medicinais que vinham do Oriente, e, em gera, de qualquer mercadoria dessa procedência: «a cartilha de Xavier... Veio da Índia, sendo, entre os diamantes, pérolas e rubis, a mais preciosa das suas *drogas*» António Vieira, *Sermões*, VIII, 2, l62. || Mau remédio. || Qualquer substância medicamentosa e em especial os estupefacientes: «usa também em idêntico grau de *drogas* medicinais», Ramalho Ortigão, *Jonh Bull*, 76. || Tecido leve de lã ou de seda. || Remédio, bebida, produto alimentício de má qualidade, falsificado e que faz mal.|| Fam. Aplica-se em geral a pessoas, ditos, escritos, coisas que não prestam: «esse fulano é *droga*»; «o vinho que serviram à mesa era uma *droga*»; «essa comédia é uma boa *droga*». || Falsidade, embuste, mentira: «a verdade é esta e o mais é *droga*». || Objeto, coisa: «tire daí essa *droga*». || Dar em *droga*, gorar-se, dar em pantana, malograr-se:«o negócio *deu em droga*» mudar para pior, transviar-se:«o rapaz em quem tanta esperança se depositava, *deu em droga*».||Prostituir-se:«a filha do Meira *deu em droga*». (MORAIS SILVA, p.168, 1949-1959).

⁶ Nesse dicionário etimológico ainda atribuem referência à *durawa*, debulho; *trochiskos*, pílula; *dorg*, caro, do eslavo (NASCENTES,1955).

⁷ “A ‘10º. edição revista, corrigida, muito aumentada e actualizada’ (12 vols. 1949-59) do Grande dicionário da língua portuguesa constitui uma das últimas e, até ao momento, a mais importante realização da dicionarística portuguesa [...] O aspecto mais meritório deste empreendimento é justamente o da textualização sistemática e medianamente rigorosa do léxico português, variando e referenciando as abonações, recolhidas num alargado património escritural pancrónico, em que abundam também os autores modernos, portugueses e brasileiros” (VERDELHO, p. 39, 2002) .

Percebe-se que a maioria dos significados diz sobre algo ruim ou de má qualidade. Das onze definições apresentadas, quatro podem ser consideradas positivas⁸ ou neutras (principalmente aquelas relacionadas a medicamentos) e sete são explicitamente pejorativas. Destacam-se: “especiarias e plantas medicinais que vinham do Oriente” e “qualquer substância medicamentosa em especial os estupefacientes” (MORAIS SILVA, p.168, 1949-1959), pois essas significações se reproduzem com frequência em outras fontes consultadas. Apesar das múltiplas atribuições, conceitos e significados da palavra droga, atualmente, ela tem forte conotação como sendo algo ruim, prejudicial, excetuando-se os meios científicos nos quais as drogas fazem parte enquanto insumo químico de laboratório e matéria-prima de medicamentos. Ghodse (1995), de maneira jocosa, alude que “droga é uma substância que quando injetada em um rato, produz um artigo científico”⁹.

A Organização Mundial de Saúde, em 1994, faz as seguintes considerações sobre a droga:

Droga corresponde a um termo de uso variado. Na medicina, se refere a qualquer substância com o potencial de prevenir ou curar doenças e melhorar a saúde física ou mental e farmacologia como qualquer substância química que modifica os processos fisiológicos e bioquímicos dos tecidos ou organismos. Assim, uma droga é uma substância que é, ou pode ser incluída na Farmacopeia. Em linguagem coloquial, o termo geralmente refere-se especificamente a substâncias psicoativas, e, muitas vezes, ainda mais especificamente, às drogas ilícitas. Teorias profissionais (por exemplo, "Álcool e outras drogas") geralmente tentam mostrar que a cafeína, tabaco, álcool e outras substâncias, muitas vezes utilizada para fins não médicos são drogas também no sentido de que elas sejam tomadas, o pelo menos em parte por seus efeitos psicoativos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994, p.34).

⁸ Seibel considera mais duas possíveis origens da palavra, droga: “poderia ter vindo do persa *droa*, que significa odor aromático, do hebraico *rakab*, perfume, ou do holandês *droog*, substância ou folha seca” (2010, p.4).

⁹ A brincadeira por mais bem humorada que seja guarda consigo um caráter de denúncia quanto à banalização do uso de animais em experimentações científicas fato que tem sido fortemente combatido pela sociedade.

Quanto ao conceito farmacêutico diz-se que droga é “toda matéria prima capaz de originar um fármaco¹⁰ que contenha em si determinado princípio ativo” (OGA, 2008). Os princípios ativos que têm ação no sistema nervoso central (SNC) são chamados de psicotrópicos¹¹ ou psicoativos. Alguns destes compostos têm maior potencial de reforço positivo, ou seja, quando utilizados causam algum efeito benéfico que faz com que a pessoa que utilizou sinta vontade de repetir a experiência. Esses compostos agem em determinada área¹² cerebral estimulando a potencialização de neurotransmissores responsáveis pela sensação de bem-estar. Os psicoativos que atuam nessa região do cérebro provocam efeitos estimulantes, euforizantes e/ou tranquilizantes (CAZENAVE, 2010, p.41). Para além de uma abordagem bioquímica é importante salientar a utilização de quaisquer drogas, a menos que seja forçada, é fruto de um ato voluntário do qual os sujeitos envolvidos e que “a iniciação do uso de qualquer substância é precedida por uma valoração favorável dessa substância” (QUEIROZ, 2010, p.1001). É sabido, entretanto, que existem fatores sociohistóricos (os quais serão abordados mais adiante nessa dissertação) que podem contribuir ou dificultar o uso de determinadas substâncias.

Quanto aos tipos de uso de substâncias psicoativas são classificados de acordo com a Organização Mundial de Saúde (1994) como: arriscado, disfuncional, experimental, nocivo, recreativo e/ou social. A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, em 2010, ratificou esses conceitos de tipos de uso e reeditou a publicação da Organização Mundial de Saúde, os quais, dada relevância, são reproduzidos abaixo:

- **Uso arriscado.** É um padrão de uso de substância psicoativa que aumenta o risco de consequências prejudiciais para o usuário. Refere-se a padrões de uso significativos para a saúde pública,

¹⁰ “Um fármaco é uma substância química que afeta a função fisiológica de modo específico. Com poucas exceções, os fármacos atuam sobre proteínas-alvo, que consistem em: enzimas; transportadores; canais de íons; receptores [mas, cabe ressaltar que] nenhum fármaco é totalmente específico nas suas ações. Em muitos casos, o aumento na sua dose afeta outros alvos diferentes do alvo principal, podendo resultar em efeitos colaterais” (RANG, 2004, p.9).

¹¹ “No contexto do controle internacional de drogas, “substâncias psicotrópicas” dizem respeito a substâncias controladas pela Convenção de Substâncias Psicotrópicas de 1971” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010, p.99).

¹² O mecanismo de gratificação ou sistema de recompensa cerebral (SRC) corresponde a uma área do cérebro relacionada com a sensação de prazer (SILVA; LARANJEIRA, 2010, p.23).

apesar da ausência momentânea de qualquer transtorno atual ao usuário.

- **Uso disfuncional.** É o uso de substâncias psicoativas que causa prejuízo em funções psicológicas ou sociais, como perda de emprego ou conflitos conjugais.
- **Uso experimental.** Usualmente, os primeiros poucos episódios de uso de uma droga específica (algumas vezes incluindo tabaco ou álcool). A expressão refere-se algumas vezes ao uso extremamente raro ou não persistente.
- **Uso nocivo.** Um padrão de consumo de qualquer substância psicoativa que causa dano à saúde. O dano pode ser físico (por exemplo, hepatite secundária ao uso de injeção de drogas) ou mental (por exemplo, episódios depressivos secundários à ingestão abundante de álcool). Comumente, mas não invariavelmente, o uso nocivo tem consequências sociais adversas; no entanto apenas consequências sociais não são suficientes para justificar o diagnóstico de uso nocivo. O termo foi introduzido na CID-10 e suplantou o “uso não dependente” como formulação diagnóstica. O equivalente mais aproximado em outros sistemas diagnósticos (por exemplo, o DMS- IIR) é abuso de substância, que usualmente inclui consequências sociais.
- **Uso recreativo.** É o uso de uma substância psicoativa, em geral ilícito, em circunstâncias social ou relaxante, sem dependência ou outro transtorno.
- **Uso social.** É o uso de substâncias psicoativas em companhia de outras pessoas. Frequentemente usado de maneira imprecisa como indicar um padrão diferente do beber problemático (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, p.125-8).

Constata-se, a partir do exposto, que nem todo uso de drogas é considerado problemático ou precursor, necessariamente de algum tipo de dano, contrapondo o principal argumento da vertente conservadora proibicionista¹³ que apregoa “intolerância ao consumo, propõe ações voltadas para eliminação [das drogas] além da ilegalidade das substâncias e repressão ao usuário” (CAVALLARI; SODELLI; 2010 p.796). Os autores consideram que tal abordagem proibicionista utiliza,

¹³ “O proibicionismo, em uma primeira aproximação, pode ser entendido, como um posicionamento ideológico, de fundo moral, que se traduz em ações políticas voltadas à regulação de fenômenos, comportamentos ou produtos vistos como negativos, por meio de proibições estabelecidas notadamente com a intervenção do sistema penal – e, assim, com a criminalização de condutas pela edição de leis penais -, sem deixar espaço para as escolhas individuais, para o âmbito de liberdade de cada um, ainda quando os comportamentos regulados não impliquem um dano ou um perigo concreto de dano para terceiros” (KARAM, 2010, p.1135).

frequentemente, vocabulário bélico tais como “guerra às drogas¹⁴”, “luta contra as drogas” e “ações antidrogas” (CAVALLARI; SODELLI; p.797).

“O modelo moral foi a primeira tentativa da sociedade contemporânea de entender e controlar o uso de substância psicoativa” (PERREOUD, 2011, p.43). O apelo moral pode ser identificado em três tipos de atuação:

- 1) Programas de compromisso, baseados em discursos e cruzadas que enfatizam as drogas como as culpadas pela corrupção moral das sociedades contemporâneas. Utilizando-se com frequência de recursos como conclamar as pessoas a assinarem compromisso de se manter longe das drogas, petições antidrogas etc.
- 2) Promoção de discussões grupais denominadas clarificação dos valores e procura demonstrar que os valores de cada pessoa, assim como seus planos pessoais, devem ser incompatíveis como uso de drogas.
- 3) Normalização do ambiente que procura [...] estabelecer regras morais que devem ser cumpridas por todos e que excluam as drogas do meio imediatamente circundante (CARLINI, 2010, p.789).

Essa perspectiva, de origem estadunidense, apregoa que o mundo se divide entre países produtores e países consumidores de drogas proibidas (LABROUSSE, 2010, p.9) e que, dessa forma, os países tidos como consumidores seriam vítimas e teriam o direito de se defender, inclusive intervindo em outras nações (PASSETI, 1991, apud LABROUSSE, 2010, p.9). A intervenção pode se dar de diversas formas, desde a disseminação ideológica da política de guerra às drogas até o embargo econômico às nações contrárias.

2.2. AS DROGAS NA SOCIEDADE CAPITALISTA

A questão das drogas passa a ser politicamente interessante a determinados países para legitimar suas intervenções internas e externas das mais variadas formas. “Na década de 1990, o controle do crime tornou-se a grande questão para a

¹⁴ O enfoque de Guerra às Drogas trabalha com a perspectiva da completa abolição de todo e qualquer uso de drogas (CARLINI, 2010, p.787).

sociedade norte-americana” (MICHENER, 2005, p.579). Fomentou-se o investimento nas indústrias bélicas e nos mecanismos de repressão. Construíram-se novos presídios e, conseqüentemente, aumentaram os números de prisões, invertendo-se a lógica, pois, naquele país as taxas de crime não aumentaram significativamente nos últimos 25 anos, inclusive, em 1997, elas estavam caindo. O aumento, entretanto, deu-se no que se refere à retórica política repressiva, bem como o foco dado pelos meios de comunicação de massa à questão do uso de drogas, levando o público a perceber um aumento que não existia. Dessa forma, utilizou-se a campanha do medo para ganhar apoio da população.

As taxas de crime não aumentaram substancialmente nos últimos 25 anos, na verdade, em 1997 elas estavam caindo. O que aumentou foi a retórica política e a atenção dos meios de comunicação de massa para com um nível estável de criminalidade, levando o público a perceber um aumento (MICHENER, 2005, p.579).

Externamente, a droga “é utilizada simultaneamente pelos Estados Unidos como uma arma diplomática para desestabilizar ou desacreditar seus adversários políticos” (LABROUSSE, 2010, p.131). A instalação de base aérea no norte do Peru (início dos anos 1990) e o “financiamento de intensa campanha de fumigação em áreas colombianas causando graves danos ao ambiente e, provavelmente, à saúde humana, são exemplos de intervenção dos EUA” (LABROUSSE, 2010, p.31), sob a propalada guerra às drogas.

O apelo moral na perspectiva da Guerra às Drogas dicotomiza uma questão complexa a um mero reducionismo entre (bem versus mal). O reducionismo “serve também para encobrir alguns dos reais problemas estruturais da sociedade criando um inimigo imaginário útil¹⁵ à manutenção do *status quo*” (MACRAE, 2010, p. 32).

Os problemas estruturais da sociedade capitalista vão além dos problemas perceptíveis, explícitos tais como a exclusão do mercado de trabalho e a desigualdade social, as quais não são problemas para a sociedade capitalista mas sim premissas constituintes e necessárias a ela. Os problemas estruturais da

¹⁵ Segundo Cohen, nada une tanto os integrantes de grupos divergentes como a identificação de um inimigo comum a ser combatido (1966, p.18).

sociedade capitalista dizem respeito à exploração de classe e à dominação. Para que essas questões não sejam percebidas como reais motivos dos problemas da sociedade utiliza-se uma série de aparatos ideológicos que ocultam tais problemas estruturais ou deles desviam as atenções. “Pode-se dizer que a dominação política em sociedades industriais capitalistas é o método da dominação de classes que não se revela como tal” (OFFE, 1984, p.162). Ela (a dominação) é instaurada e dissimulada pelos mesmos mecanismos, tais como na formação de consenso; na deturpação da democracia representativa, a qual se esgota no mero exercício do voto nos processos eleitorais; nas políticas compensatórias de cunho assistencialista desprovido do caráter emancipatório.

O debate sobre a descriminalização e legalização das drogas é campo fértil para debates acalorados. Alguns assumem o posicionamento ideológico, outros, entretanto, deixam-no obscurecido pelo véu da cientificidade e do racionalismo. A esse respeito, têm-se os defensores da “Guerra às drogas” que preconizam a necessidade de abstinência total e inequívoca sob o argumento de que todo e qualquer uso seria prejudicial e acarretaria invariavelmente algum dano, ou ainda: que qualquer uso necessariamente conduziria a um padrão de dependência, afirmativa que é contrariada por estimativas de que menos de 10% dos jovens, entre 12 e 17 anos, que experimentam drogas não seguem fazendo uso regular e que uma em cada 100 pessoas que experimenta maconha passará a fazer uso de cocaína (ANDRADE; RONZANI, 2009, p.27). Estudos populacionais demonstram que 60% das pessoas que fazem uso nocivo do álcool não progredirão para dependência, sendo que 20% voltarão para o uso social ou recreativo e 20% ficarão dependentes (BORDIN, 2010, p.5).

Quanto à teoria da escalada, que uma droga levaria a outra, os autores demonstram que tal afirmativa contém falhas sistemáticas decorrentes de equívocos e simplificações metodológicas (ABREU; MALVASI, 2011, p.75). Para Edward McRae e Simões (2000) a teoria da escalada dificulta a consideração de variáveis sociais e políticas mais complexas. Esses pesquisadores pontuam que a teoria da escalada “só faz algum sentido quando relacionada à organização social de distribuição de drogas ilícitas” (ABREU; MALVASI, 2011, p.75). Em suas pesquisas, MacRae e Simões (2000) constataram que traficantes, para estimular a venda de algumas drogas, por vezes, limitavam a oferta de outras, numa autêntica estratégia

de ampliação de mercado. Sabe-se que tanto o mercado das drogas lícitas quanto ilícitas movimentam vultosos montantes. Os ganhos com as drogas e com a lavagem de dinheiro decorrente delas foram estimados entre 150 e 200 bilhões de dólares anuais (LABROUSSE, 2010, p.56). As seis empresas líderes na produção de cigarro (tabaco) lucraram US\$ 35,1 bilhões em 2010 sendo esse lucro maior do que o da Coca-Cola, da Microsoft e do McDonald's somados (ERIKSEN, et al. 2012). No Brasil a indústria do fumo movimenta em torno de 15 bilhões de Reais (ERIKSEN, et al. 2012). A área destinada ao plantio de tabaco chega próxima a 500 mil hectares (ERIKSEN, et al. 2012), tornando o Brasil um dos maiores produtores de cigarro. Ao lado do alto lucro do comércio das drogas estão as questões que levam ao uso de tais substâncias.

Em termos gerais, Edward MacRae (2010), com base em estudos dos cientistas Jean-Paul Grund e Norman Zinberg, constata que o uso de drogas está vinculado a três aspectos: disponibilidade da droga; valores, regras, rituais e modo de vida, ou seja, fatores constituintes do cotidiano da sociedade capitalista de consumo. Entende-se por cotidiano tudo que está direta ou indiretamente ligado aos aspectos que abrangem a sociabilidade. O cotidiano é o espaço no qual o homem produz e reproduz a si, sua vida, e a própria sociedade mediante ações concretas e históricas (HELLER, 1991), sendo as potências, possibilidades e limitações da vida cotidiana estreitamente atreladas ao momento histórico da sociedade.

Tanto a fugacidade das motivações quanto a rigidez do modo de vida estão presentes no cotidiano. Ao incorporar ou negar valores e hábitos do cotidiano o homem constitui sua singularidade na vida social (HELLER, 1985). Essa relação entre pessoa e sociedade se dá de maneira espontânea, heterogênea, imediata e por vezes com assimilação e reprodução acrítica das normas e valores presentes nesse cotidiano (HELLER, 1985). Essa afirmação não implica dizer que o ser humano seja acrítico, mas que em certas circunstâncias e diante de certos mecanismos ideológicos assume valores tácitos ou explícitos sem contestá-los, num primeiro momento, pela própria lógica da reprodução social.

Reprodução social se refere ao modo como são produzidas e reproduzidas as relações sociais da sociedade sendo que a reprodução das relações sociais é entendida como a reprodução da totalidade da vida social (YAZBECK, 2009). Em outras palavras, reprodução social é, de fato, o repetir da produção social. A

produção social engloba os diversos aspectos necessários à sua renovação: “quando visto como um todo interligado, e no fluxo constante de sua renovação permanente, todo processo social de produção é, ao mesmo tempo, um processo de reprodução” (MARX, 1996b, p.199). O trabalho é o complexo social fundamental à reprodução da sociedade. É a partir dele que o homem interage com a natureza e constrói os meios materiais necessários para subsistência da espécie. Entende-se por complexo social “o conjunto de relações sociais que se distingue das outras relações pela *função social*¹⁶ que exercem no processo reprodutivo” (LESSA, 1999, p. 26). Dessa forma, quando o trabalho, no processo produtivo, passa a ser fruto da exploração do homem pelo homem, surgem tensões. Para conter essas tensões e manter a reprodução social nas mesmas bases de exploração, emergem complexos sociais, por exemplo, o Estado, a Política, o Direito (LESSA, 1999) os quais atuam na manutenção do *status quo* da sociedade.

Na sociedade capitalista, inúmeros são os mecanismos de dominação que sustentam o modo de produção. A sociedade capitalista é a sociedade dos exageros, dos excessos, do hedonismo, da exclusão, da indiferença e da fragilização dos vínculos afetivos (BARBOSA, 2010). Nesta sociedade, o prazer deve ser rápido quanto mais precoce e menos interação melhor. Tem-se a impressão de que não há tempo a perder. Toda essa pressão exige das pessoas um alto índice de “adaptabilidade” e de saúde mental que não é condizente com a saúde apresentada pela própria sociedade capitalista. A angústia causada por essa sociedade que lhe exige todo seu tempo e esforço e lhe nega o prazer da convivência com as pessoas que lhe são caras, estimula o sujeito a tentar, de alguma forma, libertar-se do sofrimento. Diante de todas as pressões impostas pela mídia e pelo capital, muitas pessoas procuram nas drogas a possibilidade de fuga e de prazer. Em meio a tantas cobranças, privações, injustiças e desigualdades buscam liberdade. Entretanto, o que ocorre é justamente o contrário. Os toxicômanos se tornam dependentes e perdem o pouco de liberdade que ainda

¹⁶ A função social da fala (expressar o novo incessantemente produzido pelo trabalho tanto na consciência dos indivíduos como na comunicação indispensável entre eles) é distinta da função social do Estado (instrumento especial de repressão da classe dominante voltado à realização da exploração da força de trabalho das classes dominadas), neste sentido preciso, o Estado é um complexo social distinto da fala.

resta, pois passam a não conseguir mais controlar os impulsos e a compulsão pela droga. Aos usuários de drogas, não raro, se vincula a alcunha de pessoas “inadaptadas” à sociedade, quando, na verdade, o que se constata é justamente o contrário. São pessoas perfeitamente “adaptadas” à sociedade, pois consomem e são consumidas por ela, assim, a dependência, e os diversos tipos de uso de drogas são sintomas clássicos da sociedade do consumo, um reflexo da sociedade em transformação.

Para entender as transformações da sociedade capitalista e seus sintomas é essencial compreender a questão social e suas novas expressões. A cada dia depara-se com situações diferentes em relação aos problemas da sociedade, que não podem ser consideradas como uma nova questão social, mas sim, como novas configurações de uma questão social antiga, a qual tem, na exploração da força trabalho, a busca pela mais-valia, pelo lucro e pela acumulação do capital (NETTO, 2001).

Ao se prestar atenção aos resultados, aos efeitos desta suposta nova questão social percebe-se que nela continua presente e a alimentando a velha exploração, onde a ampliação e centralização do capital é a finalidade imediata que é, por sua vez, mediatizada pelo trabalho coletivo e a apropriação privada dos meios de produção. Gera-se uma tensão, na qual objetivos antagônicos de lucrar e de sobreviver vendendo sua força de trabalho se embatem. Nessa tensão o trabalhador fica à margem da posse dos meios de produção, mas resiste das mais diversas formas.

O Trabalho para Marx “é a atividade pela qual o homem domina as forças naturais, humaniza a natureza; é a atividade pela qual o homem se cria a si mesmo” (1996). Entretanto, o trabalho que deveria ser fonte de realização, muitas vezes se torna fonte de sofrimento, e o ser humano passa a não se enxergar no fruto de seu próprio labor alienando-se pela divisão do trabalho. Introduce-se um “estranhamento” entre o trabalhador e o trabalho, na medida em que o produto do trabalho, antes mesmo de o trabalho se realizar, pertence à outra pessoa que não o trabalhador. Por esse motivo, em lugar de se realizar no trabalho o ser humano se aliena nele. Não se reconhece em sua criação. Ao contrário, o ser humano sente-se ameaçado por ela (MARX, 1996a).

O desemprego estrutural ostenta uma parcela considerável de trabalhadores desempregados ou subempregados, desprovidos dos mínimos necessários para sobrevivência digna que, não raro, carregam consigo um sentimento equivocadamente de fracasso e culpa pela própria situação. A pessoa vê-se imersa num universo midiático que supervaloriza o excesso de consumo em detrimento do equilíbrio entre necessidade e demanda. A produção desenfreada exige da natureza mais do que ela pode dar, colocando em risco a capacidade de regeneração da biosfera. O ser humano sobressai ao ser no processo de reificação. Segundo Marx: é a humanização da coisa e a coisificação do homem (1996a). As novas tecnologias, a robótica, a internet possibilitam ao homem curar doenças, reduzir distâncias (a comunicação torna-se instantânea), contraditoriamente a doença do isolamento, a depressão, bem como o distanciamento e superficialidade das relações interpessoais nunca foi tão expressivo. Pessoas passam a privilegiar o contato artificial, mediatizado pela máquina. Dá-se vida aos objetos enquanto vidas se tornam objetos.

O progresso tecnológico, juntamente com a redução dos níveis de investimento no setor produtivo, bem como os altos níveis de exigência de preparação contrastam com a deficiência de políticas públicas para a qualificação do trabalhador, e contribuem para agravar a situação de pobreza e da falta de acesso à renda a parcela expressiva da população (COSTA, 2005).

A sociedade contemporânea, marcada pelos processos de globalização e neoliberalismo, tem o individualismo como processo intrínseco e aparentemente necessário sob o manto do fetichismo da mercadoria (IAMAMOTO, 2008). Preconiza-se que o Estado proteja e ampare a acumulação de capital frente às sucessivas crises do modo de produção capitalista. Valendo-se, para isso, do recrudescimento dos mecanismos de espoliação, tais como a financeirização da economia mundial e o avanço do agronegócio sobre terras públicas (MARANHÃO, 2008). A disposição e o empenho do Estado em proteger os lucros dos bancos, por exemplo, contrasta com a morosidade burocrática na destinação de recursos de aporte às políticas públicas sociais, tais como educação, saúde, assistência, cultura. Márcio Pochmann ressalta, que para “o enfrentamento das vulnerabilidades da população a ação governamental exige não apenas a ação setorial, mas, sobretudo e cada vez mais, a matricialidade das políticas de segurança social” (2010, p. 175). A matricialidade a qual Pochmann deriva dos modelos organizacionais e matemáticos.

Ela tem estado presente tanto nas conferências quanto na pauta da gestão de políticas públicas fato que pode trazer bons resultados em termos de integralidade das ações.

2.3 AS POLÍTICAS SOBRE DROGAS E A INTEGRALIDADE

O conceito de matricialidade pode ser relacionado à teoria matemática das matrizes, mais especificamente, à teoria dos jogos e aos conceitos e estratégias organizacionais (COSTA, 1987; CHIAVENATO, 1938). Matricialidade tem a ver com rede compartilhada, com traçados, com as complexificações necessárias para casos complexos (LODI, 1970). A matricialidade não implica, necessariamente, deter todos os meios necessários, mas em utilizar todos os meios disponíveis de maneira eficiente para atender o que lhe é demandado (LODI, 1970). Em termos de política, matricialidade tem a ver com a transversalidade de planos, programas e projetos. É uma maneira tentar obter o máximo de potência dos recursos existentes para atender a população e possibilitar o incremento de novos serviços. Em termos organizacionais, “a ênfase deixa de ser dada no volume e passa a ser colocada na complementação do trabalho para uma finalidade específica” (LODI, 1970, p.174), significa articular, interagir, movimentar-se pelo sistema sem perder foco.

Na estratégia de matricialidade a tendência é utilizar a mesma rede para dar conta de diversas linhas de atenção a determinadas doenças e não a grupos de portadores de doenças. Trabalhar na perspectiva de políticas para portadores de doenças implica assumir o caráter tão somente assistencial. Ao passo que Políticas Públicas, na perspectiva da integralidade, devem optar por planejar ações voltadas à promoção de saúde, pois dessa forma entram no rol de discussões tanto as pessoas que padecem de algum mal quanto aquelas que podem vir a desenvolver o agravo. Assim, a perspectiva de ação se amplia para a perspectiva da prevenção e não apenas na assistência (MATTOS, 2007, p.50).

As políticas de segurança, educação, assistência, seguridade, trabalho e previdência, dentre outras devem estar articuladas para o enfrentamento dessa expressão que não se resume ao posicionamento dicotômico entre bem e mal implícito nos slogans “antidrogas”, ou “crack nem pensar” tal como veiculado pela mídia. Essa abordagem reduz a amplitude da questão que não se resume a um

desejo subjetivo, mas socialmente implícito e propício ao erro de culpar o próprio sujeito por sua situação desconsiderando os condicionantes sociais.

As experiências dos usuários de drogas não são empreendidas de forma solitária ou voluntariamente. “Eles as realizam no interior de uma história, de um contexto socioeconômico, imersos em momentos socioculturais, vinculados a sistemas familiares e estimulados pela manipulação e apelo da sociedade na qual vivem” (OLIVENSTEI, apud PAULILO, 2008, p.36). A ingestão de drogas funde-se, portanto, com os dados desta história. Em se tratando de dependência percebe-se que “o dependente se isola do contato com a família, amigos, tem dificuldades no trabalho ou escola, podendo se envolver com o crime e o sistema de justiça criminal” (OGA, 2008, p.329). Para o dependente, a prioridade na vida passa a ser obter e usar droga. A vontade é sempre maior que a prudência; por exemplo, essa compulsão supera até o medo de contrair doenças infectocontagiosas e a contaminação pelo vírus HIV (OGA, 2008).

Sabe-se, contudo, que nem todos que usam drogas se tornam dependentes. Ampliar esse entendimento é fundamental tanto para intervenção em saúde quanto para o planejamento de políticas públicas. A respeito da questão do uso nocivo de drogas e seus rebatimentos na vida das pessoas envolvidas faz-se necessário considerar não só as particularidades imbricadas à saúde das pessoas que optam por utilizar tais substâncias, mas também daquelas pessoas que não estão envolvidas diretamente ou indiretamente nessa opção pelo uso.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o uso prejudicial de álcool resulta em 2,5 milhões de mortes a cada ano e 320 mil jovens com idade entre 15 e 29 anos morrem de causas relacionadas ao álcool, resultando em 9% de todas as mortes nessa faixa etária. O álcool é o terceiro maior em termo de carga de doença, é o principal fator de risco no Pacífico Ocidental e nas Américas e o segundo maior na Europa (OMS, 2012). Mundialmente, o custo anual estimado do consumo nocivo em cada ano se encontra entre 0,6% até 2% do PIB global (aproximadamente, US\$ 210.000.000 até US\$ 665.000.000) (ABREU, 2011, p.15).

No Brasil, com base em avaliação mensurável¹⁷, calcula-se que os gastos causados pelo uso problemático de álcool girem em torno de 2,8 bilhões de Reais (OBID, 2011). Entre os anos de 1970 e 1996, ocorreu um acréscimo de 74,53% no consumo de álcool no país. “Estima-se que 11,2% da população brasileira seja dependente de álcool (17,1% da população masculina e 5,7% feminina) (MORAES, 2006, p. 323).

Em 2003 procedeu-se levantamento estatístico sobre o uso de drogas por meninos e meninas em situação de rua, pois os dados que existiam até então não podiam ser generalizados para essa população, uma vez que diziam respeito população estudantil comum e desconsideravam os diversos fatores associados à situação de rua a qual aumentam a probabilidade do consumo de drogas pelo aumento dos fatores de risco (MEDINA, et al, 2010, p.81).

Conforme Noto (2003) os dados do levantamento específico com meninas e meninos em situação de rua, entretanto, podem ser comparados para evidenciar as diferenças. Assim, o quinto levantamento nacional (envolvendo 27 capitais), em 2003, apontou que a droga mais frequente é o tabaco (44,5% de uso no mês), sendo que em São Paulo, Recife e Rio de Janeiro esse percentual oscilou entre 80 e 90%. O uso na vida ficou em média de 63,7% contrastando com os 29,3% encontrado entre estudantes. O álcool foi a droga que teve similaridade em termos percentuais em torno de 75%; A maconha teve média de 25,4% e a cocaína/crack 5,2% (NOTO, 2003).

Essas são algumas das informações que deveriam ser levadas em conta no momento do planejamento de novas políticas ou no aprimoramento daquelas já

¹⁷ Avaliação mensurável não leva em conta vários fatores: “Em uma avaliação econômica completa, os custos podem ser classificados como diretos, indiretos e intangíveis. 1) Custos diretos: estão diretamente relacionados aos recursos oriundos da intervenção. São subdivididos em custos médico-hospitalares (custo de medicações, exames, internações, remuneração dos profissionais, consultas médicas e fisioterápicas, cirurgias, entre outros) e custos não médico-hospitalares (transporte de ida e volta ao tratamento, contratação de terceiros para auxílio no tratamento, entre outros). 2) Custos indiretos: não estão diretamente relacionados à intervenção. No entanto, podem gerar custos tanto para os pacientes e familiares, quanto para empregadores ou para sociedade (ex: a redução/falta de produtividade do usuário e/ou familiar, devido ao tempo despendido para participação no programa de saúde ou de doenças decorrentes). 3) Custos intangíveis: são os mais difíceis de serem medidos ou valorados, pois se referem ao custo do sofrimento físico e/ou psíquico. Dependem, unicamente, da percepção que o paciente tem sobre seus problemas de saúde e as consequências sociais, como o isolamento. Geralmente, estes custos não são inclusos nas análises de custos, visto que ainda existe grande controvérsia sobre a metodologia para obtenção dos mesmos” (MORAES, 2006, p.323).

existentes. Os indicadores sociais que são “todos os dados que nos dão esclarecimentos sobre estruturas e processos, objetivos e empenhos, valores e opiniões” (ZAPF NOLL, apud SCHRADER, 2002, p.15).

Em termos de cultura punitiva, a legislação brasileira sobre drogas desde o séc. XX pautou-se no padrão repressivo-punitivo no qual a visão de holofote, que não admite a busca de soluções fora do âmbito policial e penal, prevaleceu. Esse tipo de abordagem, que não deixa de ser um tipo de “guerra às drogas” esteve mais evidente nas leis do gênero até da Lei 11.343/2006 que instituiu o Instituto do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD. Esse regulamento inclui a possibilidade de tratar a questão do uso de drogas de maneira mais abrangente (CHIMENTI, 2011). Em seu artigo 28, inciso I, por exemplo, estabelece-se como pena a advertência sobre os efeitos das drogas, a indicação de frequência a cursos educativos e prestação de serviços, que são medidas consideradas pautada numa cultura restaurativa e não meramente punitiva (BARCELAR, 2011, p.41). Em relação ao porte ilícito de drogas, cabe ressaltar que a lei citada anteriormente “não descriminalizou tampouco despenalizou a conduta da posse ilegal de drogas para uso próprio” (CHIMENTI, 2011, p.52). A lei 11.343/2006, de fato, amplia o leque de atenção à questão das drogas na medida em que estabelece mecanismos restaurativos e educativos que são uma alternativa àqueles já ultrapassados e ineficientes métodos de encarceramento de usuários/dependentes. A SISNAD responsável pela orientação central das políticas sobre drogas e da execução descentralizada das atividades realizadas em seu âmbito, nas esferas federal, distrital, estadual e municipal se constitui matéria definida no regulamento da referida lei, em consonância com a Política Nacional Sobre Drogas (2005) a qual preconiza “responsabilidade compartilhada, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos” (BRASIL, 2011b, p.9). Com base nesse preceito foi editada uma série de amparo legal para regulamentar e conclamar a sociedade civil organizada para a questão das drogas¹⁸, partilhando, inclusive, financiamento público. Organizações Não

¹⁸ Nos apêndices consta um quadro com algumas das publicações relacionadas às drogas e ao Consultório de Rua.

Governamentais de diversos setores, educação, prevenção, recuperação e assistência passaram a concorrer aos recursos públicos disponibilizados para a finalidade da atenção a questão das drogas, fato esse que significa, de certo modo, uma terceirização das responsabilidades do Estado. Assim o que deveria ser para todos que necessitem passa a ser apenas para aqueles atendidos pelas ONGs ganhadoras dos projetos, sob determinado aspecto é a privatização do público.

Contudo, no que tange a legislação criminal percebe-se que no transcorrer histórico das publicações legais é possível perceber que houve um empenho em fazer com que a questão das drogas deixasse de ser tratada como uma questão de polícia, para ser reconhecida como uma questão de política. Dessa forma além da política de repressão ao tráfico e da justiça, outros campos do poder público passaram a ser cada vez mais demandados para a “luta” contra as drogas, tais como educação, desenvolvimento social, desenvolvimento tecnológico, cultura e, primordialmente, saúde.

Desde a década passada, diversas publicações legais estão sendo editadas pelo governo federal (ver apêndice A) no sentido de qualificar o “enfrentamento” às drogas, ou melhor, o enfrentamento aos agravos decorrentes do uso problemático delas.

Demandada pela sociedade, efetivamente, na III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em dezembro de 2001 o Ministério da Saúde editou em 2003 a Política de atenção integral à saúde a usuários de álcool e outras drogas. Nessa política a Intersetorialidade e a Integralidade são as principais diretrizes, pois ela considera que “a insuficiência/ausência histórica de políticas que promovam a promoção e proteção social, de saúde e tratamento das pessoas que usam, abusam ou são dependentes de álcool são determinantes para o aumento de suas vulnerabilidades” (BRASIL, 2004, p. 23). Em vista disso, o texto legal se propõe a contribuir com a mudança dessa situação, e ressalta que para definir políticas públicas para a promoção de mudanças capazes de manterem-se estáveis nos diferentes níveis envolvidos é necessário, dentre outros aspectos, que haja:

Discussão das leis criminais de drogas e implementação de dispositivos legais para a equidade do acesso dos usuários de álcool e outras drogas às ações de prevenção, tratamento e redução de

danos, de acordo com prioridades locais e grau de vulnerabilidade (BRASIL, 2004, p. 25)

Discutir leis criminais; garantir a equidade e a integralidade na assistência, principalmente às pessoas em situação de maior vulnerabilidade social são conceitos, palavras-chaves, ideias, intenções que em última instância buscam promover a justiça social. A discussão de leis criminais, geralmente, causa certa polêmica, pois instiga uma série de elementos obscuros, dentre eles os interesses econômicos que muitas vezes se encobrem sob o manto de uma falsa moralidade. Como mencionado anteriormente, o comércio das drogas, tanto lícitas quanto ilícitas movimentam valores consideráveis. Fato que muitas vezes é justamente o foco da discussão. Alguns argumentam que a legalização das drogas seria vantajosa em termos econômicos, pois gerariam impostos. Outros rebatem que se houvesse a legalização, haveria aumento no uso de drogas e, conseqüentemente, aumento da incidência de doenças e agravos à saúde relacionados às drogas, o que não compensaria tal medida. Assim, outros argumentos, tanto a favor, quanto contra existem, e o debate é saudável imprescindível para uma sociedade democrática. O que parece inadmissível é censurar, negar, ocultar ou impedir o debate ao afirmar, por exemplo, que não se deve “nem pensar” em drogas. Na verdade para que haja autonomia e cidadania é preciso não só pensar, mas falar e expor o que se pensa.

A garantia da equidade e integralidade em saúde diz respeito aos princípios básicos do Sistema Único de Saúde e tais princípios se embasam na Constituição Federal de 1988. Equidade pode ser relacionada à igualdade. A igualdade que aqui se refere não é a igualdade da meritocracia que apregoa tão simplesmente ser necessária a igualdade de oportunidade. Dessa forma, a meritocracia, justifica as desigualdades como aceitáveis por refletirem resultado naturais de diferenças de talentos ou esforços individuais (CALLINICOS, 2006, p. 256). A igualdade que busca é a igualdade de utilização, nos termos de Tuner (1986) que se relaciona a compensar para além dessas desigualdades de talento. Relaciona-se a um dos tipos de igualdade referidas por Artelss (1983) e Mooney (1983), a igualdade de utilização para iguais necessidades que consiste em:

Considerar não só a distribuição da oferta e dos custos sociais como também outros fatores condicionantes da demanda; nesse caso deverá efetuar-se a discriminação positiva em favor dos grupos regionais ou sociais com menos predisposição para a utilização dos serviços (UGÁ, 2008, p.497).

Nesse sentido, a equidade não é dar o mesmo para todos, mas sim proporcionar mais a quem tem menos. Não teria nexos oferecer a mesma atenção para quem não necessita dela. Quem está em situação de vulnerabilidade devem ter mais apoio. A noção de vulnerabilidade assumida nesse trabalho diferencia-se de risco¹⁹ e se baseia na ideia de que para analisá-la é necessário levar em consideração, pelo menos três eixos interdependentes: A dimensão individual, a social e a programática (AYRES, 2006, p.396), em outras palavras vulnerabilidade não é um condição individual, mas construída socialmente. Assim, para reduzir a condição de vulnerabilidade é necessário aparato diferenciado aos níveis e aos fatores envolvidos. Reduzir vulnerabilidade, por sua vez, implica incidir sobre os determinantes sociais das iniquidades em saúde, iniquidades essas que são as desigualdades de saúde entre grupos populacionais desfavorecidos que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis (WHITEHEAD, 1992).

A integralidade em saúde está relacionada aos termos equidade, vulnerabilidade, iniquidade na medida em que ela, a integralidade, refere-se ao caráter amplo da práxis em saúde. Conceitualmente, a integralidade encontra-se mais para um conjunto de conceitos do que propriamente uma definição estanque. A maioria dos autores que estuda o tema converge, entretanto, para algumas ideias que dizem respeito, por exemplo: a união entre a prevenção e o tratamento; a centralidade do sujeito no pensar e no agir na assistência em saúde; a não fragmentação das pessoas no atendimento em saúde (MATTOS, 2009; MATTOS, 2010; GIOVANELLA, 2002; SILVA, 2005; NORONHA, 2008).

¹⁹ Em epidemiologia, a palavra risco significa probabilidade de ocorrência. Assim, se quisermos saber qual o risco de um morador da cidade de Salvador adquirir câncer de pele, teríamos que calcular a probabilidade de uma pessoa pertencente à população de Salvador ter esse diagnóstico. A probabilidade é dada pela relação entre o número de casos diagnosticados em um ano e a população existente nesse mesmo ano (BARATA, 2008 p,169).

Giovanella et. al (2002) vai mais longe, e relembra algumas perspectivas de concepção de integralidade advindas da consciência sanitária²⁰ das quais destaca-se a seguinte:

Articulação de um conjunto de políticas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudança (reforma urbana, reforma agrária, etc.) que incidam sobre as condições de vida, determinantes de saúde e dos riscos de adoecimento mediante ação intersetorial (PAIM, 2008, p. 552).

A política é um instrumento do governo, ao passo que as leis são ferramentas da sociedade. A construção de políticas se dá de diversas formas, e mais respaldo social ela terá quanto maior for o envolvimento da sociedade em sua construção por meio de fóruns, encontros, seminários, discussões. Editada a política, ela servirá de guia para que as novas leis sobre o tema estejam em sintonia. Com base nas leis que foram, ou deveriam ser, editadas de acordo com as políticas a população pode e deve exercer seu controle, o controle social, para que as leis sejam efetivadas.

Para exercer a cidadania a esse nível de articulação e envolvimento a ponto de incidir sobre o delineamento das políticas públicas é preciso engajar-se de alguma forma aos meios para exercer tal controle. Os movimentos sociais, por exemplo, são reconhecidamente espaços de pressão social. Se bem articulados conseguem garantir direitos. Os fóruns de debate sobre as políticas públicas, as conferências, os conselhos de direitos, enfim, todos esses espaços são lugares para se ocupar quando se deseja exercer efetivamente a cidadania. Fato preocupante é que hoje em dia os movimentos sociais parecem enfraquecidos. Isso, em parte, ocorre porque o modo de produção capitalista com todo seu aparato de cooptação e de submeter as pessoas a seus padrões, seja pela mídia, seja pela cultura do medo, seja pela sobrecarga de trabalho, acaba por transmitir a noção de que “tempo é

²⁰ Consciência sanitária foi um conceito formulado por Giovanni Berlinguer (1978), e corresponde à ação individual e coletiva para alcançar a saúde enquanto um direito da pessoa e um interesse da comunidade” (ESCOREL, 2010, p. 407).

dinheiro” e que tudo além de produzir e consumir seria relegado a segundo plano, sob pena de se perder a visibilidade enquanto cidadão de direito e de posses.

A população em situação de rua²¹ tem tanta cidadania quanto qualquer outra parcela da sociedade. São potenciais agentes de sua transformação, mesmo refletindo em si a essência do capitalismo. Sofrem preconceitos, padecem com condicionantes econômicos. Mas isso não implica dizer que sejam pessoas totalmente sujeitadas pela sociedade ou vítimas impotentes. Merecem respeito e o reconhecimento de que sua condição desfavorecida não faz dela menos humana ou sujeita a qualquer intervenção ou negação de atendimento quando demandado. Levando-se em consideração que o uso de drogas na população em situação de rua é consideravelmente elevado, o governo nacional, em 2009, 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). Especificamente para população em situação de rua, a novidade foi a implantação em nível nacional do então chamado Consultório de Rua e Redução de Danos.

2.4 O CONSULTÓRIO DE RUA

As drogas, mesmo o crack, são produtos químicos sem alma: não falam, não pensam e não simbolizam. Isto é coisa de humanos. Drogas, isto não me interessa. Meu interesse é pelos humanos e suas vicissitudes (NERY, 2010).

Antônio Nery Filho, fundador e coordenador geral do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas-CETAD/Universidade Federal da Bahia, fundado em 1985, é reconhecido no estudo sobre o tratamento da dependência química, mais especificamente, na atenção às pessoas que sofrem com problemas de saúde decorrentes do uso problemático de drogas. Em entrevista cedida ao site “A Tarde On Line”, em setembro de 2009, Nery comenta que a ideia de levar o atendimento

²¹ O correto é pessoas em situação de rua e não pessoas de rua ou moradores de rua, pois “considerar que um sujeito é de rua seria o mesmo que considerar que alguém é de casa ou de apartamento [...] Ver essa situação como estado e não como processo é um modo de reiterá-la, sem reconhecer a perspectiva do movimento de superação – e essa parece ser uma questão central” (PRATES, p.194).

médico às pessoas em situação de rua teve origem em 1989 ao observar a Praça da Piedade, em Salvador, juntamente com três amigos. Afirma que as primeiras impressões dessa observação assistemática apontaram para realidade diferente daquela que era veiculada na época. Nery diz que ele e os amigos puderam constatar que a maioria das crianças naquela situação, de rua, ao contrário do que se pensava não utilizavam droga (cola de sapateiro) e as que utilizavam, supunha, o faziam para suportar as adversidades às quais estavam expostas. Posteriormente, elaborou um projeto e doutorou-se na Universidade de Lyon na França defendendo a tese intitulada “A vida na marginalidade ou a morte na instituição”. Estudo de quatro grupos de crianças e adolescentes em situação de rua, na cidade de Salvador, Bahia (1993). Destacam-se, na entrevista referida acima, alguns achados relevantes de sua tese, quais sejam: 1) Que as drogas são, para aquelas pessoas, uma alternativa de vida e não, necessariamente uma alternativa de morte; 2) Que as casas dessas crianças eram locais adversos; 3) Que as mães ficavam em casa com os filhos mais fracos e “mandavam” para a rua os filhos mais fortes, portanto “os filhos das ruas” seriam os filhos mais fortes das famílias; 3) Que as instituições que tentavam tratar essas crianças não levavam em conta os saberes que elas (as crianças) traziam consigo. Eram, portanto, “instituições estigmatizantes, exclusoras e mortais” (NERY, 2009). Segundo Nery esse foi um dos fatores que o motivaram a conceber o primeiro projeto de Consultório de Rua do Brasil, na cidade de Salvador, Bahia, em 1997. O projeto foi implantado, na mesma cidade, em 1999 pelo Centro de Terapia do Abuso de Drogas, CETAD, instituição vinculada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Em 2004, por solicitação da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, o Consultório de rua passou a funcionar juntamente com o primeiro CAPS AD de Salvador (PLENA, et al, 2010). Em 2009 o Projeto Consultório de Rua foi proposto como estratégia no PEAD (Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde). E em 2010, o projeto de Consultório de rua passou a integrar o Plano de enfrentamento ao Crack.

O Consultório de Rua consiste de equipe multidisciplinar que utiliza veículos tipo van para fazer abordagens de promoção de saúde e Redução de Danos (RD). A RD não utiliza abordagens tradicionais que exigem do usuário abster-se imediatamente do consumo da substância, pois essas abordagens acabam por

restringir o acesso ao público que deseja ajuda, mas não consegue parar de vez. Além disso, a RD não dicotomiza o uso de drogas entre legal e ilegal, ou tenta diagnosticar o uso de drogas como indicativo da presença ou ausência de uma doença aditiva. “Os defensores da redução de danos incentivam qualquer movimento rumo à sua diminuição como um passo na direção certa (MARLATT, 1999, 47)”. O foco de abordagem é o de promoção de saúde e prevenção de agravos relacionados às drogas.

A metodologia de trabalho do Consultório de Rua compreende planejamento, abordagem individual e coletiva, mapeamento e ação conjunta com a rede de Saúde e Assistência Social; acompanhamento de internações, pré-alta e pós-alta; além de referenciar a população atendida aos serviços públicos de saúde: Rede de Saúde Mental, e Atenção Básica, Hospitais Gerais, serviços de assistência especializada em DST/HIV-AIDS; reinserção familiar, escolar e social, além de promoção dos direitos e da cidadania da população usuária. A equipe do CR deve realizar reuniões periódicas com as Unidades Básicas de Saúde, serviços especializados, Conselhos locais de saúde; reuniões de estudos de caso e planos terapêuticos.

O fortalecimento dos vínculos, o desenvolvimento de atividades lúdicas e culturais, a disseminação de conhecimento em cuidados de saúde e a ampliação do acesso aos três níveis de atenção também fazem parte das ações do CR. É objetivo do CR “Oferecer cuidados no próprio espaço da rua, preservando o respeito ao contexto sociocultural da população, através de ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

3 A DIREÇÃO DO ESTUDO

Neste capítulo será trabalhada a questão do método que orienta esse estudo: o dialético-crítico e suas categorias historicidade, totalidade e contradição. Dá-se ênfase à categoria trabalho e a sua contextualização na sociedade atual, porque é dela que se encontra a totalidade e é nela que emergem as contradições que possibilitam as transformações sociais. No segundo subcapítulo será abordada a metodologia utilizada na pesquisa.

3.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DO MÉTODO

Este capítulo tem o objetivo de resgatar e compreender um pouco sobre o alicerce teórico utilizado na teoria marxiana relacionando com a dependência química e se procurará elencar alguns fatores presentes na sociedade que são tão perversos e, por vezes, determinantes no uso problemático de drogas... Desemprego estrutural, banalização da violência e aparatos de controle ideológicos serão pontuados e sob a visão dialética serão relacionados às categorias do método. Assim, nesse capítulo, serão abordados alguns conceitos e noções fundamentais à articulação da temática em estudo com a totalidade na qual se insere. Compreende-se o uso problemático e a dependência química de drogas estreitamente relacionada aos reflexos do embate entre capital e trabalho. Trata de relações de produção e reprodução social, na qual a relação com a droga se “fetichiza”, se reifica, paradoxalmente relacionada a relações humanas de exploração e insurreição.

Na física e na química do ensino médio se aprende que matéria está relacionada à gasolina, ao combustível, à energia. Matéria é tudo que tem massa e ocupa lugar no espaço (FELTRE, 2005). Por sua vez, a energia não é matéria, por não ter massa nem ocupar lugar no espaço. Contudo ela é necessária para realizar trabalho. O Trabalho na Física e na Química é entendido, basicamente, como a energia despendida durante o ato de mover um corpo ou objeto contra uma força oposta (ATKINS, 2007). “No trabalho de expansão, o sistema se expande contra

uma pressão oposta. No trabalho sem expansão não há mudança de volume no sistema [mas há gasto de energia]” (ATKINS, 2007, p.939). Esse conceito de trabalho é, até certo ponto, semelhante ao que conhecemos: “Trabalho é atividade humana resultante do dispêndio de energia física e mental, direta ou indiretamente voltada à produção de bens e serviços, contribuindo, assim, para a reprodução da vida humana, individual e social” (CATTANI, 2002). Ambos falam em energia. A energia está presente em toda a matéria, invisivelmente condensada nos átomos, em última instância, a energia está contida no interior destes átomos e nas ligações que eles fazem entre si (FELTRE, 2005). Assim como a energia está contida, invisivelmente nos átomos, o trabalho social do ser humano está invisivelmente contido nas mercadorias na forma de trabalho abstrato o que, por sua vez, é o que agrega valor a essa determinada mercadoria (MARX, 1996). Essa mercadoria que contém a energia humana, na forma de trabalho e a energia química na forma de forças intermoleculares entre os átomos. “Os átomos dos elementos químicos formam as moléculas, que representam as substâncias ou compostos químicos. Juntando as moléculas de substâncias diferentes formam-se as misturas” (FELTRE, 2005, p.36).

Os seres humanos, assim como os átomos, interagem entre si e formando conexões as quais, no todo, podem ser compreendidas enquanto redes de sociabilidade. Conforme Rizzini (2002, p.15): “as relações humanas caracterizam-se por um emaranhado de elos que se formam ao longo da vida de cada ser”. Naturalmente, por afinidade ou necessidade, algumas “ligações” são mais intensas do que outras. É a partir das relações que o indivíduo torna-se pessoa (GUARESCHI, 2005). Relação por sua vez é aquilo que não pode ser sem o outro, por exemplo, a mãe que só existirá enquanto mãe se houver um filho. Da mesma forma amigos, namorados, amantes, nunca existirão sem reciprocidade, sem que haja relação. Machado de Assis em seu conto “O espelho” retrata o caso de um homem (Jacobina) que ao se perceber isolado acaba por não enxergar sequer sua imagem refletida no espelho.

— Convém dizer-lhes que, desde que ficara só, não olhara uma só vez para o espelho. Não era abstenção deliberada, não tinha motivo; era um impulso inconsciente, um receio de achar-me um e dois, ao mesmo tempo, naquela casa solitária; e, se tal explicação é

verdadeira, nada prova melhor a contradição humana, porque, no fim de oito dias, deu-me na venta de olhar para o espelho com o fim justamente de achar-me dois. Olhei e recuei. O próprio vidro parecia conjurado com o resto do universo, não me estampou a figura nítida e inteira, mas vaga, esfumada, difusa, sombra de sombra [...] (MACHADO DE ASSIS, 1998, p.39).

Alucinado, Jacobina só recupera seu reflexo, sua imagem, ao vestir-se com sua farda e simular uma relação, a relação de status a qual era acostumado.

— Lembrei-me de vestir a farda de alferes. Vesti-a, aprontei-me de todo; e, como estava, olhei de frente do espelho, levantei os olhos, e o vidro reproduziu então a figura íntegra, nenhuma linha de menos, nenhum contorno diverso; era eu mesmo, o alferes que achava enfim a alma exterior [...] (MACHADO DE ASSIS, 1998, p.40).

Machado de Assis, valendo-se da arte literária demonstrou o conceito de pessoa=relação atribuindo a ele o termo “alma exterior”. O conto de Machado de Assis seria apropriado para ilustrar ainda outros conceitos pertinentes, tais como o conceito de estrutura social, papel social, status, classe social e redes sociais. Contudo, esses termos serão trabalhados nos capítulos seguintes junto aos resultados da pesquisa. Por hora cabe ressaltar que, na sociedade capitalista não nos tornamos Jacobinas, talvez pela sensação de falta de tempo. A concepção de ser humano enquanto pessoa igual à relação fica obscurecida pelo individualismo. Na pior das hipóteses fica obscurecida pelas relações de competitividade características do liberalismo individualista. Nessa cosmovisão o ser humano é definido como sendo um indivíduo suficiente em si mesmo (GUARESCHI, 2005, p.35).

A forma de conceber o ser humano enquanto autossuficiente não foi o que garantiu a evolução da espécie. Para Engels (1998, p.45) o ser humano “podia viver em reduzido número, inclusive numa situação de isolamento, em que a forma de sociabilidade mais evoluída era o casal”, contudo para o ser humano evoluir foi necessária a união. Para sair da animalidade, para realizar o maior progresso que a natureza conhece foi necessário mais um elemento: a substituição da insuficiente

capacidade de defesa do indivíduo isolado pela união de forças e pela ação comum da horda (ENGELS, 1998, p.45).

A união entre os seres humanos foi, portanto, a base da evolução. Contraditoriamente, após haver a superação e sobrevivência (que ocorreu graças à união do coletivo) naquele meio hostil dos primórdios, a sociedade não disponibilizou e não disponibiliza a todas as pessoas (do coletivo) os meios equânimes de sobrevivência. É notório, mas também é válido, afirmar que vivemos numa sociedade na qual a produção da riqueza não é socialmente distribuída e que no Brasil ela é inversamente proporcional à desigualdade social. Esse fato não pode ser relegado ao segundo plano e banalizado como se fosse algo natural e já esperado. Conforme o estudo percebe-se que

[...] os crônicos problemas sociais brasileiros, banalizados, são expressões da Questão Social que, uma vez desvendadas em suas refrações e assumidas como problema coletivo, pode ser transformada em demanda política para subsidiar a luta pela efetivação de direitos sociais, obrigando os poderes públicos a um posicionamento frente aos diferentes interesses em jogo, e no enfretamento à questão redistributiva de riqueza e de poder para consolidar uma ordem verdadeiramente democrática (MENDES; et al. 2004, p.52).

O Brasil é considerado, atualmente, a 6ª economia mundial, que corresponde ser um dos países mais ricos do mundo. Ocupa, entretanto, uma das primeiras posições no ranking mundial dos países mais desiguais. Na Química tal situação estaria sujeita a um colapso, pois haveria uma significativa tendência a ocorrer uma reação explosiva, dado o caráter extremamente propício: Desigualdade de elétrons entre as moléculas temperatura e pressão elevadas. Como pode, então, não ocorrer tal reação social que transforme a sociedade? O exemplo da água que vai aquecendo e aos poucos passa de um estado para outro é utilizado por Engels para explicar a primeira das três leis da dialética: A lei da passagem da quantidade à qualidade (e vice-versa). “A dialética é a estrutura contraditória do real, que, no seu movimento constitutivo, passa por três fases: a tese, a antítese e a síntese.” (ARANHA, 2005, p.264.).

A matéria, na química, se transforma em determinadas condições. Assim também acontece no processo social de produção de riqueza a qual é extorquida daqueles que a produzem pelo capitalista na medida em que este constrange àqueles a venderem sua força de trabalho como se fosse uma mercadoria qualquer, em troca de salário.

O salário, embora à primeira vista pareça como preço do trabalho, é o preço da força de trabalho. Se o trabalho fosse vendido no mercado como mercadoria, teria que existir antes de ser vendido. No entanto, se o trabalhador pudesse dar uma existência independente a seu trabalho, venderia o produto do mesmo e não o trabalho (IAMAMOTO, 2005, p. 48).

Cabe ressaltar que “o que o trabalhador vende não é diretamente o seu trabalho, mas a sua força de trabalho, cedendo temporariamente ao capitalista o direito de dispor dela.” (MARX, 1996, p.98.). Uma mercadoria especial capaz de aumentar a massa do sistema: a força de trabalho. “O capitalista, mediante a compra da força de trabalho, incorporou o próprio trabalho, como fermento vivo, aos elementos mortos constitutivos do produto, que lhe pertencem igualmente. ” (MARX, 1996, p. 304.). E o salário, que é “ o valor originalmente adiantado não só se mantém na circulação, mas altera nela a sua grandeza de valor, acrescenta mais-valia ou se valoriza. E esse movimento transforma-o em capital.” (MARX, 1996, p. 271). Esses componentes básicos do modo de produção capitalista se assemelham e se fundem, fundamentam e sustentam a fria exploração do homem pelo homem em prol do impulso vital do capital. “O capital tem um único impulso vital, o impulso de valorizar-se, de criar mais-valia, de absorver com sua parte constante, os meios de produção, a maior massa possível de mais-trabalho”. (Marx, 1996, p. 347). A mídia, enquanto aparelho ideológico de dominação usa mecanismos de sedução para manter o poder sobre as mãos das famílias detentoras do capital (GUARESCHI, 2007). As famílias que produzem o lucro do capital ficam, entretanto, alheias a riqueza socialmente produzida: a categoria contradição se expressa nas relações de poder/dominação, explorado/explorador, rico/pobre, incluídos/excluídos.

No produto do trabalho está cristalizada a energia do trabalhador que tem, dessa forma, sua energia sugada pelo capitalista. “O capital é trabalho morto, que apenas se reanima, à maneira dos vampiros, chupando trabalho vivo e que vive tanto mais quanto mais trabalho vivo chupa” (MARX, 1996, p.347). A sociedade capitalista engendra mecanismos de alienação para manter o status quo.

O trabalho formal é cada vez mais escasso e penoso. O homem se aliena em si e não se vê no produto do seu próprio labor. As Jornadas são estafantes e extraem o máximo de mais-valia do trabalhador. A preconizada acumulação flexível do Toyotismo faz com que o trabalhador exerça muitas tarefas, seja polivalente. Aqueles que estão incluídos no mercado de trabalho pouco se solidarizam com os excluídos quer por medo de perder o emprego, quer por enxergar no outro (desempregado) como alguém que não faz por si. Acirra-se a competição e o sentimento do ‘salve-se quem puder’. Os padrões da sociedade a tornam cada vez mais competitiva, consumista, individualista e conduzem as pessoas a situações de estresse, de medo, de autodefesa. A aparente limitação circunstancial forjada pelos aparatos de manipulação ideologia, por vezes, convencem e os sujeitos a ponto destes se culparem pela própria falta de oportunidade e condições.

Nas ciências se as pesquisas e os métodos não seguem padrões de agilidade produtividade e utilidade, tornam-se relegadas ou tidas como obsoletas. A dialética, por ser comprometida com a cientificidade “não é um meio de explicitar e de conhecer as coisas sem as ter estudado, mas o de estudar bem e fazer boas observações, pesquisando o começo e o fim das coisas, de onde vêm e para onde vão” (POLITZER, 2007. p.116). Dessa forma, a dialética materialista demonstra como o sujeito cria, a partir do próprio fundamento materialmente econômico ao longo do qual o sujeito concreto produz e reproduz a realidade social (KOSIK, 2010), ou seja, ele próprio é, na realidade concreta, produzido e reproduzido. A concepção de realidade, como pressuposto ontológico “mais geral e abrangente, presente nas pesquisas, se relaciona com as concepções de história, de homem, de sujeito, de objeto, de ciência, de construção lógica” (GAMBOA, 1991, p.105).

A totalidade como meio conceitual, para compreender os fenômenos sociais permanece abstrata se não se põe em evidência que a “totalidade é totalidade de base e superestrutura bem com de seu movimento, desenvolvimento e relações recíprocas, embora cabendo à base um papel determinante” (KOSIK, 2010, p.60).

Dessa forma “a totalidade não é um todo já pronto que se recheia com conteúdo, com as qualidades das partes ou com as suas relações [...] a própria totalidade é que se concretiza” (KOSIK, 2010, p.59) e esta concretização não é apenas criação do conteúdo, mas também criação do todo.

Na práxis “o homem ultrapassa a clausura da animalidade e da natureza inorgânica e estabelece a sua relação com o mundo como totalidade” [da mesma forma que] “a totalidade sem contradições é vazia e inerte, as contradições fora da totalidade são formais e arbitrarias” (KOSIK, 2010, p.60).

Embasando-se nessas concepções é que se engendra o devir dialético na construção e reconstrução do estudo que reconhece seus limites e busca transpô-los.

3.2 METODOLOGIA

Essa pesquisa foi classificada em nível descritivo, com amostragem não probabilística e análise qualitativa com procedimentos quantitativos. A pesquisa não almejou ser generalizável em termos populacionais. Espera-se, contudo, que os resultados dessa investigação agreguem conhecimentos que sirvam para contribuir com os processos avaliativos da qualidade na atenção em saúde e ir além da demanda explícita do uso problemático de drogas. Os procedimentos metodológicos escolhidos para satisfazer aos anseios dessa pesquisa perpassam e se imbricam com o método escolhido para fundamentar o estudo, o método dialético crítico. As categorias explicativas da realidade se condensam nos seguintes termos centralizadores: Drogas; Integralidade; Saúde; Políticas Públicas.

Os documentos selecionados para o estudo foram aqueles considerados relevantes para identificação do princípio da integralidade, assim, os projetos e outros documentos que disponibilizassem características relevantes dos PCRs tais como imagens, diários ou vídeos. Algumas características, tais como perfil sociodemográfico dos usuários, perfil de consumo, avaliação integral, avaliação diagnóstica, motivação para o uso, acessibilidade à droga, perfil social local, área física disponível, abrangência de atuação do serviço e necessidades identificadas,

quando presentes, foram consideradas, porém não compuseram o foco do corpus de análise.

Em síntese, constituíram o escopo de análise documentos oficiais públicos e documentos (projetos, protocolos, organogramas, planejamentos etc.) disponibilizados pelos Consultórios de Rua ou acessados pela internet. O material foi colhido diretamente, quando pela internet por meio de sites oficiais e blogs relacionados aos projetos de consultórios de rua. E quanto pessoalmente, por contatos agendados e aproximações sucessivas de reconhecimento. Alguns projetos e demais documentos institucionais foram solicitados por e-mail, nos casos dos CR localizados em outras cidades ou estados. Foram selecionados os documentos legislativos nacionais diretamente relacionadas e que dão embasamento aos projetos de consultório de rua pra análise qualitativa. Os critérios de inclusão para os projetos selecionados se relacionaram a estarem com, pelo menos, seis meses de funcionamento e aprovados pelo Ministério da Saúde.

As informações de blogs foram pré-selecionadas e somente aquelas mantidas por integrantes de Consultório de Rua foram analisadas. Quanto às informações sobre CR veiculadas na mídia, para se aferir o nível de conceitos ideológicos incutidos nas mensagens, foram escolhidas as notícias disponíveis na internet em sites nacionais e captadas pelo motores de busca automática do Google e Yahoo.

A amostra analisada constou de documentos que foram categorizados em quatro grupos: legais, institucionais, jornalísticos e redes sociais virtuais. Compuseram o corpus de análise: o Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (2010/2011), 4 projetos institucionais submetidos ao Ministério da Saúde, 2 perfis de rede social virtual de internet e 77 notícias sobre Consultório de Rua no período de 2010 a 2011.

Para análise léxica utilizou-se software textstat²² que é um programa que possibilita a quantificação de palavras em textos ou páginas de internet. Posteriormente se utilizou o Microsoft Excel para selecionar as palavras de interesse e gerar os gráficos.

²² Software disponível em <http://neon.niederlandistik.fu-berlin.de/textstat/>

Foi realizado teste anterior para referendar a escolha por esse procedimento, para tanto procedeu-se a quantificação léxica na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, BRASIL, 2006; na convenção de Genebra e em outros dois documentos amplamente conhecidos, quais sejam: a Constituição Federal brasileira de 1988 e o Novo Testamento da bíblia de Jerusalém. Em todos os documentos foram constatadas palavras-chaves com sentido e significância condizentes o que reforça as afirmações quanto à tendência de que a linguagem segue uma distribuição probabilística de palavras.

Para análise da integralidade foram utilizados os indicadores propostos por Giovanella et al (2002) conforme segue:

DIMENSÃO 1 – Primazia das ações de promoção e prevenção (política)
Realização sustentada de ações de promoção e prevenção garantidas por meio de ações intersetoriais e planejamento com participação social; Fóruns intersetoriais em funcionamento; Projetos Comuns a diversas secretarias com orçamento próprio; Monitoramento e análise espacial de indicadores sociais e ambientais; Programas de educação em saúde formulados no próprio município; Programa de Saúde do Trabalhador.

DIMENSÃO 2 – Garantia de atenção nos três níveis de assistência médica (organização do sistema/caráter contínuo do cuidado); Oferta organizada de assistência curativa e de recuperação, garantindo-se referência e contrarreferência em uma rede articulada entre o setor ambulatorial e hospitalar que inclua unidades/procedimentos nos distintos níveis de complexidade (baixa, média e alta, com fluxos e percursos definidos e ordenados espacialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território). Centrais de marcação de consultas e exames especializados e centrais de regulação de internação; Protocolos de atenção para doenças; agravos específicos; Medidas de garantia para contrarreferência; Integração do programa de Saúde da Família à rede; Controle do fluxo de pacientes para outros municípios; Monitoramento de filas de espera e mecanismos para sua redução; Consórcio intermunicipal de saúde; Inclusão de medicamentos complementares na lista básica relacionados à doença de maior prevalência/gravidade/custo; Mecanismos para a garantia de reabilitação de pacientes vítimas de AVE e/ou lesões por causas externas

DIMENSÃO 3 – Articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação (gestão, caráter completo) Integração organizacional e programática entre os setores de assistência individual e os setores responsáveis pelas ações de caráter coletivo da Secretaria Municipal de Saúde Existência de integração em atividade; Programação articulada de ações de promoção, prevenção e recuperação em consonância com os problemas locais de saúde. Mecanismos de uso e difusão das informações para a vigilância à saúde; Utilização das informações contidas nas declarações de nascidos vivos no município para identificação de problemas; Existência de comitês de revisão de óbitos na infância e de mortalidade materna em funcionamento.

DIMENSÃO 4 – Abordagem integral do indivíduo e famílias Intervenção nas esferas biológica, psicológica e social garantidas através de vínculo (profissional-usuário, unidade-usuário) e de integração de serviços na unidade e no sistema, fornecidas em local apropriado conforme a natureza da necessidade; Rede básica com adscrição populacional; Estratégias de acolhimento; Existência de Centros de Atenção Psicossocial; Equipe multidisciplinar; Realização de atividades de grupo (terapêuticos, preventivos, educativos); Realização de atividades extra-unidade. Discussão de casos pela equipe multidisciplinar na unidade e/ou entre profissionais de distintos níveis de assistência. Com base nesses indicadores, mensurando-se a incidência fez-se a tabulação em planilha eletrônica.

A tabulação das informações foi feita diretamente em planilhas eletrônicas préconfiguradas para gerar cálculos aproximados do somatório e porcentagens simples de índices de ocorrência. Dessa forma, prioriza-se uma quantificação básica, porém relevante para mensurar a incidência de determinados termos correspondentes às categorias estudadas.

A análise foi realizada com base no método dialético-crítico e consistiu de procedimentos qualitativos. A análise dialética preconizada neste estudo busca desvelar os fenômenos, as relações dos elementos encontrados nos documentos com a totalidade, a historicidade e as contradições inerentes ao processo estudado.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Cabe ressaltar que, para fins dessa pesquisa, a coleta de dados só iniciou após liberação das respectivas instituições que voluntariamente disponibilizaram seus projetos para análise. Nenhum documento analisado continha identificação de usuários (o caráter de documento sem identificação foi uma das orientações da carta convite para a cessão de informações institucionais dos serviços).

Os resultados da pesquisa serão socializados no meio científico e disponibilizados aos participantes que contribuíram com a pesquisa, as quais não serão identificadas ou divulgadas para outras finalidades que não acadêmicas científicas. Por ocasião de divulgação científica ou retorno institucional, os resultados poderão ser apresentados em conferências, congressos, fóruns, painéis, seminários e simpósios ou ainda disponibilizados em outros meios.

4 A INTEGRALIDADE NA DIREÇÃO E NO SENTIDO DO CR

Conforme descrito na metodologia, procedeu-se o estudo do corpus de análise em busca dos indicadores de integralidade na perspectiva de Giovanella et al. (2002). Abaixo constam os resultados e as considerações para cada categoria escolhida para esse estudo.

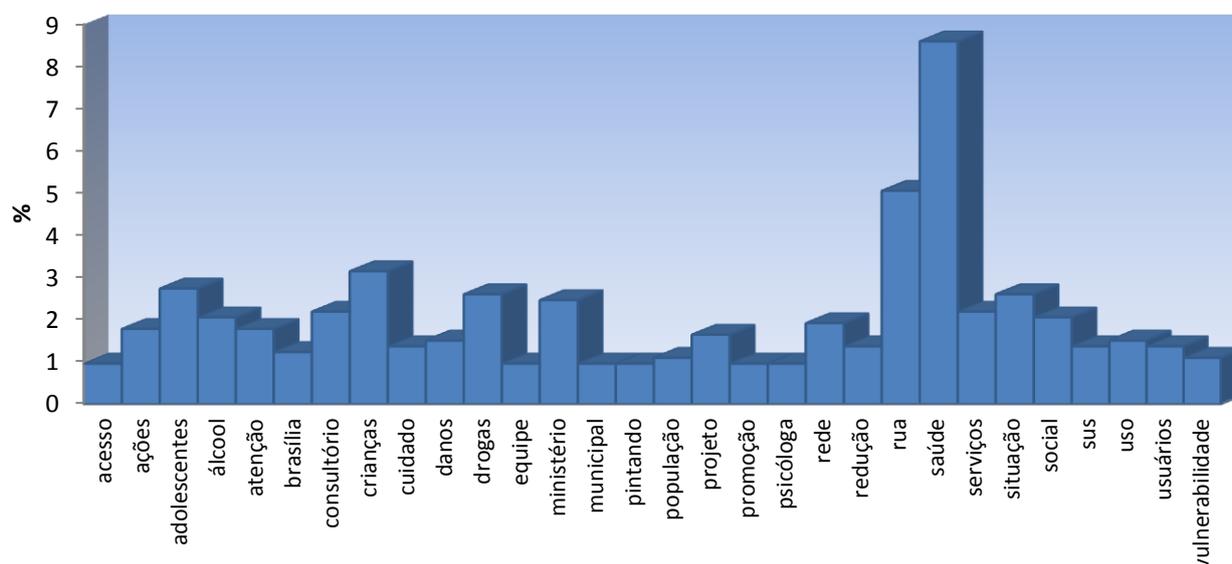
4.1 PROJETOS DE CR PARA CONDUÇÃO DO ATENDIMENTO INTEGRAL

Foram num total de quatro projetos analisados, sendo que dois de uma mesma instituição e outros dois de instituições distintas, ou seja, três instituições participaram dessa etapa da pesquisa. Os projetos não foram identificados explicitamente, pois essa era uma das combinações entre os pesquisadores e as instituições. Cabe lembrar que não foi objetivo da pesquisa estabelecer comparações ou mensurar níveis de integralidade nos projetos, até mesmo porque seria inviável estabelecer tal valoração com base somente em documentos.

Uma das finalidades do estudo foi verificar se seria possível ou não constatar indícios de integralidade em tais documentos, para assim trazer para o debate essa possibilidade metodológica de análise documental do princípio em questão. Essa análise foi exposta anteriormente, mas cabe reforçar que essa se baseou em duas etapas fundamentais, uma quantificação léxica dos documentos, por meio de software apropriado, seguida de categorização, conforme indicadores de integralidade. Após escolheu-se trechos de interesse para o segundo procedimento de análise, conforme consta abaixo.

O gráfico 1 foi construído com base no levantamento lexicométrico sobre o projeto de Consultório de Rua 1. Percebe-se que o termo saúde é a mais frequente com cerca de 9% de representatividade do total de substantivos presente no referido documento. Rua, crianças, adolescentes, situação e drogas e ministério são os léxicos que aparecem na sequência. Em se tratando do caráter do texto não há nenhuma discrepância evidente, pois todas as palavras estão imbricadas à temática.

GRÁFICO 1 - PROPORÇÃO DAS PALAVRAS MAIS FREQUENTES - PCR-1



Fonte: sistematização do autor.

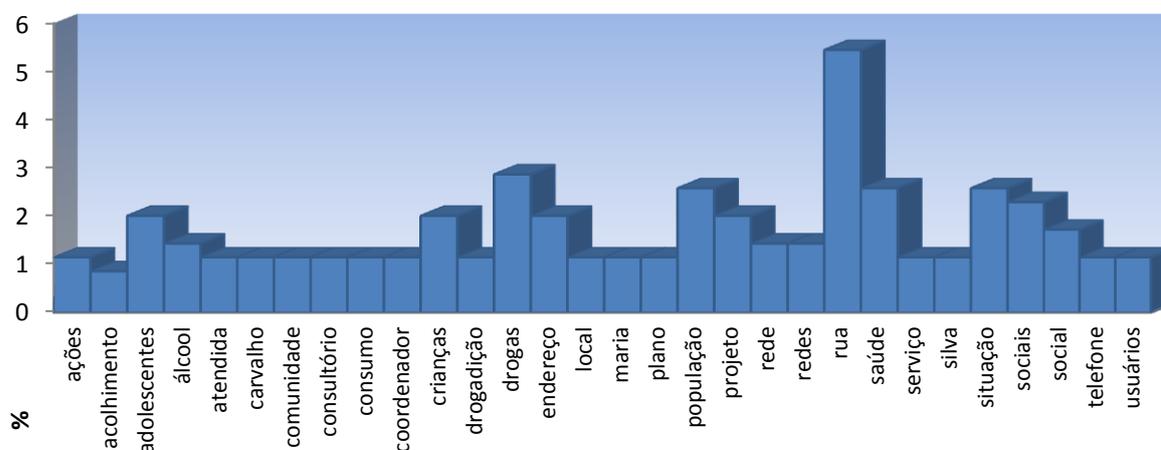
Saúde, rede, acesso, equipe, cuidado, atenção, são palavras que se relacionam ao princípio da integralidade. Especificamente quanto aos indicadores assumidos nesse estudo destacam-se apenas duas, contudo: rede e equipe. Essas palavras dizem respeito à Dimensão 4 – Abordagem integral do indivíduo e famílias do quadro de indicadores de Integralidade de Giovanella et al. (2002, p.58).

Do projeto em questão ainda destacam-se alguns trechos pertinentes à análise. O primeiro item diz respeito ao tópico do projeto relacionado à dinâmica do Consultório de Rua: “Uma unidade móvel, com uma equipe multiprofissional que irá trabalhar pautada na lógica de redução de danos, propiciando aos usuários, acesso aos outros serviços de saúde que compõem a rede de atenção” (PCR 1, 2010, p. 5). A intencionalidade presente nesse trecho revela, pelo menos, três indicadores de integralidade, quais sejam: rede; estratégia de acolhimento, equipe multidisciplinar. Da mesma forma, no extrato que segue há referência a mais elementos de integralidade.

O veículo – um carro tipo van – e seus equipamentos são pensados como dispositivos de acolhimento humanizado, possibilitando o desenvolvimento de trabalhos preventivos, de promoção da saúde e de cuidados clínicos primários e, assim, tendo capacidade operacional para estabelecer in loco, atividades lúdicas, esportivas e artístico-culturais, além de procedimentos de primeiros socorros (p. 7) [...] Reuniões de estudos de caso e dos planos terapêuticos individuais semanalmente; [...] Encontros sistemáticos (quinzenais) com profissionais da rede local a partir dos pontos mapeados [...] (PCR 1, 2010, p.9).

Dos sete²³ indicadores de integralidade propostos por Giovanella et al (2002), para a dimensão da abordagem integral do indivíduo e famílias, apenas um não foi contemplado nesse projeto 1 que é a referência a existência de Centro de Atenção Psicossocial. O próximo projeto, PCR 2, teve a seguinte apresentação gráfica da lista de substantivos de maior incidência:

GRÁFICO 2 - PROPORÇÃO DAS PALAVRAS MAIS FREQUENTES - PCR-2



Fonte: sistematização do autor, 2012

²³ Os sete indicadores de integralidade para a dimensão da abordagem integral do indivíduo e família são: 1) Rede básica com adscrição populacional; 2) estratégia de acolhimento; 3) existência de Centros de Atenção Psicossocial; 4) equipe multidisciplinar; 5) Realização de atividades de grupo (terapêuticos, preventivos, educativos); 6) realização de atividades extra-unidade; 7) Discussão de casos pela equipe multidisciplinar na unidade e/ou entre profissionais de distintos níveis de assistência (GIOVANELLA, et al., 2002, p.58).

Rua, saúde, drogas, criança, adolescente, situação, formam termos que, assim como o projeto anterior, tiveram maiores escores percentuais em termos de frequência. É importante salientar que, mesmo havendo similaridade das palavras houve diferenças marcantes, por exemplo, neste segundo gráfico percebe-se que o termo que mais se destaca é rua, ficando o termo saúde ao mesmo nível de situação, população e drogas. Outro fator considerável é a presença do termo “drogadição”²⁴ que, no projeto anterior não foi citado nenhuma vez. Esse fato, aliado a outras possibilidades de análise aponta para diferenças conceituais entre os dois projetos. Contudo, essa análise não é foco da presente dissertação.

Voltando-se apenas à questão da análise da integralidade, destacam-se as seguintes palavras do gráfico: acolhimento, comunidade, rede/redes, saúde, serviços. Em relação à dimensão da abordagem integral pode-se citar: acolhimento, rede e comunidade. Os trechos a destacar desse projeto são:

[...] projeto visa oferecer uma alternativa de atuação diante desta clientela, de forma continuada e inserida no território no qual essas populações encontram-se e mantêm suas vinculações. Isto não significa a desconsideração de outros atores como família de origem, a droga eleita, os pares de consumo organizados sistemicamente em relação ao cliente desta proposta. Deste modo, este projeto de Consultório de Rua do Distrito Federal poderá implementar ações que possam estruturar uma ferramenta multiprofissional e interdisciplinar que afete os três pilares da cultura regional, que são: a família, a comunidade e a população local atendida, fortalecendo uma Rede Social que inclua os excluídos (PCR 2, 2010, p.3).

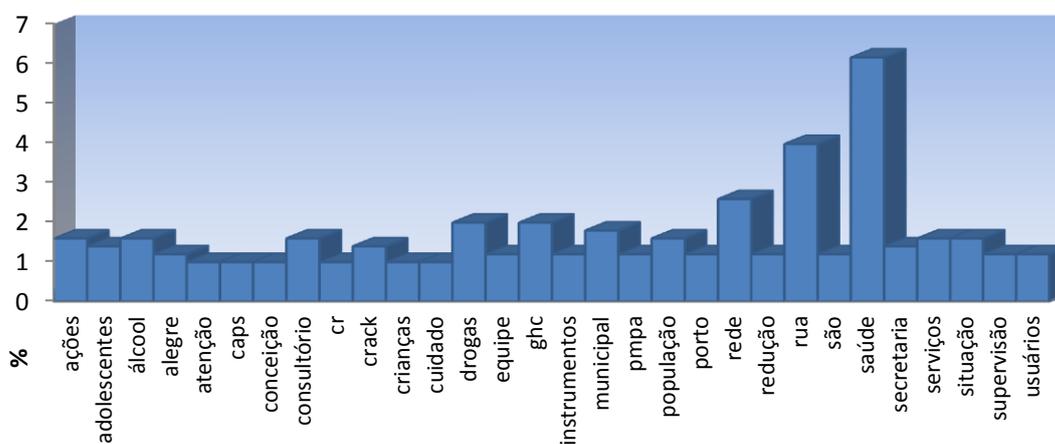
Da citação acima e com base no estudo do documento como um todo, apreende-se que os indicadores de integralidade que estão presentes são: rede, estratégia de acolhimento, equipe multidisciplinar e realização de atividade de grupo. Não foi possível constatar no documento a existência de Centro de Atenção

²⁴ Os termos drogadição e drogadicto derivam de adicção que assim como o termo vício já foram abandonadas pela OMS por conduzirem a equívocos conceituais e falsas interpretações (ABRAMOVAY e CASTRO 2002, p.424). Além disso, esses termos funcionam como mecanismo moral de rotulação e estereotipagem que distancia e segrega tornando-se desfavorável a uma abordagem pautada no princípio da integralidade.

Psicossocial e discussão de casos pela equipe. No trecho acima há referência à rede social que não é, necessariamente, a mesma rede a qual se refere o indicador estudado. Nele, a rede referenciada é a rede básica com adscrição populacional, ou seja, trata-se da rede de serviços e da constituição do vínculo entre profissional e usuário. “A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado” (BRASIL, 2011, p.4). Outra constatação de viés em relação à quantificação léxica diz respeito à parcela do texto analisado. Por exemplo, no caso em questão, do projeto PCR 2, o termo rede, por si só, comporta diversas construções semânticas. Num texto que não é apenas um agregado de frases soltas essa variação semântica reduz significativamente, pois nos textos existe uma tendência probabilística de os termos polissêmicos assumirem as mesmas conotações (CASTILHO DA COSTA, 2011) o que reduz a margem de discrepância. Ocorre, contudo, que no caso da “rede” há mais de uma construção possível de ser utilizada na mesma temática estudada. É interessante frisar, contudo, que no PCR 2 70% das menções à rede, ela estava relacionada à “rede social”; 20% à rede intersetorial e 10% à rede integral, o que confirma a tese de que a utilização das palavras respeita a noção probabilística, pois a maioria das vezes em que o termo se repetiu está relacionado ao mesmo campo conotativo.

O próximo projeto de consultório de rua a ser analisado, identificado como PCR 3, apresenta a seguinte distribuição gráfica:

GRÁFICO 3 - PROPORÇÃO DAS PALAVRAS MAIS FREQUENTES - PCR-3



Fonte: Sistematização do autor, 2012

Percebe-se que os termos saúde, rua, rede, ghc, drogas, consultório e álcool, aparecem, respectivamente, em ordem decrescente de percentual de incidência. CAPS, cuidado, equipe, atenção e rede são termos chaves que estão relacionados aos elementos de integralidade investigados. Neste gráfico, foi maior a incidência de repetição de sinônimos ou siglas relativas a lugar e instituição, tais como: pmpa, ghc, conceição, porto e alegre, sendo que essas últimas duas dizem respeito à cidade e, por conseguinte, devem ser consideradas na mesma incidência.

Em relação aos extratos de texto selecionados constam alguns dos objetivos e ações do PCR 3, quais sejam:

- Contribuir para a ampliação do acesso aos cuidados de saúde oferecidos pelo SUS para pessoas que usam álcool e outras drogas;
- Oferecer cuidados no próprio espaço da rua, preservando o respeito ao contexto sociocultural da população, através de ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua;
- Potencializar intervenções desenvolvidas em contexto de rua e articular diferentes redes de atenção à população em situação de vulnerabilidade e risco de naturezas diversas;
- Ter como eixos o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social o enfrentamento do estigma, as estratégias de redução de danos;
- Articular com recursos da comunidade e promover ações de Intersetorialidade promovendo inserção e inclusão do usuário em seu local de convivência;
- Referenciar a população atendida aos serviços públicos de saúde: Promoção de atividades lúdicas, esportivas e artístico-culturais, através de oficinas (PCR3, 2011, p.4).

Tanto a ordenação dos itens quanto o encadeamento das ações propostas e em andamento denotam amplo conhecimento de cobertura não só do princípio da integralidade, mas também, das demais diretrizes do SUS. As principais ações desenvolvidas pelo CR também foram descritas:

- Mapeamento de pontos/territórios prevalentes, em ação conjunta com a rede de Saúde do Hospital e da Assistência Social do Município;
- Intervenções no lócus de convivência dos usuários e articulação com a rede intersetorial a partir dos pontos mapeados;
- Organização e realização do "Seminário Intersetorial sobre Álcool e Outras Drogas";

- Reuniões sistemáticas com as redes regionalizadas de proteção à criança e adolescente;
- Reuniões periódicas com equipes das Unidades Básicas de Saúde, Serviços Especializados, Conselhos Locais de Saúde;
- Apresentação e participação do Serviço CR no Fórum Estadual de Redução de Danos;
- Reuniões de estudos de caso e dos planos terapêuticos singulares semanalmente (PCR, 2011, p.4)

O documento em questão, apesar de enxuto (9 páginas) tanto na quantificação léxica quanto na análise do todo traz referências que transcendem a dimensão da abordagem integral do indivíduo e famílias. Esse chega à dimensão da articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação o que, com base em Giovanella et al (2002) aponta-se para gestão, caráter completo e contínuo do cuidado. As atividades diárias realizadas pelo CR também foram listadas:

- Planejamento das ações;
- Abordagens (individuais ou coletivas);
- Intervenções sócio-familiares;
- Articulação junto à rede intersetorial, das situações desencadeadas a partir das abordagens;
- Atividades de educação permanente da equipe (Grupos de orientação/ redução de danos);
- Supervisão de estágios e Residência Multiprofissional;
- Acompanhamento de internações, pré-alta e pós-alta (PCR, 2011, p.4).

A diferença que inviabiliza comparações desse documento para com os anteriores diz respeito à finalidade. Esse Projeto, PCR 3, foi desenvolvido pela equipe já em atuação de campo, para concorrer à terceira chamada do Ministério da Saúde para projetos de CR. Isso pode explicar, em parte, o motivo pelo qual o documento se destaca em termos conceituais e intencionais no que se refere ao domínio da Integralidade. Esse fato é percebido também no que se vincula ao reconhecimento das próprias limitações, como pode se perceber na seguinte citação:

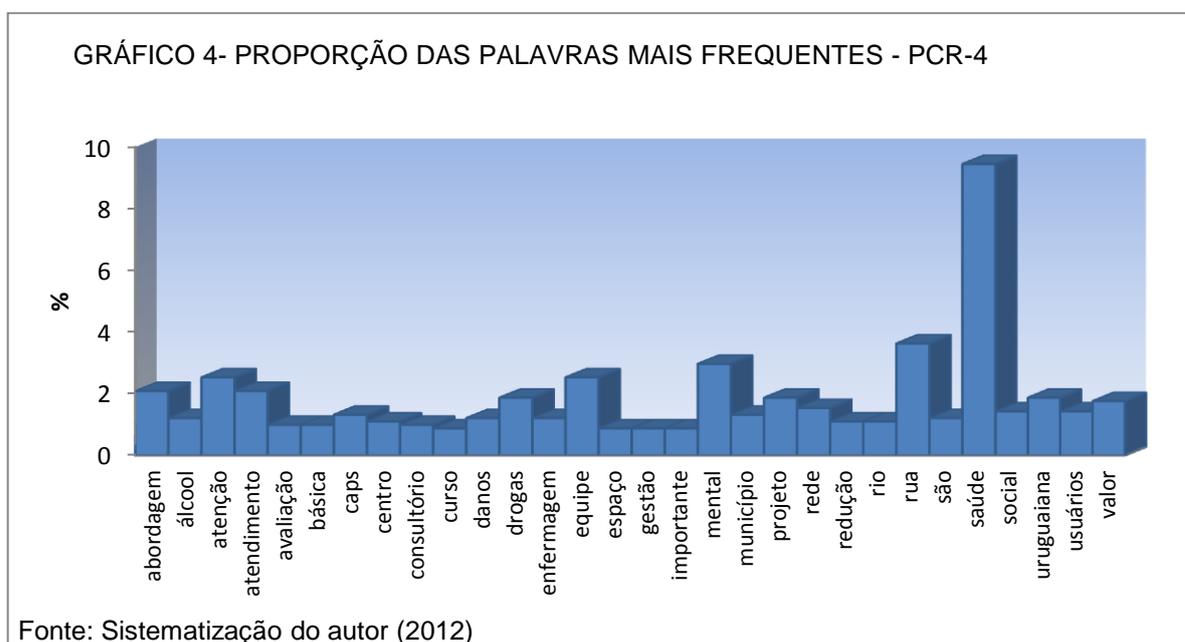
Ao mesmo tempo, a equipe do CR[3] identifica necessidade imediata de supervisão clínico-institucional através de encontros sistemáticos,

que contemplem a reflexão acerca do processo de trabalho, dos objetivos a partir das diretrizes do Ministério da Saúde em relação à proposta Consultório de Rua, das abordagens/intervenções nos espaços da rua, discussão de casos/projetos terapêuticos singulares, elaboração de protocolos clínicos, revisão de fluxos entre outros elementos (PCR 3, 2011, p.6).

Pode-se afirmar que essa citação relaciona-se a dimensão da primazia das ações de promoção e prevenção, com base em Giovanella (2002) o que, portanto, vai além da abordagem integral do indivíduo. Esse documento supera teoricamente, assim, os anteriores analisados.

O próximo projeto é o PCR 4, sobre o qual se expõe a representação dos termos mais frequentes a seguir. Da imagem do gráfico 4 são destacadas as seguintes palavras de acordo com a ordem decrescente de frequência: saúde, rua, mental, equipe, atenção, atendimento e abordagem. Mais uma vez, percebe-se que a quantificação léxica dos substantivos aponta para coerência em termos do foco temático.

Referente ao padrão que vem sendo adotado nas análises anteriores - da integralidade com base em Giovanella et al (2002), destacam-se os seguintes termos: caps, equipe e rede. A partir das quantificações e da leitura flutuante, seleciona-se os seguintes fragmentos para tecer considerações. O primeiro é relacionado à cobertura ou não dos indicadores de integralidade propostos por Giovanella et al (2002).



Com base no gráfico 4 constata-se que os termos caps, equipe e rede estão presentes e são representativos dos indicadores de integralidade previstos.

Restaram quatro itens da competência da dimensão 4 correspondente à abordagem integral do indivíduo e famílias, quais sejam: estratégia de acolhimento; Realização de atividades de grupo (terapêuticos, preventivos, educativos); realização de atividade extraunidade (que pela característica do CR é condição inerente); e, por último, Discussão de casos pela equipe multidisciplinar na unidade e/ou entre profissionais de distintos níveis.

O documento referente ao PCR 4 contempla todos os elementos de integralidade propostos por Giovanella et al. (2002) para a dimensão a qual se refere. Em suas considerações gerais destaca-se, pela pertinência e propriedade, a estratégia de acolhimento desenvolvida/planejada pela equipe que desenvolveu o projeto em questão:

A equipe contratada especificamente para iniciar esse processo, deve demonstrar afetividade, compreensão e disponibilidade em compreender as queixas e dores físicas e psicológicas [...] O próximo passo é o convite a participar em oficinas terapêuticas, ou atividades que levem ao lazer e/ou ocupação, contribuindo ao aumento de autoestima, motivação, realização pessoal e qualidade de vida. Poderá acontecer que os usuários não aceitam ou não queiram se tratar, e para que essa motivação possa ser germinada, o passar do tempo e a criação de vínculo de confiança, possibilitará que o mesmo aceite o tratamento oferecido. Esses atendimentos deverão constar numa planilha e preenchidos em formulários adequados, numerados, e levantados os dados de referência familiar, como último endereço onde morou, identificando um parente ou amigo próximo. Aqui deve se consolidar o vínculo inicialmente estabelecido pela equipe, buscando acolhimento em suas dificuldades, diferenças, compreendendo suas idiosincrasias, permitindo seu ir e vir, respeitando sua individualidade e seu jeito de ser. Importante frisar que o vínculo muitas vezes se dá com algum profissional da equipe que não possua curso superior, o que não deverá ser empecilho para que esse profissional torne-se referência a esse usuário (PCR 4, 2010, p.18).

No trecho acima se verifica que o documento está em sintonia com o indicador de integralidade “estratégia de acolhimento”. Segundo Giovanella et al, “

as estratégias de acolhimento buscariam oferecer algum tipo de resposta a todos os pacientes que procuram unidades de saúde, humanizando o atendimento” (2002, p.55).

No caso dos Consultórios de Rua, assim como nos demais serviços de atenção básica de característica itinerante que trabalham com busca ativa, atenta-se para a tênue linha que separa o termo “busca ativa” de suas distintas concepções. Se entendida e assumida em seu âmbito originário (vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador) a busca ativa se relaciona a metodologias de estudos epidemiológicos clássicos, como a investigação de casos notificados/casos índice/eventos sentinela, inquéritos epidemiológicos (BRASIL, 2001, p. 52). Em outras palavras, significa sair à procura de pessoas que apresentem algum sintoma indesejado para que ele possa ser sanado ou controlado. O guia de vigilância epidemiológica do ministério da saúde assim define o termo “busca ativa”:

Busca ativa de casos tem o propósito de identificar casos adicionais (secundários ou não) ainda não notificados ou aqueles oligossintomáticos que não buscaram atenção médica, e tem como finalidade:

- tratar adequadamente esses casos;
- determinar a magnitude e extensão do evento;
- ampliar o espectro das medidas de controle.

Para isso, deve-se identificar e proceder a investigação de casos similares no espaço geográfico onde houver suspeita da existência de contatos e/ou fonte de contágio ativa. Esta busca de casos pode ser restrita a um domicílio, rua ou bairro e/ou ser realizada em todas as unidades de saúde (centros, postos de saúde, consultórios, clínicas privadas, hospitais, laboratórios, etc.), ou ainda ultrapassar as barreiras geográficas de municípios ou estados, conforme as correntes migratórias ou características dos veículos de transmissão (BRASIL, 2005, p. 41).

O termo busca ativa também pode ser assumido como um termo político pelos movimentos sanitaria e de defesa da integralidade. Nesses campos a busca ativa é vista como uma possibilidade de articulação dos trabalhadores em saúde no território no qual “a vida acontece”. A busca ativa, desses “rebeldes” trabalhadores

está, na realidade, relacionada à busca pela efetivação dos direitos da população e deveres do Estado em atender não só as demandas explícitas, mas também as demandas reprimidas.

Essa característica subversiva (LEMKE, 2010) do termo busca ativa pode ser constatada em autores que trabalham na perspectiva dos valores que merecem ser defendidos, como referencia Mattos (2009, p. 43-68). Busca ativa também passou a ser entendida como:

Um movimento de ir à contra corrente do automatismo da demanda espontânea, no sentido de cartografar as necessidades de saúde para além dos agravos de notificação compulsória de determinado território (LEMKE, 2010, p.285).

É importante salientar, contudo, que se entendida e trabalhada na perspectiva meramente epidemiológica, o termo busca ativa pode não só conduzir a intervenções invasivas que violam os direitos humanos, mas também a reforçar padrões de controle e tutela sobre as populações vulnerabilizadas e/ou estigmatizadas, ao invés de reforçar sua autonomia.

Essas considerações não só finalizam o presente item, mas também antecedem os próximos (Integralidade nos blogs e nas notícias veiculadas na mídia). O termo “busca ativa” também apareceu nestes itens de formas diversas como poderá ser constatado na sequencia.

4.2 O CONSULTÓRIO DE RUA NOS LUMINOSOS SENTIDOS DA INTERNET

Hoje em dia acaba sendo um eufemismo afirmar que com o advento da internet a informação tornou-se mais acessível e a comunicação mais ágil. Os recursos audiovisuais disponibilizados na rede, bem como sua variedade, por vezes acabam se tornando uma avalanche de conteúdos diversos que, se não bem administrados, acabam por sufocar, dispersar a atenção de determinados focos.

A pesquisa na internet tem sido cada vez mais aceita no meio científico. A netnografia, uma adaptação das técnicas etnográficas, tem sido utilizada com certa frequência para análise das redes sociais. Nela estão presentes elementos da antropologia, da sociologia, da psicologia entre outras. Poucas pesquisas do Serviço Social, até então, tem explorado essa rica matéria-prima como possibilidade de estudo sobre esse tipo instrumento cada vez mais integrante da produção e reprodução das relações sociais.

Neste item há a apresentação e breve discussão dos resultados de parte da pesquisa sobre integralidade na fonte dos Consultórios de Rua. As fontes foram selecionadas de acordo com sua pertinência ao foco de estudo. Na primeira parte encontram-se aquelas produzidas por trabalhadores de consultório de rua e na segunda parte as fontes são providas da mídia jornalística representada por instituições tradicionais no ramo²⁵ no Brasil.

Nessa etapa da pesquisa o que se procurou, de fato, foi constatar se é possível identificar elementos de integralidade nas expressões²⁶ veiculadas na internet relacionadas aos consultórios de rua, tendo eles com foco ou pano de fundo. Para isso, as fontes foram divididas em aquelas provenientes e as não provenientes de trabalhadores de consultórios de rua. Nas fontes provenientes dos trabalhadores de CR estão os blogs mantidos por eles, e, nas não provenientes de trabalhadores de CR estão as notícias jornalísticas relacionadas a consultórios de rua.

Nas notícias, muitas vezes, o tema principal veiculado era a questão do “enfrentamento às drogas” nas quais os consultórios de rua apareciam como meros dispositivos inovadores a serem utilizados nessa batalha, uma espécie de “tanques de guerra” envolvidos diretamente “no front”. Essas notícias foram incluídas justamente para dar visibilidade a essa característica apelativa constatada nos

²⁵ Para fins de organização da amostra o critério foi selecionar somente as notícias jornalísticas de organizações institucionais reconhecidas. Não incluindo as notícias veiculadas pela chamada mídia independente que é promovida por pessoas ou grupos de pessoas, por vezes, de difícil identificação o que compromete, em parte, comprometeria as etapas de análise e referência da forma como foram pensadas.

²⁶ As expressões aqui referidas dizem respeito às formas de comunicação utilizadas na internet para transmitir alguma mensagem, tácita ou não. Assim, uma imagem, um texto, uma notícia ou um simples comentário a respeito das notícias, os chamados “posts” foram considerados formas de expressão.

achados da pesquisa. Dessa forma, tornou-se relevante a seleção e análise de alguns comentários de internautas em relação a duas notícias especificamente. Os comentários foram mantidos no corpus da pesquisa, pois, mesmo que alguns deles apareçam como “anônimos”, todos estão sob responsabilidade dos sites jornalísticos que os mantém. Assim sendo, nas notícias consideradas, só é possível postar e manter algum comentário com autorização de um mediador vinculado à empresa jornalística responsável pela matéria.

O padrão de análise de integralidade proposto por Giovanella et al. (2002) foi adaptado para dar conta das necessidades dos objetivos da pesquisa. De qualquer forma, foi mantida a ênfase na dimensão 4 – “abordagem integral de indivíduos e famílias”, pois o foco do presente estudo é um dispositivo de interação profissional-usuário e serviço-usuário. As dimensões 1 (política), 2 (organização do sistema) e 3 (gestão) foram consideradas, mas em menor proporção em relação ao cerne do estudo.

A seguir constam a síntese das análises e resultados referente a essa etapa da pesquisa, iniciando com os blogs (páginas de internet) mantidos por trabalhadores de consultórios de rua. O primeiro a ser considerado diz respeito a uma página intitulada “Estratégia de saúde da família para população em situação de rua” subtítulo: “Esf Pop Rua” = Estratégia de Saúde da Família para População em Situação de Rua + Consultório de Rua²⁷.

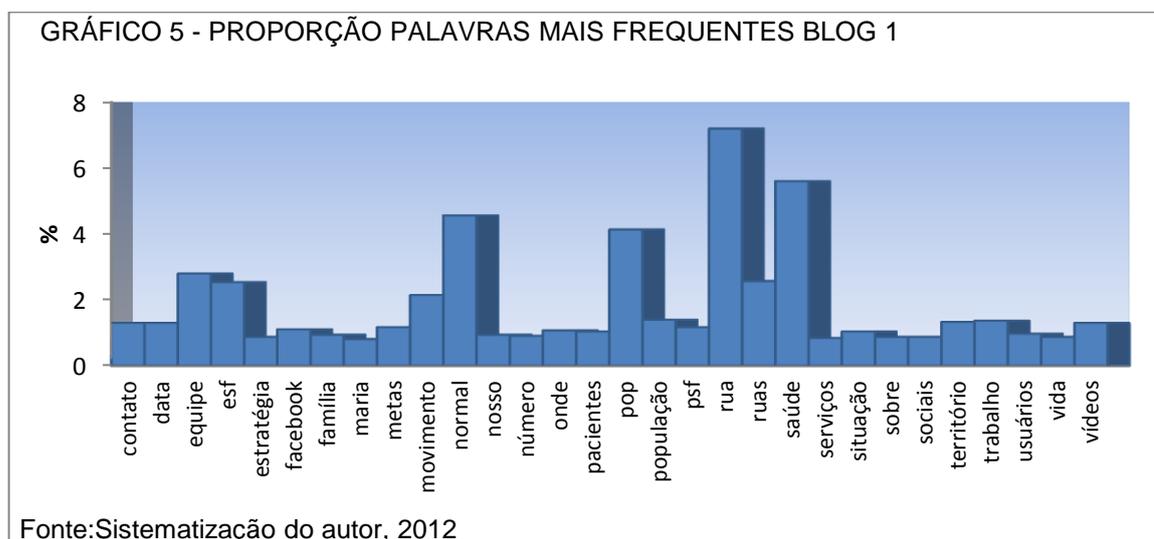
Essa página agrega informações tais como: Quem somos, Serviços e metas, Como eu faço, Território, onde atuamos, Eventos, Nossa equipe, Como chegar, Contato, Aconteceu / Vai acontecer, Conheça essa história e Galeria de Fotos (ESFPOPRUA, 2012). No item “quem somos” consta a seguinte descrição:

O projeto “Saúde em Movimento nas Ruas” nasce na cidade do Rio de Janeiro, em setembro de 2010. Chamado de ESF POP RUA, o serviço é inédito no Brasil, e está em fase inicial de implementação. A ESF POP RUA trabalha integrando suas duas equipes básicas de PSF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde) às equipes de saúde mental (uma assistente social, uma musicoterapeuta e dois psicólogos) e saúde bucal

²⁷ Endereço para acesso: <http://smsdc-esfpoprua.blogspot.com.br/>

(composta de odontólogo e técnico em saúde bucal). [...] A atuação dos agentes comunitários de saúde se organiza em micro áreas definidas, na região do Centro da cidade do Rio de Janeiro, a partir da concentração de população de rua e suas flutuações no território [...] O “Saúde em Movimento nas Ruas” é uma junção inovadora da Estratégia de Saúde da Família com o Projeto Consultório de Rua, que trabalha na perspectiva da Redução de Danos (ESFPOPRUA, 2012).

Percebe-se a partir do exposto que o serviço agrega o consultório de rua à estratégia de saúde da família, o que tem sido recomendado nas novas diretrizes para o trabalho de CR. Esse serviço inovador, portanto, caracteriza-se como uma abordagem de saúde na perspectiva integral à população de rua.



Para o estudo desse site, devido a sua constituição amplamente textual, também foi possível agregar a análise lexicométrica que resultou na seguinte representação gráfica:

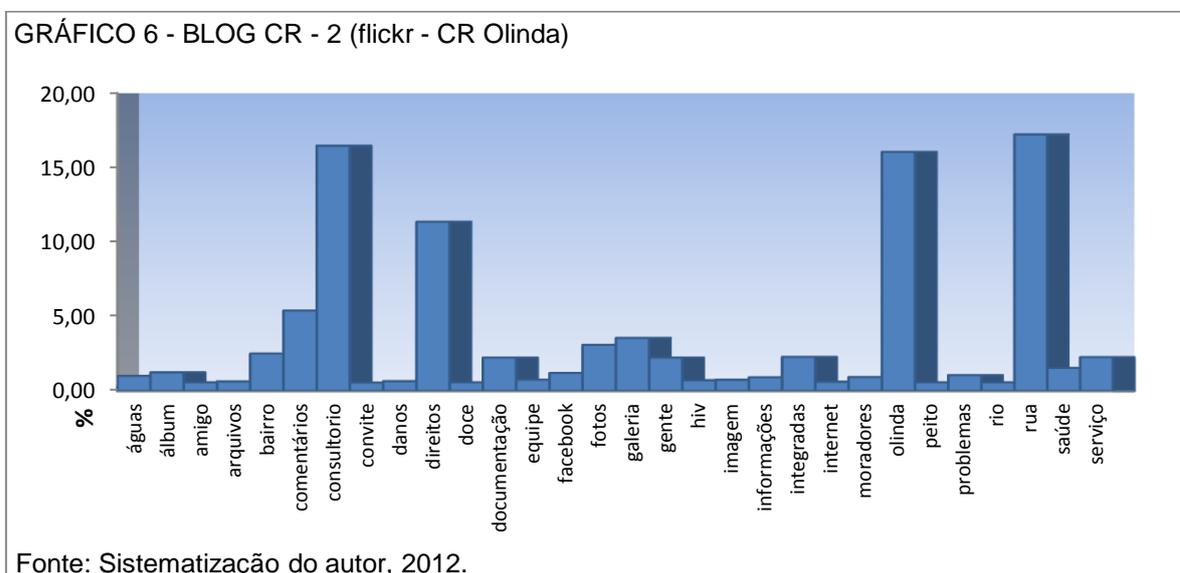
Rua, saúde, normal, pop, equipe e esf foram os termos mais frequentes no site, sendo que o termo “normal” deve ser desconsiderado uma vez que se refere a um artifício da estrutura da página e não se refere ao texto visível. As demais palavras presentes no gráfico estão condizentes com o que é apresentado na página, de modo que podem ser consideradas satisfatoriamente como representativas em escala. Em relação ao indicador de integralidade podemos destacar a princípio os termos: rua, saúde, equipe, território, psf. Esses termos

podem estar vinculados aos indicadores de equipe multidisciplinar, rede básica e realização de atividade extraunidade. Contudo, a análise da quantificação de palavras mostra-se menos eficiente do que nos casos anteriores devido à característica da apresentação das páginas na internet. Nesse meio, as análises menos quantitativas e mais qualitativas parecem ter melhor resultado.

A partir de leitura flutuante foi possível identificar os seguintes itens de integralidade presentes na comunicação/expressão da página: equipe multidisciplinar; rede com adscrição básica; estratégia de acolhimento e realização de atividades extraunidade.

Outro consultório de rua do país também compartilha parte de seu fazer, seu processo de trabalho na internet em, pelo menos dois espaços, numa conhecida rede social (Orkut) e num blog de compartilhamento de imagens (flickr)²⁸. Dessas páginas, foram possíveis as seguintes análises, seguindo a metodologia utilizada.

Em termos de quantificação das palavras, apresenta-se o seguinte artifício gráfico referente à página de compartilhamento de imagens flickr mantida pelo CR de Olinda :



²⁸ Sobre o Flickr aplicativo online de gerenciamento e compartilhamento de fotos e vídeos disponível em: <http://www.flickr.com/about>. Acesso em março de 2012.

As palavras em destaque no gráfico 6 são rua, Olinda, consultório, direitos, comentários, documentação, galerias, fotos, gente, bairro, integradas. Olinda, rua e consultório tiveram maior discrepância em relação às demais devido ao fato de que, para cada foto, o site atribui seu nome, no caso, Consultório de Rua de Olinda, de modo que a diferença entre a menor incidência e a maior dessas três palavras, no caso entre rua e Olinda dará um coeficiente que corresponde ao mínimo percentual em que as palavras aparecem isoladamente.

Essa consideração aponta para um percentual de aproximadamente 1,2% em que o termo rua como substantivo próprio é citada nas descrições das imagens. Rua como espaço de atuação, como território no qual o agir profissional se encharca de vida e vivências na relação entre usuários e técnicos, para usar os termos de Nery (2009), no local de encontro de excluídos e incluídos. As imagens apresentadas no site demonstram o envolvimento visceral de uma equipe engajada com o trabalho de tal forma, sensível e comprometida como o trabalho com as populações em situação de rua.

A partir do gráfico não se colhem muitas palavras relacionadas aos indicadores do princípio da integralidade em estudo. Em contrapartida, a partir das imagens disponíveis no site, constata-se que faltam indicadores capazes de comportar a totalidade da integralidade em ação. Nas imagens dessa micropolítica do trabalho vivo desses trabalhadores não se constata ausência de integralidade, mas sim presença integral de uma cartografia do trabalho vivo em ato capaz de novos traçados de superação do instituído (MERY, 2007).

Em espaços como esses, da rua, do território, do lócus de ação dos consultórios de rua a questão da droga não é o foco se este não for o da população atendida. Esse é uma das premissas básicas da integralidade: colocar o sujeito no centro da atenção. Colocar as suas prioridades como prioridade e não inculir neles as prioridades demandadas por outras pessoas ou parcelas da sociedade. Se assim fosse, a integralidade não só seria negada em essência, mas também seria regressada às formas tutelares de fragilização da autonomia dos sujeitos de direitos.

Uma das contradições que pode ser constatada diz respeito ao contraste entre os indícios de um fazer profissional comprometido com a integralidade, como se percebe nos projetos e nas imagens dos blogs mantidos pelos trabalhadores de consultório de rua, e as formas de entendimento que parte da sociedade tem a

respeito desse trabalho. Parte da mídia jornalística e da população parece desconhecer os princípios do SUS, dentre eles a integralidade, a universalidade e a equidade ao deixar transparecer o anseio pelo controle sobre as populações de rua. A instituição de um importante dispositivo de saúde diferencial, para a parcela da sociedade notadamente diferenciada, parece necessitar de uma guerra, cuja finalidade é derrotar o inimigo. Atender às vítimas de um inimigo impiedoso torna-se o foco. Para a ideologia de que para a sociedade o problema é a droga e não a desigualdade.

Tabela 1- Frequência das palavras em 77 notícias relacionadas aos consultórios de rua

	TERMO	F	%		TERMO	F	%
1	saúde	266	7,52	16	federal	64	1,81
2	drogas	242	6,84	17	dependentes	62	1,75
3	rua	214	6,05	18	plano	62	1,75
4	crack	188	5,32	19	programa	62	1,75
5	usuários	165	4,67	20	ministério	61	1,73
6	consultório	105	2,97	21	consultórios	60	1,70
7	pessoas	103	2,91	22	atenção	57	1,61
8	internação	96	2,71	23	equipe	55	1,56
9	atendimento	93	2,63	24	profissionais	54	1,53
10	projeto	87	2,46	25	centro	53	1,50
11	ações	78	2,21	26	vida	53	1,50
12	tratamento	78	2,21	27	cidade	52	1,47
13	álcool	76	2,15	28	mil	52	1,47
14	governo	70	1,98	29	uso	50	1,41
15	social	69	1,95	30	caps	48	1,36

Fonte: Sistematização do autor, 2012.

Em relação aos indicadores de integralidade destacam-se as seguintes palavras: saúde, equipe e caps. Somados, esses termos chegam a 10% do total de palavras presentes nas notícias. Em contrapartida, os termos drogas, crack, internação, ações, tratamento, álcool chegam a 23%. Essas somas dizem respeito ao foco e enfoque dado pelas notícias. Lembrando-se que as palavras não são neutras e assumem caráter político-ideológico. É claro que uma simples constatação e

quantificação dessas palavras/termos não indica como estão sendo utilizados, nem a serviço de que ideologias. Contudo é possível conhecer sobre o que está se falando. Ao se constatar, por exemplo, que o termo internacionalização é o oitavo termo mais citado a indicativa desse termo polêmico mostra-se em destaque.

5 CONSIDERAÇÕES PELO RETROVISOR

É da sociedade que vem tudo que há de essencial em nossa vida mental (Durkheim, 1951, p.83).

O que separa loucos e dependentes químicos de psiquiatras?

Há algum tempo poderia se dizer que a separação entre eles se dava mediante alguns enfermeiros, camisas de forças, grades, alguns *elétrons-volts* de choque e tranquilizantes para contê-los... A reforma psiquiátrica iniciada na Itália teve influência no Brasil e fortaleceu os movimentos sociais, dentre eles o antimanicomial. A Reforma Sanitária, como um todo, emergiu na força dos trabalhadores e usuários do sistema de saúde brasileiro e pavimentou caminho para efetivação de importantes conquistas consolidadas na Constituição de 1988.

Dentre os inúmeros avanços no reconhecimento de direitos presentes na Carta Magna brasileira está a saúde como direito fundamental de todos e dever do Estado em sua promoção. O Sistema Único de Saúde chega e aporta-se de princípios básicos, tais como a Universalidade do Acesso, a Equidade, a Descentralização, o Controle Social e a Atenção Integral em saúde, a que chamamos Integralidade.

Contudo, ainda hoje, tem-se dificuldade de se apreender os significados da Integralidade e operacionalizá-la em ações efetivas. Percebe-se, que não raro, a Integralidade torna-se um termo banalizado, tanto em publicações oficiais quanto nos projetos institucionais de saúde. Dilui-se, dessa forma, o potencial revolucionário que esse termo abrange.

Romper barreiras e paradigmas procurando desvelar como se dá o processo de atenção notadamente, estigmatizada em situação de vulnerabilidade e, não raro, taxada pela sua situação e não pela sua potencialidade. Também, é notório o discurso moralizador que preconiza a “higienização social” dos “desajustados”, ou seja, promove-se e incentiva-se a “guerra às drogas”, por conseguinte, aos usuários de drogas. Não se percebe neles a própria reprodução social de um sistema perverso que propicia inúmeras violações em nome da ordem e do progresso.

A defesa intransigente dos direitos humanos, o reconhecimento da liberdade como valor ético central e o compromisso com a qualidade dos serviços prestados, princípios do Código de Ética do Profissional dos Assistentes Sociais (1993) impelem a prosseguir nessa discussão fértil que se refere, em última instância, à promoção de saúde de uma parcela da população, socialmente discriminada.

Devido a diversos fatores, percebe-se um esforço do Estatal no sentido de fomentar ações vinculadas à atenção às drogas. Uma das ações políticas em relação às drogas que tem mobilizado diversos setores do governo e da sociedade civil diz respeito ao Plano de Enfrentamento ao Crack e outras drogas lançado em maio de 2010, instituído pelo Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. Esse plano tem características amplas para combater uma realidade complexa que é o tráfico e o uso de drogas. A opção por eleger uma droga como foco do “ataque” parece mais uma estratégia eleição de um “inimigo comum” para conquistar maior apoio da sociedade. Essa é uma metodologia conhecida e até certo ponto conquista os objetivos iniciais.

O problema que se coloca é que às vezes podem ocorrer “efeitos colaterais” comprometedores. Não se pode enganar a todos durante muito tempo. Cientistas, movimentos sociais e até mesmo parlamentares aliados tecem questionamentos quanto à veracidade de algumas sentenças proclamadas, por exemplo, ao se afirmar que o crack é uma epidemia, utilizando-se para isso conceituações epidemiológicas, mesmo sem haver dados epidemiológicos confiáveis.

O uso de álcool é mais frequente, abrangente e mais perigoso em termos sociais do que a cocaína, seja ela na forma livre, base ou crack, segundo pesquisa inglesa publicada em dezembro de 2011. O tabaco, por sua vez também tem alto índice de uso e consta que, da mesma forma, causa problemas de saúde consideráveis. Mas porque nenhuma dessas últimas drogas é considerada epidemia? E a maconha teve seu apogeu na década de 1970 e até hoje é amplamente utilizada, não deveria também em algum momento ser considerada epidêmica? O consumo exagerado de alimentos tais como “*fast-food*” também não seria um fenômeno epidêmico? O fato é que epidemia diz respeito a número de casos em determinado período e local. O crack não é uma doença, mas é um fator de risco para que ocorra determinada doença. Assim como o álcool, o tabaco e a má alimentação. Não se pode falar em epidemia de crack, primeiro, porque não se tem

parâmetros sobre a dependência por crack, segundo porque não se pode afirmar que aqueles que usam são doentes; terceiro, mesmo que ocorram agravos à saúde não se pode afirmar que a causa seja o crack ou se ele simplesmente manteve um padrão de dependência de alguma outra substância psicoativa que já existia antes.

O motivo dessas considerações não é para defender o crack ou o uso dele, mas simplesmente trata-se de um esforço de pesquisa e raciocínio sobre uma afirmação que está sendo posta como verdade indelével. Sabe-se que as drogas, ou melhor, que o uso problemático de drogas causa uma série de males à sociedade. Mas também sabe-se que são as pessoas e não as drogas que têm suas vicissitudes, como diz Nery. São elas que se relacionam entre si e que dão significado às suas experiências. São para elas e por elas, as pessoas, que as políticas devem ser pensadas.

Apesar do apelo bélico e ideológico, o plano de enfrentamento ao crack, transformado no recente “crack é possível vencer” está coberto de boas intenções. Quase todas as suas linhas de “ataque” podem contribuir significativamente com a sociedade, seja na qualificação dos profissionais, seja na redução de agravos à saúde, seja na ampliação do acesso a serviços. O Consultório da Rua é um bom exemplo.

Essa experiência de CR foi concebida pensando-se nas pessoas e não nas drogas. O importante eram as pessoas em situação de rua. Era para elas e por elas que o consultório de rua existia. E já naquele momento a integralidade o compunha, porque integralidade é isso, em essência: é colocar o outro no foco da atenção e enxergar nele um sujeito completo, vivenciando uma situação complexa. A partir da presente dissertação, verifica-se que elementos de integralidade podem ser identificados em documentos, nos textos, nas palavras e nas imagens referentes aos consultórios de rua.

Parte do material analisado (projeto e sites) demonstra-se que há, por parte dos PCRs, preocupação quanto ao cuidado como um todo. A vontade de fazer, de ajudar, de qualificar o trabalho com um atendimento diferenciado para a população que mais necessita são evidentes. A Equidade não integrou de fato, aprofundamentos teóricos e preocupações metodológicas a fim de tentar ser identificada. Contudo, ela parece ser um indicador tão presente quanto a integralidade. Seria interessante estender estudos nessa direção também. A

pesquisa documental é, de certa forma, um estudo mais “frio” no sentido de vivenciar presencialmente o objeto de estudo. No método positivista isso é uma qualidade, pois afastar o pesquisador de seu objeto de estudo e preservar a neutralidade (questionável neutralidade) é primordial. Contudo, esse método não daria conta da totalidade a qual foi alcançada.

O método utilizado nessa pesquisa, o dialético-crítico, possibilitou ir além, apesar de demandar maior esforço torna-se gratificante à medida que se progride no entendimento do todo. Olhar e ver não uma etapa em conclusão, mas o todo em processo. Em sendo processo, é movimento; em sendo movimento, é possibilidade de mudança.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Miriam; CASTRO, Mary Garcia. **Drogas nas Escolas**. Brasília: UNESCO, 2002.

ABREU, Carolina de Camargo; MALVASI, Paulo Artur. Aspectos transculturais, sociais e ritualísticos da dependência química. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs.). **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 375-418.

AMADEU, Roseli Cruz. Abuso de Drogas y su prevención en Brasil. In: CORREA, Jorge Baeza (org.) **Drogas em América Latina: Estado Del arte em estúdios de toxicomania em Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Ecuador**. Santiago do Chile: Uchsh - Fiuc, 2008.

ANDRADE, Tarcísio Matos de; RONZANI, Telmo Mota. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. In: ANDRADE, Tarcísio Matos de. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais**. Curso SUPERA. 3.ed. Módulo 1. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009.

ARTELLS, J. **Notas sobre La consideración econômica de La equidad: utilización y acceso**. In ARTELLS, J. (org.) Planificación y Economía de La Salud em las Autonomías. Madri: Masson, 1983.

ATKINS, Peter; JONES, Loreta. **Princípios de Química: questionando a Vida Moderna e o Meio Ambiente**. Tradução Ricardo Bicca de Alencastro. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento Social: intencionalidade e instrumentação**. 2.ed. São Paulo: Veras; Lisboa, 2007.

BARBOSA, Livia. **Sociedade de consumo**. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 4.ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George; ALLUM, Nicholas. Qualidade, quantidade e interesse do conhecimento: evitando confusões. In: BAUER, Martin W; GASKELL (orgs.). **Pesquisa Qualitativa com Texto Imagem e Som**. 4.ed. Trad. Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2005.

BAUMAN, Zygmunt. **Medo líquido**. Tradução por Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BARATA, Rita Barradas. Condições de Saúde da população brasileira. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCORREL, Sara; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; et al. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008.

BARCELAR, Roberto Portugal. Mudança de cultura jurídica sobre drogas. In: DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira, et al. (orgs.). **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas**. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2011.

BELCHIOR, Antonio Carlos Gomes. Alucinação. In: BELCHIOR, A.C.G. **Alucinação** - Álbum fonográfico, Polygram, 1976.

BERBER SARDINHA, Tony. **Linguística de Corpus**. Barueri: Manole, 2004.

BORDIN, Selma; et al. Sistemas Diagnósticos em Dependência Química: conceitos Básicos e Classificação Geral. In: FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. 2.ed. São Paulo: Roca, 2010.

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde / Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl. Brasília:Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009, 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)**.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas: Brasília, 2011b.

BULLA, Leonia Capaverde. Políticas e Práticas de Enfrentamento à Drogadição no Rio Grande do Sul/Brasil. **Projeto de Pesquisa convênio FIUC/PUCRS**: Porto Alegre, 2011.

CALINICOS, Alex. Igualdade e capitalismo. In: BORON, A.A. et al. (orgs.). **A teoria marxista hoje**: problemas e perspectivas. Buenos Aires: Expressão Popular, 2006.

CAMARA JUNIOR, Joaquim Mattoso. **Manual de Expressão Oral e Escrita**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

CAMPOS, Estela Márcia Saraiva; et al. Tecnologias avaliativas de integralidade em saúde na Atenção Básica: a experiência do município de juiz de Fora. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes; MATTOS, Ruben Araujo de. **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudo de práticas avaliativas em saúde. 1ª reimp. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011.

CARLINI, Beatriz. Estratégias preventivistas nas escolas. In: SEIBEL, Sergio D. **Dependência de Drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu. 2010.

CARNEIRO, Henrique. Breve Histórico do Uso de Drogas. In: SEIBEL, Sergio D. **Dependência de Drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu. 2010.

CARVALHO, Marcus Renato de. **Modelos assistenciais de unidades básicas de saúde e integralidade**. Estudo de caso: a área de planejamento. Contribuição para sua distritalização. 1991. 242f. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

CASTILHO DA COSTA, Alessandra. **Tradições discursivas em jornais paulistas de 1854 a 1901**: Gêneros entre a história da língua e a história dos textos. Munique: Grin, 2011.

CATTANI, A. D. **Dicionário Crítico Sobre Trabalho e Tecnologia**. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: UFRGS, 2002.

CAVALLARI, Celi Denise; SODELLI, Marcelo. Redução de danos e vulnerabilidades enquanto estratégias preventivas nas escolas. In: SEIBEL, Sérgio D. (org.). **Dependência de Drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

CAZANOVA, Ricardo Flores. **Projeto de Pesquisa** submetido à Comissão Científica do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

CAZANOVA, Ricardo Flores. **Caderno de manuscritos reflexivos e insights: Pesquisa sobre a Integralidade na fonte do Consultório de Rua do SUS.** Porto Alegre, 2011.

CAZENAVE, Sílvia de Oliveira Santos. **Toxicologia Geral das Substâncias Psicoativas.** In: SEIBEL, Sérgio D. Dependência de Drogas. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à Teoria Geral da Administração,** São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

CHILDE, V. Gordon. Para uma recuperação do Passado. **A interpretação dos dados arqueológicos.** Amadora, Livraria Bertrand, 1969.

CHIMENTI, Ricardo Cunha. Aprimoramento do Poder Judiciário em relação ao uso de drogas. In: In: DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira, et al. (orgs.). **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas.** Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2011.

COHEN, Albert K. **Deviance and control.** Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1966.

COSTA, Magnus Amaral. **Otimização dos resultados e minimização dos custos.** Revista Brasileira de Contabilidade. 17 (62), mai/jun, 1987.

COSTA, Lúcia Cortes da. O dilema brasileiros da desigualdade social. In: SOUZA, Maria Antônia de Souza; COSTA, Lúcia Cortes da (orgs.). **Sociedade e cidadania: desafios para o século XXI.** Ponta Grossa: UEPG, 2005.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma Equação Possível?** São Paulo: Cortez, 2003.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado: trabalho relacionado com as investigações de L. H. Morgan.** 10. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1985.

ESCOHOTADO, Antonio. **Historia general de las drogas.** 5. ed. Madri: Espasa Calpe, 2002.

SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lúgia; ESCORREL, Sara; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; et al. (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008.

ERIKSEN, Michael; MACKAY, Judith; ROSS, Hana. **The to tobacco atlas.** Completely Revised and Updated. 4.ed. Atlanta: The American Cancer Society, 2012.

ESFPOPRUA. Site do projeto “**Saúde em Movimento nas Ruas**”. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://smsdc-esfpoprua.blogspot.com.br/>> acesso em março de 2012.

FELTRE, Ricardo. **Fundamentos da Química**. 3.ed. São Paulo: Moderna, 2001.

Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 3. ed.- Curitiba: Positivo, 2004.

FONSECA, Vilma Aparecida da Silva; LEMOS, Tadeu. Farmacologia na dependência química. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs.). **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FREITAG, Bárbara. **Itinerário de Antígona: a questão da moralidade**. 3. ed. Campinas: Papyrus, 2002.

FURTADO, Lumêna A. Castro; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores médicos: estudo de caso: **Revista Saúde Pública**, V. 32, n.6, 1998. P. 587-595.

GHODSE, H. **Drugs and addictive behavior: a guide to treatment**. 2.ed. Oxford: Blackwell Science, 1995.

GIOVANELLA, Lígia. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. In: **Revista Saúde em Debate**. v.26, n 60, p. 37-61, jan./abr. 2002.

GIOVANELLA, Lígia; ESCORREL, Sara; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; et al. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008.

GIRARDI, Giovana et. al. Drogas: precisamos delas? **Revista Galileu**. Edição Especial nº. 3. Rio de Janeiro: Ed. Globo, ago. 2003.

GUARESCHI, Pedrinho A. **Psicologia Social Crítica como prática de libertação**. 3. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

GUARESCHI. Pedrinho A. **Sociologia Crítica: alternativas de mudança**. 59. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

GUARESCHI. Pedrinho A; BIZ, OSVALDO. **Mídia e Democracia**. 4.ed. Porto Alegre: Evangraf, 2007.

HECKLER, E. et al. **Dicionário Morfológico da Língua Portuguesa**. Volume II. São Leopoldo: Unisinos, 1988.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

HELLER, Agnes. **Sociología de la vida cotidiana**. 3ª ed. Barcelona: Ediciones Península, 1991.

HOBBS, Thomas. **Leviatã: Matéria, Forma e Poder de Uma República Eclesiástica e Civil**. Organizador Richard Tuck. Tradução por João Paulo Monteiro, Maria Beatriz, Nizza da Silva, Claudia Beruner. São Paulo: Martins fontes, 2003.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: Capital financeiro, Trabalho e Questão Social**. São Paulo: Cortez, 2008.

KARAM, Maria Lúcia. Legislações proibicionistas em matéria de drogas e danos aos direitos fundamentais. In: SEIBEL, Sérgio D. **Dependência de Drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu. 2010.

KONDER, Leandro. **O que é dialética**. 23. ed. São Paulo: Brasiliense, 1998.

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

LARANJEIRA, Ronaldo. Legalização de drogas ilícitas no Brasil: em busca da racionalidade perdida. In: SILVA, Gilberto Lúcio (org.). **Drogas Políticas e Práticas**. São Paulo: Roca, 2010.

LABROUSSE, Alain. **Geopolítica das Drogas**. Tradução por Mônica Seincman, apresentação Thiago Rodrigues. São Paulo: Desatino, 2010.

LEITE, Marcos da Costa. História da Cocaína. In: LEITE, Marcos da Costa; ANDRADE, Arthur Guerra de (orgs.). **Cocaína e Crack: dos fundamentos ao tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 1999. p.15-24.

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. **A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território**. Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia da UERJ. ano 10, n. 1. Rio de Janeiro, 2010. p. 281-295.

LESSA, Sérgio. O processo de produção/reprodução social: trabalho e sociabilidade. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 2: Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília: CEAD, CFESS, ABEPSS, UnB, p. 20-33, 1999.

LODI, João Bosco. A Estrutura Matricial e a Estrutura Sistêmica: dois novos tipos de organização. In: **Revista de Administração de Empresas** 10(4). out./dez, Rio de Janeiro, 1970.

MACHADO DE ASSIS, Joaquim Maria. **Contos**. Porto Alegre: LP&M, 1998.

MACRAE, Edward. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, Sérgio D. (org.). **Dependência de Drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. p.27-37.

MACRAE, Edward; SIMÕES, J. **Rodas de fumo**: o uso da maconha entre as camadas médias. Salvador: EDUFBA, 2000.

MARANHÃO, César Henrique. Capital e superpopulação relativa: em busca das raízes contemporâneas do desemprego e do pauperismo. In: BEHRING, Elaine, Rossetti; ALMEIDA, Maria Helena Tenório de (orgs.). **Trabalho e seguridade Social**: Percursos e Dilemas. Rio de Janeiro: Cortez, 2008.

MARLATT, Alan (org.). **Redução de Danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MARX, Karl. **O Capital**: Crítica da Economia Política. Livro 1, Volume I. Tradução por Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Nova Cultural, 1996a.

MARX, Karl. **O Capital**: Crítica da Economia Política. Livro 1, Volume II. Tradução por Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Nova Cultural, 1996b.

MATTOS, Rubem Araujo de. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (orgs.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.

MATTOS, Ruben Araujo. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (orgs.). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 5. ed. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO, 2010.

MEDINA, Maria Guadalupe. et al. Epidemiologia do consumo de substâncias psicoativas. In: SEIBEL, Sergio D. **Dependência de Drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu. 2010.

MERY, Emerson Elias. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MICHENER, H. Andrew; DELAMATER, John D.; MYERS, Daniel. Comportamento desviante e reação social. In: MICHENER, H. Andrew; DELAMATER, John D.; MYERS, Daniel. **Psicologia Social**. Tradução por Eliane Fittipaldi e Suely Sonoe Murai Cuccio. São Paulo: Pioneira, 2005.

Money, G.H. **Equity in health care**: confronting the confusion. *Effective health care*. 179-185, 1983.

MORAES, Edilaine; CAMPOS, M. Geraldo; FIGLIE, B. Neliana. et al. **Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool**. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 28 (4), 2006, p.321-5.

MORAIS SILVA, António de. **Grande dicionário da língua portuguesa**, 10. ed. 12v. Lisboa, Confluência, 1949-1959.

MORIKOSHI, Eliane; ALVES, Márcia C. Moita; FERRI, Márcia R. Assédio Moral: A Ameaça Invisível no Relacionamento Humano nas Organizações, Anais da XXII SEMAD, Maringá, set. 2002.

NASCENTES, Antenor. **Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Livraria Acadêmica, 1955.

NERY FILHO, Antônio. **Entrevista audiovisual cedida ao Jornal A Tarde Online**, em 29 de junho de 2009. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=YpnZ_nBOIbw&feature=related>. Acesso em dezembro de 2011.

NETO, José Paulo. Cinco notas a propósito da questão social. **Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS**. Rio de Janeiro: Grafine, 2001.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político contemporâneo” in **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 1 – Brasília: Cead/ABEPSS/CFESS, 1999.

NEVES FILHO, Geraldo. Lavagem de Capitais. **Conteúdo Jurídico**, Brasília-DF: 30 dez. 2011. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.35454>>. Acesso em: 24 fev. 2012.

NIEL, Marcelo. Aspectos históricos do uso de drogas. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs.). **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCORREL, Sara; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; et al. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008.

NOLL, Heinz-Herbert e ZAPF, Wolfga. Social indicators research: societal monitoring and social reporting. In: Ingwer Borg e Peter Ph. Mohler (orgs.), **Trends and perspectives in empirical social research**. Berlin: Gruyter, 1994.

NOTO, A. R. et al. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras - 2003**. São Paulo: Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (UNIFESP); Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2003.

OFFE, Claus. **Dominação de classe e sistema político**: Sobre a seletividade das instituições políticas. In: Problemas Estruturais do Estado Capitalista. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

OGA, Seizi; CAMARGO, Márcia Maria de Almeida; BATISTUZZO, José Antonio de Oliveira. **Fundamentos de Toxicologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

- OLIEVENSTEIN, C. **Destino do toxicômano**. São Paulo: Artmed, 1985.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Genebra, 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Glossário de Álcool e Drogas**. Tradução por José Manuel Bertolote. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Sistema Global de Informação sobre Álcool e Saúde (GISAH)**. 2012. Disponível em: <<http://apps.who.int/ghodata/?Theme=GISAH>> Acesso em janeiro de 2012.
- PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCORREL, Sara; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; et al. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008.
- PASSETI, Edson. **Das fumeries ao narcotráfico: as drogas e o poder**. São Paulo: Educ, 1991.
- PAULILO, M. A.S.; DAL BELLO, M. G.. **Jovens no contexto contemporâneo: vulnerabilidade, risco e violência**. Serviço Social em Revista. vol.4, nº2 Jan /Jun – 2002. Disponível em: http://www.ssrevista.uel.br/c_v4n2_marilia.htm. Acesso em 07/12/2010.
- PERRENOUD, Luciane, Ogata; RIBEIRO, Marcelo. Etiologia dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs.). **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- PINHEIRO, Maria Carolina Pedalino; FIGUEIREDO, Clarissa Bastos Frota; CORDEIRO, Daniel, Cruz. Glossário. In: FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010. p. 655 - 62.
- PLENA, Miriam Gracie; Di GIOVANNI, Miriam; TOTUGUI, Márcia Landini. et al. **Consultório de Rua do SUS. Brasília**: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Ministério da Saúde, 2010.
- POCHMANN, Márcio. **Desenvolvimento e perspectivas novas para o Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.
- POLITZER, George. **Princípios Elementares de Filosofia**. São Paulo: Centauro, 2001.
- PRATES, Jane Cruz.; PRATES, Flávio Cruz; MACHADO, Simone. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. In: **Revista Temporalis**. Ano 11, n.22, p.191-215, jul./dez. 2011.

QUEIROZ, Sueli de. Fatores de risco e de proteção para o consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes. In: SEIBEL, Sérgio D. (org.). **Dependência de Drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

RANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M. & MOORE, P.K. **Farmacologia**. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

REIS, M. B. M. **Notas sobre o projeto ético-político do Serviço Social**. In: Assistente social: ética e direitos. Coletânea de Leis e Resoluções. 4ed. Rio de Janeiro, CRESS/7 R, 2005.

RIBEIRO, Darcy. **O Povo Brasileiro**: evolução e sentido do Brasil São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

RIZZINI, Irene. Prefácio. In: TRÜCK, Maria da Graça Maurer Gomes. **Rede Interna e Rede Social**: o desafio permanente na teia de relações sociais. 2. ed. Porto Alegre: Tomo, 2002.

ROSANVALLON, Pierre. **A nova questão social**: repensando o Estado Providência. Trad. de Sérgio Bath. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

SCHRADER, Achim. **Métodos de pesquisa social empírica e Indicadores Sociais**. NEVES, Clarissa Eckert Baeta. SOBOTTKA, Emil Albert. Porto Alegre: Ufrgs, 2002.

SILVA, R. V. B.; STELET, B. P.; PINHEIRO, F.; GUIZARDI, F. L. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.

SILVA, Cláudio Jerônimo da; LARANJEIRA, Ronaldo, Ramos. Neurobiologia da Dependência Química. In: FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

TURNER. B. **Equality**. Londres: Tavistock Publications, 1986.

UGÁ. Maria Alicia D; PORTO, Silvia Marta. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCORREL, Sara; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; et al. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008.

UCHÔA, Paulo R. Yog M. Apresentação sobre a **Política Nacional Sobre Drogas**. In: II Seminário "O jovem e as drogas: consequências para o futuro". São Paulo: Cpor-SP, 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Saúde**

Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000.

VERDELHO, Telmo. Dicionários portugueses, breve história. In: NUNES, José Horta; PETTER, Margarida (Orgs.) **História do saber lexical e constituição de um léxico brasileiro**. São Paulo: Humanitas / FFLCH / USP/ Pontes, 2002.

VERDELHO, Telmo. O dicionário de Morais Silva e o início da lexicografia moderna. In: **História da língua e história da gramática** - Actas do encontro. Braga, Universidade do Minho. ILC, 2003.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. International Journal of Health Services, 22(3): 429-445, 1992

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Lexicon of Alcohol and Drug Terms**. Geneva, 1994.

YAZBEK. Maria Carmelita, O significado sócio-histórico da profissão. In: Curso: **Serviço Social, Direitos Sociais e Competências Profissionais**, módulo I. Brasília: CFESS / ABEPSS / CEAD-UNB, 2009.

APÊNDICE A - QUADRO DE PUBLICAÇÕES LEGAIS RELACIONADA ÀS DROGAS E AO CONSULTÓRIO DE RUA

Data Pub.	Ref.	ESPECIFICAÇÃO
02/09/1980	Decreto 85.110	Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes
19/12/1986	Lei 7.560	Cria o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate as Drogas
20/12/1993	Lei 8.764	Cria a Secretaria Nacional de Entorpecentes
22/12/1995	Lei 9.240	Ratifica o fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso
30/06/1999	Lei 9.804	Medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito
17/02/2000	Portaria 001/SENAD	Reconhece e integra os centros de excelência ao SISNAD
17/02/2000	Portaria 002/SENAD	Condições para aprovação de projetos e liberação de recursos do FUNAD
13/11/2000	Portaria 004/SENAD	Normas para cadastramento de instituições públicas e privadas
21/12/2000	Decreto 3.696	Sistema Nacional Antidrogas - SISNAD
06/04/2001	Lei 10.216	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Marco da reforma psiquiátrica)
30/05/2001	RCD 101 - ANVISA	Regulamento Técnico para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas
11/01/2002	Lei 10.409	Prevenção, tratamento, fiscalização, controle e a repressão à produção, uso e tráfico ilícitos de drogas
19/02/2002	Portaria GM 336	Define as regras para o funcionamento dos CAPS.
13/12/2002	Decreto 4.513	Altera os artigos 3º, 4º e 6º do Decreto no 3.696
01/01/2004	Política de atenção à saúde	Política de atenção integral à saúde a usuários de álcool e outras drogas
04/07/2005	Portaria GM 1059	Destinar ao Distrito Federal, aos estados, e aos municípios, incentivo financeiro, para o fomento de ações de redução de danos nos Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad cadastrados e em funcionamento, observadas as diretrizes da Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.
04/07/2005	Portaria GM 1059	Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências.
23/08/2006	Lei 11.343	Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – (deixa de ser Anti-drogas para ser sobre drogas)
27/09/2006	Decreto 5.912	Regulamenta o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas –
22/05/2007	Decreto 6.117	Aprova a Política Nacional sobre o Álcool
17/09/2007	Edital Conjunto 001	Apoio financeiro para comunidades terapêuticas

17/09/2007	Edital Conjunto 002	Centros regionais de referência para formação permanente de profissionais
14/04/2008	Decreto 6.428	Normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos
04/06/2009	Portaria 1.190 GM/MS	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010)
04/06/2009	Portaria 1.190	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).
04/06/2009	Portaria 1.190	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) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.
13/09/2009	Edital Conjunto 003	Apoio financeiro para as casas de acolhimento transitório
18/11/2009	EDITAL	I Chamada de Seleção de Projetos de Consultório de Rua do SUS: 32 projetos inscritos, selecionados 14.
01/05/2010	EDITAL MS	II Chamada de Seleção de Projetos de Consultório de Rua do SUS: 50 projetos inscritos, selecionados 20.
20/05/2010	DECRETO 7.179	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC).
17/09/2010	Edital Conjunto 027	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)
20/09/2010	Decreto 7.179	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor
20/09/2010	Portaria 2.841 GM/MS	Institui o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III.
20/09/2010	Portaria 2.842 GM/MS	Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência - SHR- AD.
20/09/2010	Portaria 2.843 GM/MS	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas.
20/09/2010	Portaria 480 SAS/MS	Inclui procedimentos na tabela SUS
01/11/2010	EDITAL MS	III Chamada de Seleção de Projetos de Consultório de Rua do SUS
26/11/2010	Lei nº 12.339	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.
17/12/2010	Portaria 4.135 GM/MS	Incentivo financeiro para pequenos municípios
01/01/2011	VII Chamada pública	Chamada para supervisão clínico institucional
29/01/2011	Medida Provisória Nº 498	Posteriormente convertida na Lei. nº 12.339, de 2010
28/06/2011	Decreto 7.508	Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS.
21/10/2011	Portaria GM/MS 2.488	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
21/10/2011	Portaria GM/MS 2.489	Define os valores de financiamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

21/10/2011	PORTARIA GM 2488	Nova Política Nacional de Atenção Básica - estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, – além disso o financiamento passa a não ser mais por editais e sim fundo a fundo – os gestores municipais só recebem a verba se derem a contrapartida de disponibilizar o veículo para equipe. Foram também criados níveis de CR de acordo com o tamanho da população essas ultimas informações não constam nessa portaria mas decorrem dela.para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). OBS: Essa portaria passou o Consultório de Rua para Consultório NA Rua – na prática é que ele deixou de ser do encargo da SENAD e passou para atenção básica – atendendo não só a questões referentes às drogas)
21/10/2011	Portaria GM 2489	Define os valores de financiamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.
23/12/2011	Portaria 3.088 GM/MS	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)
23/12/2011	Portaria 3.089 GM/MS	Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
23/12/2011	Portaria 3.090 GM/MS	Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)
25/01/2012	Portaria GM/MS 121	Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial
25/01/2012	Portaria GM/MS 122	Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua
25/01/2012	Portaria GM/MS 123	Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (PCR) por Município
26/01/2012	Portaria GM/MS 130	Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros
26/01/2012	Portaria GM/MS 131	Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial
26/01/2012	Portaria GM/MS 132	Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS)
27/01/2012	Edital Conjunto 2	Seleção de projetos formativos que contribuam para a reinserção social de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a serem desenvolvidos por instituições que prestem serviços em regime de residência

Fonte: sistematização do autor, 2012.

APÊNDICE B – CARTA CONVITE ENVIADA AOS GESTORES DE CR

Carta convite para pesquisa participar da pesquisa, endereçada a consultórios de rua e gestores de saúde.

CARTA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DE PESQUISA DOCUMENTAL

Prezado Sr(a). Responsável pelo Consultório de Rua

Gostaríamos de convidá-lo a contribuir com nossa pesquisa documental sobre elementos do princípio da integralidade em documentos de aporte ao Consultório de Rua.

1) Essa pesquisa tem o objetivo de:

Descrever de que forma o Princípio da Integralidade se apresenta na legislação e demais documentos de aporte a um novo dispositivo de atenção integral às pessoas, em situação de rua, usuárias ou dependentes de crack, álcool e outras drogas, o Consultório de Rua.

2) Com essa pesquisa pretendemos:

- I. Avançar no conhecimento em relação a esse dispositivo inovador de promoção de saúde.
- II. Fornecer subsídios que contribuam com a avaliação de políticas públicas sobre drogas e atenção em saúde à população em situação de rua, a partir da perspectiva do princípio da integralidade.
- III. Verificar como nos documentos (planos, projetos e demais arquivos não sigilosos²⁹ da prática do Consultório de Rua) é possível colher elementos do princípio da integralidade que possam contribuir com o diagnóstico situacional de modelo de cuidado do próprio serviço.

²⁹ Entende-se por arquivo não sigilosos aqueles nos quais não é possível identificar os sujeitos envolvidos.

3) Como participar? Basta enviar documentos do Consultório de Rua o qual faz parte, para o email ricardo.cazanova@acad.pucrs.br.

4) Quais documentos enviar? Quaisquer documentos textuais que julgar importante e quiser disponibilizar para análise de nossa pesquisa. Podem ser:

- Projetos (Submetidos ao Ministério da Saúde para concorrer à seleção).
- Protocolos que digam como é feito o trabalho no Consultório de Rua.
- Atas de reuniões
- Mapeamentos de demandas e necessidades
- Planejamentos de intervenções
- Relatos de atendimentos
- Tabelas de registros de atendimento
- Lista contendo as redes que são acionadas
- Fluxogramas de trabalho
- Entre outros...

Obs.: É imprescindível que nenhum dos documentos contenha informações passíveis de identificação dos sujeitos envolvidos. Por esse motivo, solicitamos que, se houver algum nome explícito, que ele seja apagado ou, em sendo digitalização de manuscrito, que as identificações sejam de alguma forma ocultadas antes do envio por email.

5) Qual retorno a pesquisa trará para o serviço que com ela contribuir? Indiretamente, a pesquisa contribuirá com o avanço no conhecimento em relação aos Consultórios de Rua e assim, pretende fornecer subsídios que agreguem às pesquisas já existentes, àquelas em andamento e às futuras investigações científicas. Diretamente, nosso estudo buscará revelar se e como os documentos podem fornecer indícios de integralidade e outros elementos que, posteriormente, poderão, a critério do próprio serviço, serem utilizados no *diagnóstico situacional*³⁰. Além disso, ao final da pesquisa será disponibilizada uma cópia impressa da dissertação contendo os achados dos estudos. É

³⁰ “Qualquer processo de avaliação começa pelo diagnóstico situacional, tanto do serviço quanto do ambiente[...] Desse modo, tão importantes quanto as tendências epidemiológicas nacionais, estaduais e municipais são as estatísticas [e informações registradas] do próprio serviço” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; COMISSÃO INTERAMERICANA PARA O CONTROLE DO ABUSO DE DROGAS, 2000. Desarrollo de un programa de evaluación de La calidad de atención em el tratamiento de La dependência de lãs drogas. In: La dependência de las drogas y su tratamiento: guia y critérios básicos para el desarrollo de programas de evaluación de La calidad y normas para la atención de la dependência de drogas. OPAS/CICAD, 2000.

importante resaltar que a pesquisa não tem o intuito de avaliar o serviço, pois a avaliação é uma atividade complexa que não pode ser executada meramente por meio de documentos. A contribuição científica proveniente desse estudo corresponde, em suma, ao estudo das manifestações do princípio da integralidade em documentos que, de certa forma, são a materialidade objetiva codificada em palavras.

Para esclarecimento de quaisquer outras dúvidas nos colocamos à inteira disposição.

Respeitosamente,

Ricardo Flores Cazanova
Mestrando em Serviço Social
ricardo.cazanova@acad.pucrs.br
[Currículo Lattes](#)

Profa. Dra. Leonia Capaverde Bulla
Orientadora
lbulla@pucrs.br
[Currículo Lattes](#)

APÊNDICE C- ORGANIZAÇÃO METODOLÓGICA

Processamento das informações

Organização

Os dados foram agrupados em tabelas de acordo com as categorias do método, as categorias explicativas da realidade e as categorias empíricas.

Classificação

A classificação escolhida para essa pesquisa é a seguinte:

	<i>Classificação</i>
<i>Legislações nacionais diretamente relacionadas e de embasamento aos projetos de consultório de rua.</i>	<i>Legislação</i>
<i>Quanto aos projetos serão selecionados aqueles que tiverem pelo menos 6 meses de funcionamento e projetos aprovados pelo Ministério da Saúde.</i>	<i>Projetos</i>
<i>Quanto às informações de blogs, serão escolhidas somente aquelas que forem mantidas por integrantes de Consultório de Rua, excluindo-se quaisquer blogs contendo informações textuais secundárias.</i>	<i>Blogs</i>
<i>Quanto às informações sobre CR veiculadas na mídia, para se aferir o nível de conceitos ideológicos incutidos nas mensagens, serão selecionadas as notícias disponíveis na internet em sites nacionais.</i>	<i>Notícias</i>

Codificação

A codificação se processará da seguinte forma:

<i>Dimensões</i>	<i>Operacionalização</i>	<i>Critérios/indicadores de integralidade</i>	<i>S</i>	<i>N</i>	<i>COD</i>
<i>DIMENSÃO 1 – Primazia das ações de promoção e prevenção (política)</i>	<i>Realização sustentada de ações de promoção e prevenção garantidas por meio de ações intersetoriais e planejamento com participação social</i>	<i>Fóruns intersetoriais em funcionamento</i>			1
		<i>Projetos Comuns a diversas secretarias com orçamento próprio</i>			2
		<i>Monitoramento e análise espacial de indicadores sociais e ambientais</i>			3

		<i>Programas de educação em saúde formulados no próprio município</i>			4
		<i>Programa de Saúde do Trabalhador</i>			5
<i>DIMENSÃO 2 – Garantia de atenção nos três níveis de assistência médica (organização do sistema/caráter contínuo do cuidado)</i>	<i>Oferta organizada de assistência curativa e de recuperação, garantindo-se referência e contra-referência em uma rede articulada entre o setor ambulatorial e hospitalar que inclua unidades/procedimentos nos distintos níveis de complexidade (baixa, média e alta, com fluxos e percursos definidos e ordenados especialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território).</i>	<i>Centrais de marcação de consultas e exames especializados e centrais de regulação de internação</i>			6
		<i>Protocolos de atenção para doenças; agravos específicos.</i>			7
		<i>Medidas de garantia para contra-referência.</i>			8
		<i>Integração do programa de Saúde da Família à rede</i>			9
		<i>Controle do fluxo de pacientes para outros municípios</i>			10
		<i>Monitoramento de filas de espera e mecanismos para sua redução</i>			11
		<i>Consórcio intermunicipal de saúde</i>			12
		<i>Inclusão de medicamentos complementares na lista básica relacionados a doença de maior prevalência/gravidade/custo</i>			13
		<i>Mecanismos para a garantia de reabilitação de pacientes vítimas de AVE e/ou lesões por causas externas</i>			14
		<i>DIMENSÃO 3 – Articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação (gestão, caráter completo)</i>	<i>Integração organizacional e programática entre os setores de assistência individual e os setores responsáveis pelas ações de caráter coletivo da Secretaria Municipal de Saúde</i>	<i>Existência de integração em atividade</i>	
<i>Programação articulada de ações de promoção, prevenção e recuperação em consonância com os problemas locais de saúde.</i>					16
<i>Mecanismos de uso e difusão das informações para a vigilância à saúde</i>					17
<i>Utilização das informações contidas nas declarações de nascidos vivos no município para identificação de problemas.</i>					18
<i>Existência de comitês de revisão de óbitos na infância e de mortalidade materna em funcionamento.</i>					19
<i>DIMENSÃO 4 – Abordagem integral do</i>	<i>Intervenção nas esferas biológica, psicológica e social garantidas</i>	<i>Rede básica com adscrição populacional</i>			20
		<i>Estratégias de acolhimento</i>			21

<i>indivíduo e famílias</i>	<i>através de vínculo (profissional-usuário, unidade-usuário) e de integração de serviços na unidade e no sistema, fornecidas em local apropriado conforme a natureza da necessidade.</i>	<i>Existência de Centros de Atenção Psicossocial</i>			22
		<i>Equipe multidisciplinar</i>			23
		<i>Realização de atividades de grupo (terapêuticos, preventivos, educativos)</i>			24
		<i>Realização de atividades extra-unidade</i>			25
		<i>Discussão de casos pela equipe multidisciplinar na unidade e/ou entre profissionais de distintos níveis de assistência.</i>			26

Com base nesse quadro, mensurando-se a incidência em dado documento analisado se fez tabulação em planilha apropriada.

Tabulação

A tabulação das informações se dará diretamente em planilhas eletrônicas pré-configuradas para gerar cálculos aproximados do somatório e porcentagens simples de índices de ocorrência. Dessa forma, prioriza-se uma quantificação básica, porém relevante para mensurar a incidência de determinados termos correspondentes às categorias estudadas.

Análise e Interpretação

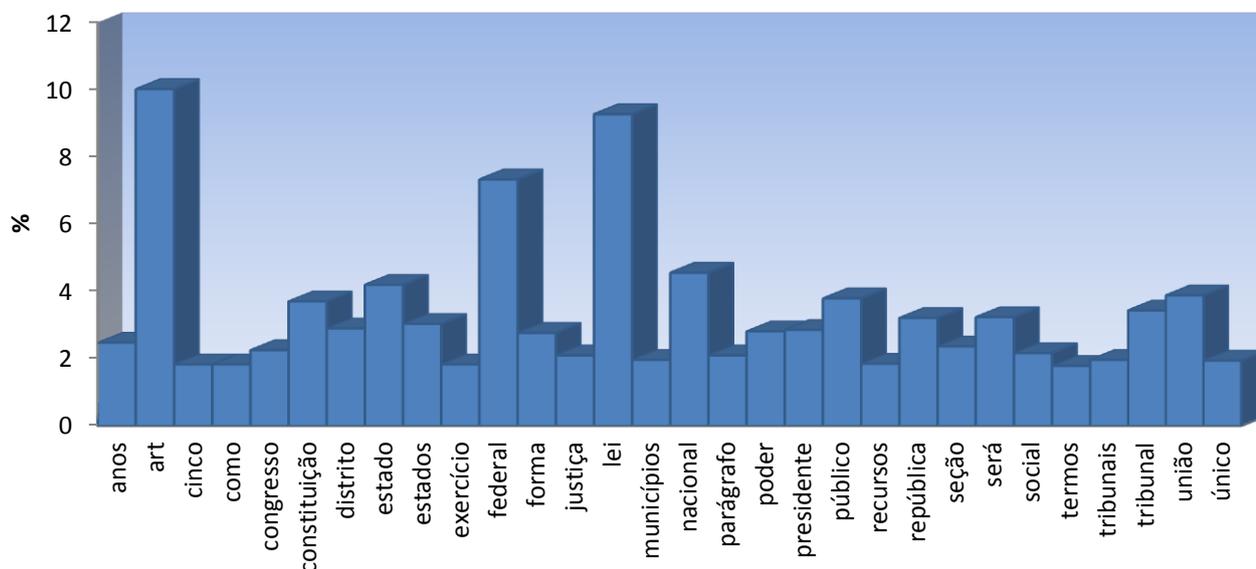
A análise se procederá com base no método dialético-crítico e consistirá de procedimentos qualitativos podendo valer-se de dados quantitativos básicos. A análise dialética preconizada neste estudo busca desvelar as interconexões dos fenômenos, as relações dos elementos encontrados nos documentos com a totalidade, a historicidade e as contradições inerentes ao processo estudado.

Exemplo de quadro de acompanhamento utilizado para o controle dos materiais

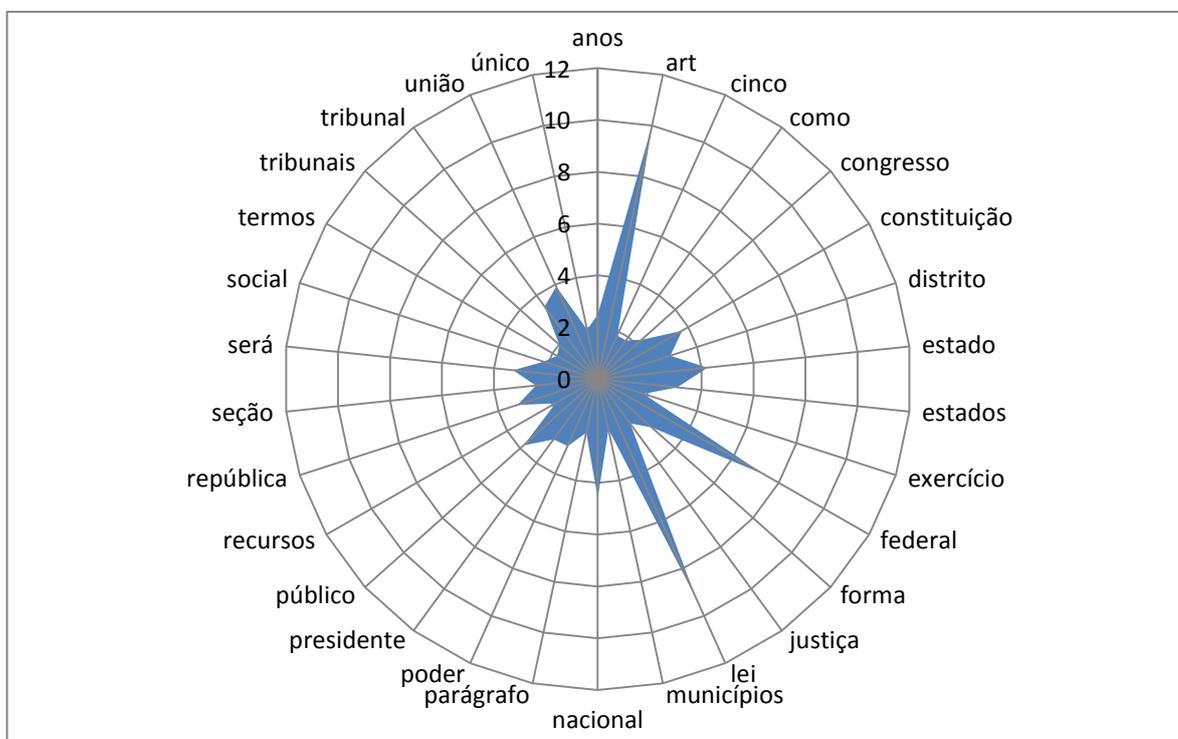
Meio de Abrangência		Tipo de Material			Quantidade	
					R	U
1	Científico	1.1	<input type="checkbox"/> Artigo científico		3	1
		1.2	<input type="checkbox"/> Tese ou dissertação		2	1
		1.3	<input type="checkbox"/> Outro tipo de monografia		0	
		1.4	☐ Produção técnico-científica		3	3
		1.5	<input type="checkbox"/>			
2	Externo	2.1	<input type="checkbox"/> Material de divulgação/apresentação		5	2
		2.2	<input type="checkbox"/> Notícia - Internet		48	30
		2.3	<input type="checkbox"/> Notícia - jornal ou revista			
		2.4	<input type="checkbox"/> Notícia - outras mídias			
		2.5	<input type="checkbox"/> Notícia – televisão			
		2.6	<input type="checkbox"/> Fórum/Seminário/ Palestra/Encontro		2	1
		2.7	<input type="checkbox"/> Controle social			
		2.8	<input type="checkbox"/> Blogs		3	2
3	Interno	3.1	<input type="checkbox"/> Ata de reunião		0	
		3.2	<input type="checkbox"/> Comunicação externa		0	
		3.3	<input type="checkbox"/> Comunicação interna		0	
		3.4	<input type="checkbox"/> Diário de campo		15	
		3.5	<input type="checkbox"/> Norma ou procedimento		0	
		3.6	<input type="checkbox"/> Plano de intervenção		0	
		3.7	<input type="checkbox"/> Protejo institucional		5	
		3.8	<input type="checkbox"/> Prontuário de acompanhamento		0	
		3.9	<input type="checkbox"/> Relatório		0	
		3.10	<input type="checkbox"/> Tabela de Abordagens		1	
4	Governamental		Âmbito	Federal	Estadual	Municipal
		4.1	<input type="checkbox"/> Lei	4		
		4.2	<input type="checkbox"/> Decreto	2		
		4.3	<input type="checkbox"/> Portaria	2		
		4.4	<input type="checkbox"/> Edital	2		
		4.5	<input type="checkbox"/> Orientações Técnicas	1		
4.6	<input type="checkbox"/>					
5	Outro	5.1	<input type="checkbox"/>			

**APÊNDICE D – ANÁLISE - GRÁFICOS GERADOS PARA AVALIAÇÃO DA
TÉCNICA DE ANÁLISE**

GRÁFICO - PROPORÇÃO DAS PALAVRAS MAIS FREQUENTES - CF 1988



Fonte: sistematização do autor



Convenção de Genebra

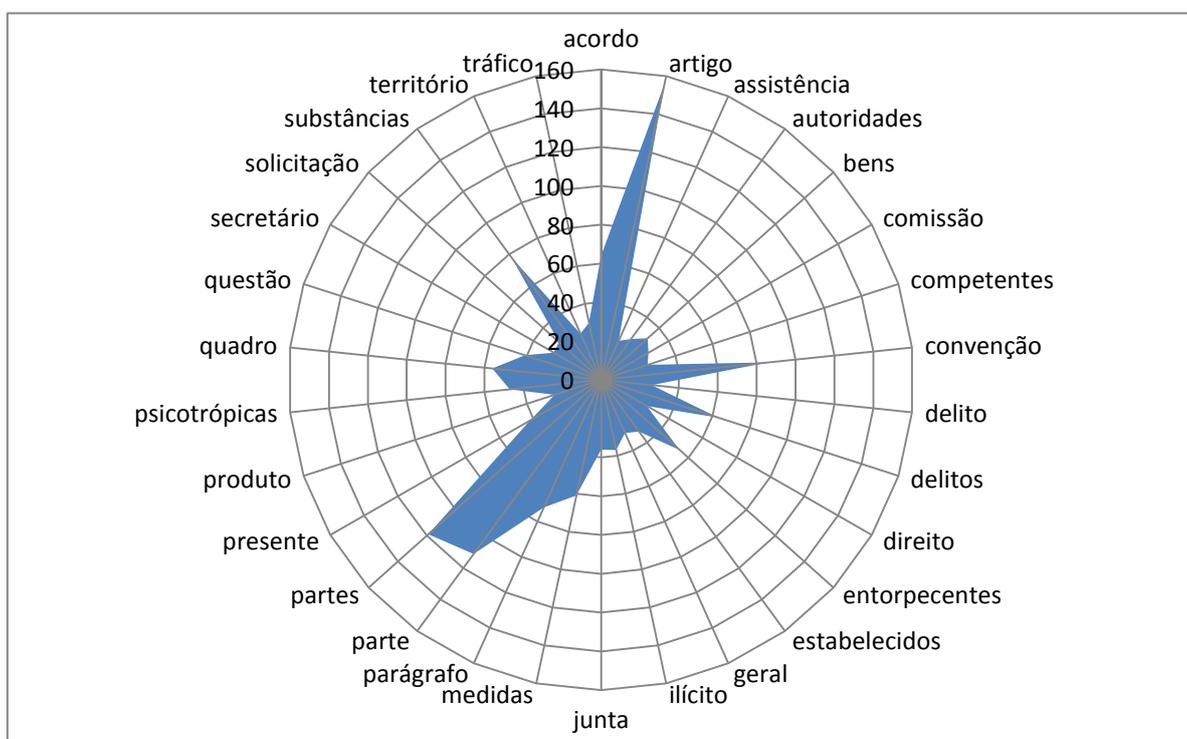
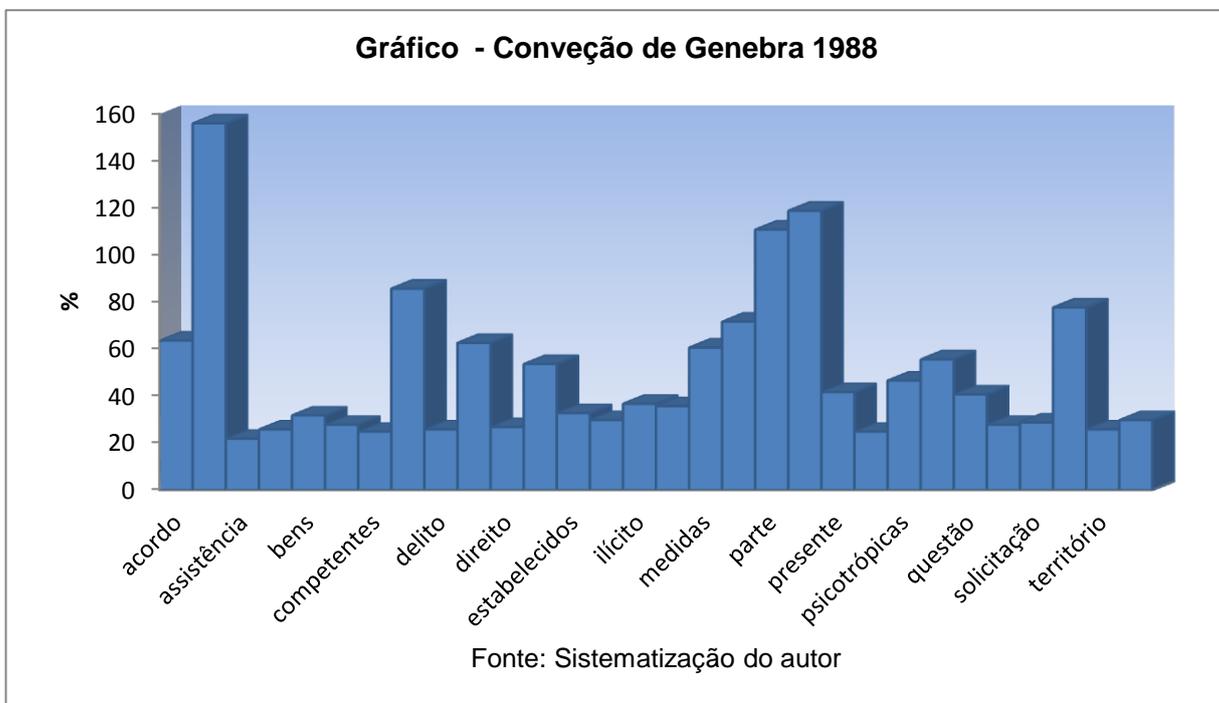
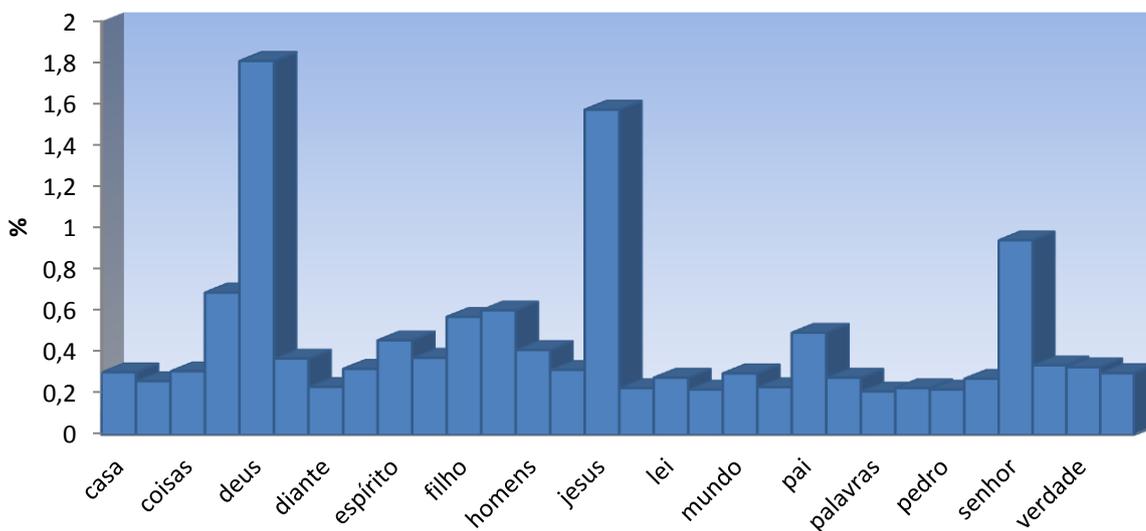


GRÁFICO - PROPORÇÃO DAS PALAVRAS MAIS FREQUENTES - Novo Testamento



Fonte: sistematização do autor

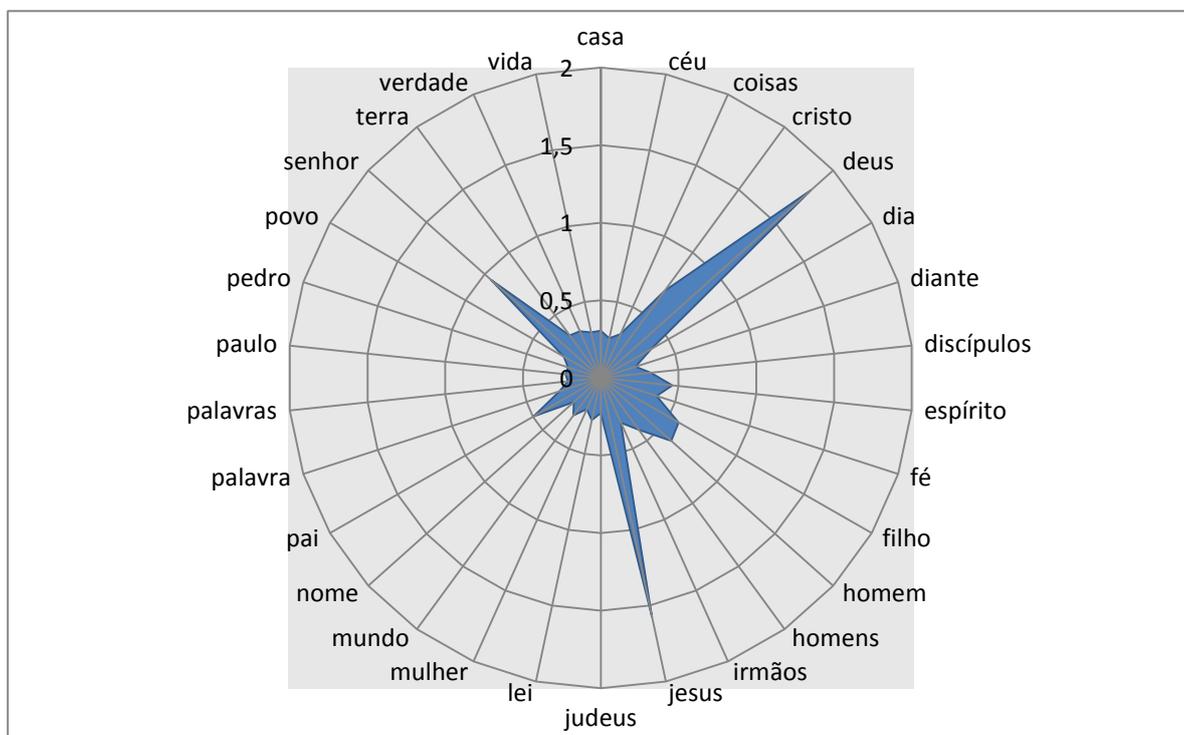
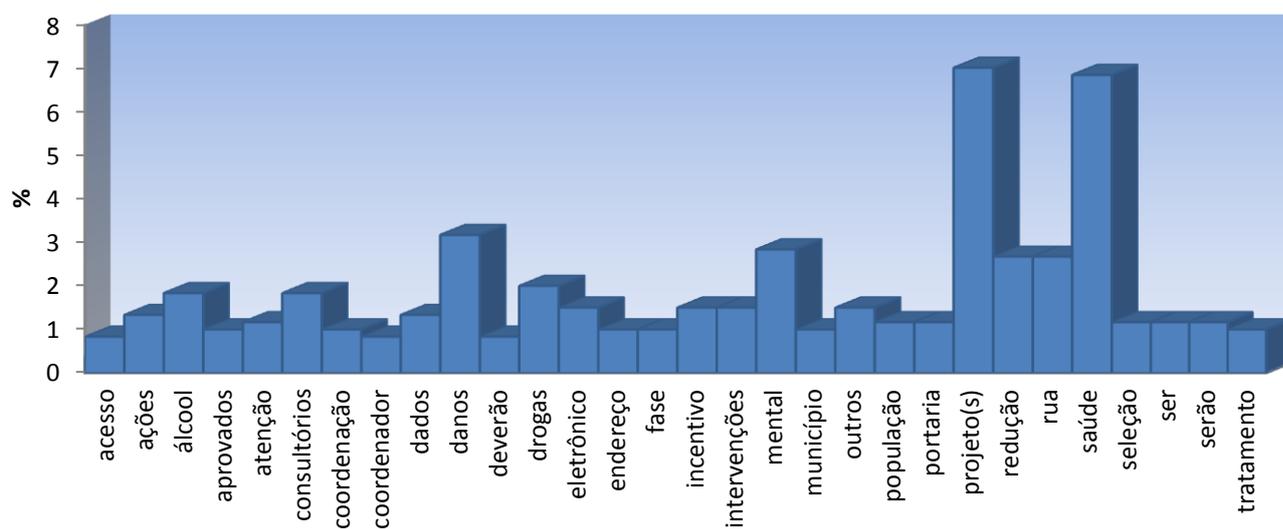
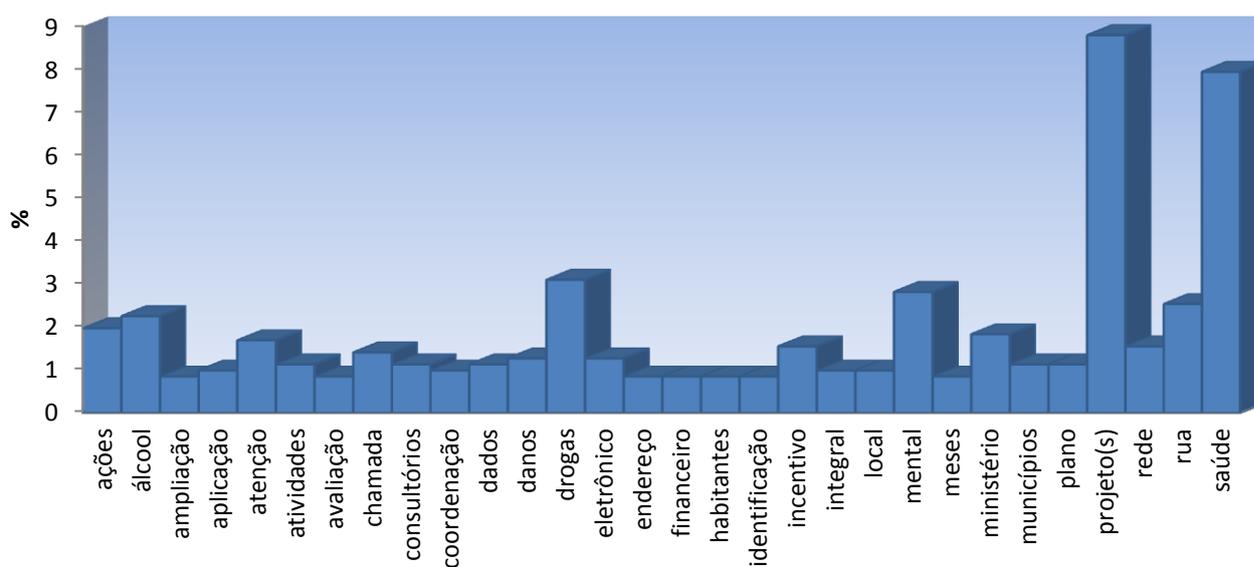


GRÁFICO 5 - PROPORÇÃO DAS PALAVRAS MAIS FREQUENTES -
1ª CHAMADA PCR



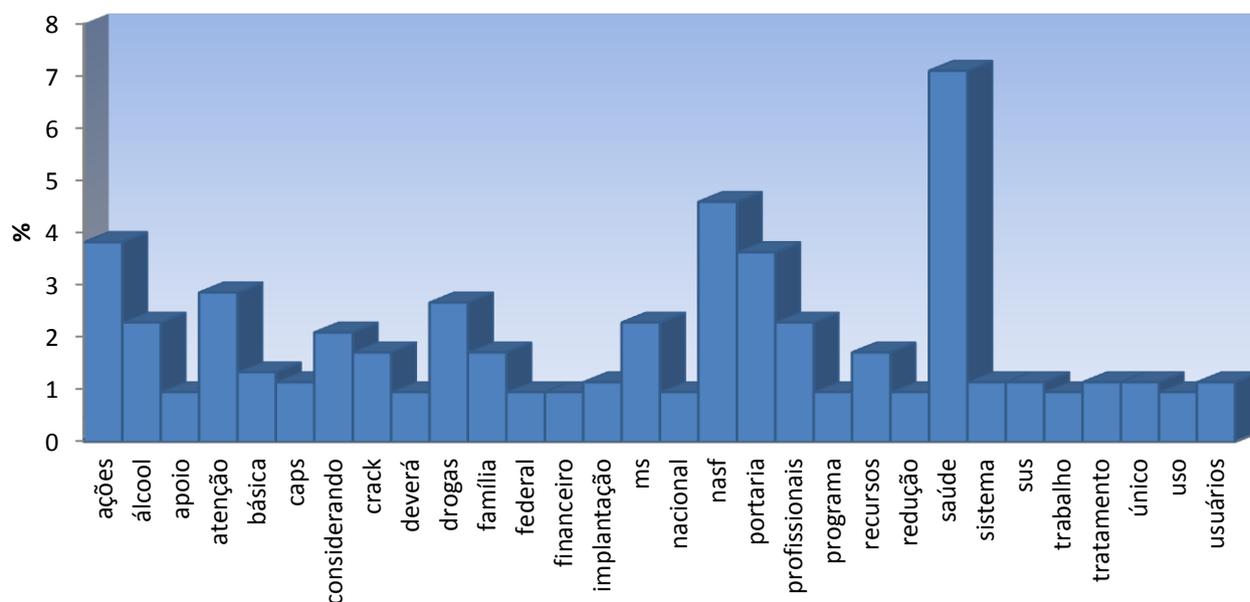
Fonte: sistematização do autor

GRÁFICO 6 - PROPORÇÃO DAS PALAVRAS MAIS FREQUENTES -
3ª CHAMADA PCR



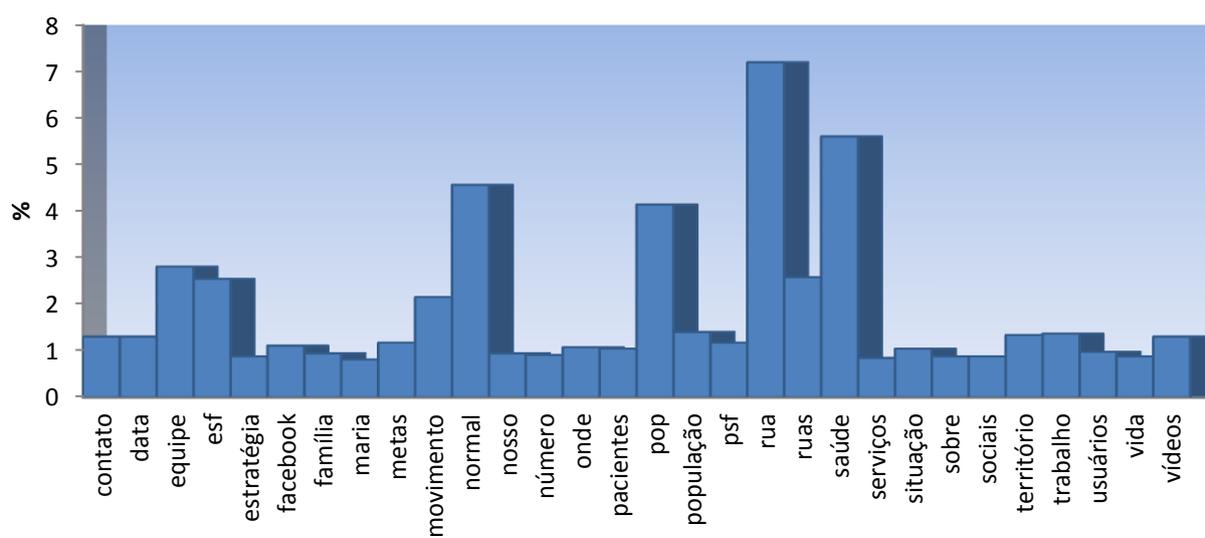
Fonte: sistematização do autor

GRÁFICO 7 - PROPORÇÃO DAS PALAVRAS MAIS FREQUENTES - NASF



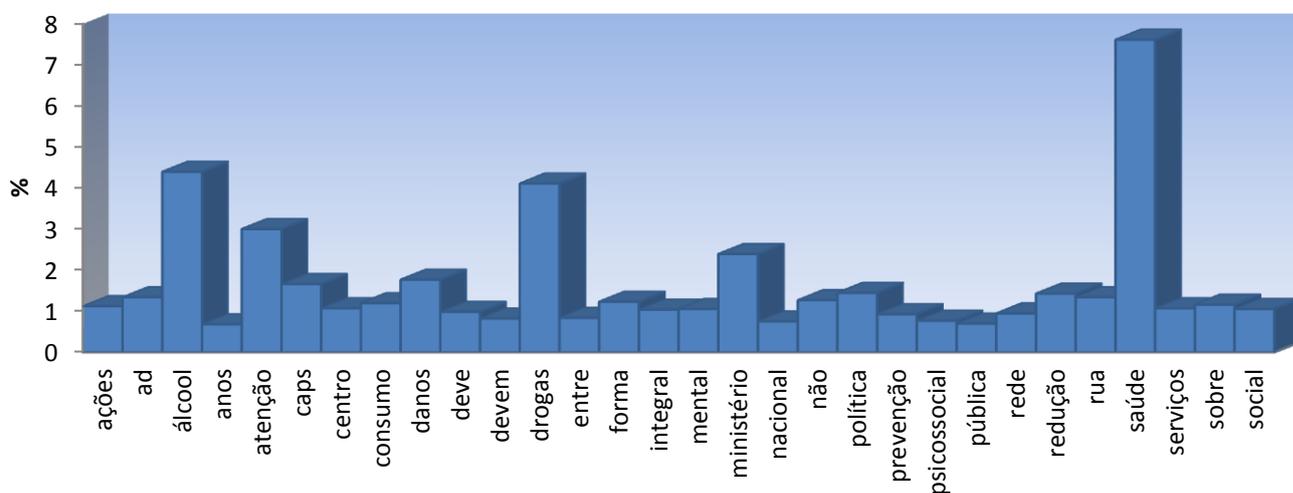
Fonte: sistematização do autor

GRÁFICO - PROPORÇÃO DAS PALAVRAS MAIS FREQUENTES BLOG 1



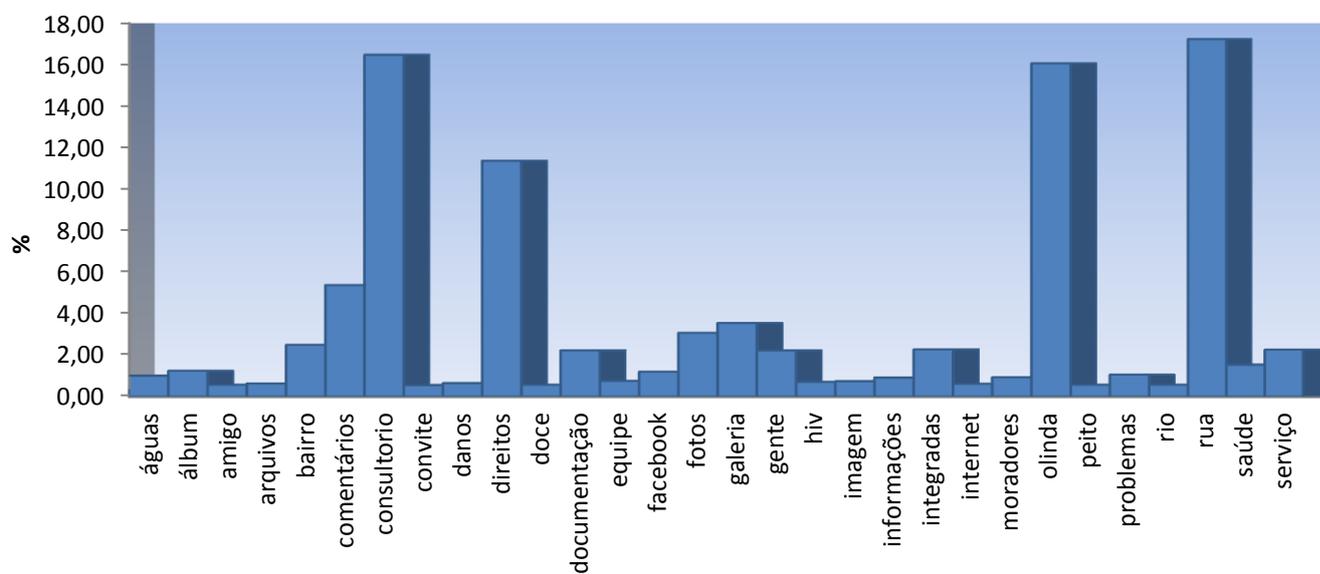
Fonte: sistematização do autor

GRÁFICO 8 - PROPORÇÃO DAS PALAVRAS MAIS FREQUENTES - PN ATENÇÃO INTEGRAL AD



Fonte: sistematização do autor

GRÁFICO - BLOG CR - 2



Fonte: Síntese do autor

**APÊNDICE E - RESULTADOS - TABELAS DAS QUANTIFICAÇÕES DAS
PALAVRAS DO CORPUS DE ANÁLISE**

Tabela 1 : Freqüência das palavras nos projetos de Consultório de Rua

Projeto 1				Projeto 2			Projeto 3			Projeto 4		
Posição	Termo	f	%	Termo	f	%	Termo	f	%	Termo	f	%
1	saúde	63	8,59	rua	19	5,44	saúde	31	6,15	saúde	86	9,45
2	rua	37	5,05	drogas	10	2,87	rua	20	3,97	rua	33	3,63
3	crianças	23	3,14	população	9	2,58	rede	13	2,58	mental	27	2,97
4	adolescentes	20	2,73	saúde	9	2,58	drogas	10	1,98	atenção	23	2,53
5	drogas	19	2,59	situação	9	2,58	ghc	10	1,98	equipe	23	2,53
6	situação	19	2,59	sociais	8	2,29	municipal	9	1,79	abordagem	19	2,09
7	ministério	18	2,46	adolescentes	7	2,01	ações	8	1,59	atendimento	19	2,09
8	consultório	16	2,18	crianças	7	2,01	álcool	8	1,59	drogas	17	1,87
9	serviços	16	2,18	endereço	7	2,01	consultório	8	1,59	projeto	17	1,87
10	álcool	15	2,05	projeto	7	2,01	população	8	1,59	uruguaiana	17	1,87
11	social	15	2,05	social	6	1,72	serviços	8	1,59	valor	16	1,76
12	rede	14	1,91	álcool	5	1,43	situação	8	1,59	rede	14	1,54
13	ações	13	1,77	rede	5	1,43	adolescentes	7	1,39	social	13	1,43
14	atenção	13	1,77	redes	5	1,43	crack	7	1,39	usuários	13	1,43
15	projeto	12	1,64	ações	4	1,15	secretaria	7	1,39	caps	12	1,32
16	danos	11	1,50	atendida	4	1,15	alegre	6	1,19	município	12	1,32
17	uso	11	1,50	carvalho	4	1,15	equipe	6	1,19	álcool	11	1,21
18	cuidado	10	1,36	comunidade	4	1,15	instrumentos	6	1,19	danos	11	1,21
19	redução	10	1,36	consultório	4	1,15	pmpa	6	1,19	enfermagem	11	1,21
20	sus	10	1,36	consumo	4	1,15	porto	6	1,19	são	11	1,21
21	usuários	10	1,36	coordenador	4	1,15	redução	6	1,19	centro	10	1,10
22	brasil	9	1,23	drogadição	4	1,15	são	6	1,19	redução	10	1,10
23	população	8	1,09	local	4	1,15	supervisão	6	1,19	rio	10	1,10

24	vulnerabilidade	8	1,09	maria	4	1,15	usuários	6	1,19	avaliação	9	0,99
25	acesso	7	0,95	plano	4	1,15	atenção	5	0,99	básica	9	0,99
26	equipe	7	0,95	serviço	4	1,15	caps	5	0,99	consultório	9	0,99
27	municipal	7	0,95	silva	4	1,15	conceição	5	0,99	curso	8	0,88
28	pintando	7	0,95	telefone	4	1,15	cr	5	0,99	espaço	8	0,88
29	promoção	7	0,95	usuários	4	1,15	crianças	5	0,99	gestão	8	0,88
30	psicóloga	7	0,95	acolhimento	3	0,86	cuidado	5	0,99	importante	8	0,88
31	região	7	0,95	cívico	3	0,86	danos	5	0,99	ministério	8	0,88
32	pessoas	6	0,82	constituição	3	0,86	hospital	5	0,99	municipal	8	0,88
33	política	6	0,82	contexto	3	0,86	mental	5	0,99	primeiro	8	0,88
34	secretaria	6	0,82	diante	3	0,86	ministério	5	0,99	sus	8	0,88
35	serviço	6	0,82	eletrônico	3	0,86	pessoas	5	0,99	unidades	8	0,88
36	substâncias	6	0,82	família	3	0,86	serviço	5	0,99	acesso	7	0,77
37	tratamento	6	0,82	forma	3	0,86	sobre	5	0,99	através	7	0,77
38	conceição	5	0,68	garrido	3	0,86	social	5	0,99	brasil	7	0,77
39	contexto	5	0,68	moradores	3	0,86	abordagens	4	0,79	coletiva	7	0,77
40	direção	5	0,68	orgs	3	0,86	acesso	4	0,79	geral	7	0,77
41	grande	5	0,68	paiva	3	0,86	articular	4	0,79	pessoas	7	0,77
42	grupo	5	0,68	para	3	0,86	assistência	4	0,79	população	7	0,77
43	integralidade*	5	0,68	pessoas	3	0,86	avaliação	4	0,79	possui	7	0,77
44	mental	5	0,68	podem	3	0,86	diretrizes	4	0,79	referência	7	0,77
45	prejudicial	5	0,68	populações	3	0,86	educação	4	0,79	secretaria	7	0,77
46	psicoativas	5	0,68	proteção	3	0,86	fone	4	0,79	tratamento	7	0,77
47	recursos	5	0,68	serviços	3	0,86	intersectorial	4	0,79	vínculo	7	0,77
48	trabalho	5	0,68	setor	3	0,86	intervenções	4	0,79	ações	6	0,66
49	ampliação	4	0,55	socorro	3	0,86	jovens	4	0,79	campinas	6	0,66
50	anos	4	0,55	sul	3	0,86	mapeamento	4	0,79	dados	6	0,66

51	articular	4	0,55	tratamento	3	0,86	oficinas	4	0,79	deve	6	0,66
52	assistente	4	0,55	vulnerabilidade	3	0,86	partir	4	0,79	encontros	6	0,66
53	enfermeira	4	0,55	zona	3	0,86	política	4	0,79	especializado	6	0,66
54	espaço	4	0,55	abordagem	2	0,57	produção	4	0,79	hospital	6	0,66
55	hospitalar	4	0,55	acesso	2	0,57	projeto	4	0,79	local	6	0,66
56	implantação	4	0,55	administrativo	2	0,57	promoção	4	0,79	pacientes	6	0,66
57	integral	4	0,55	anos	2	0,57	redes	4	0,79	porto	6	0,66
58	janeiro	4	0,55	arquivo	2	0,57	referência	4	0,79	prevenção	6	0,66
59	mattos	4	0,55	casos	2	0,57	sendo	4	0,79	psicossocial	6	0,66
60	médico	4	0,55	cinnanti	2	0,57	ser	4	0,79	santa	6	0,66
61	município	4	0,55	clientela	2	0,57	trabalho	4	0,79	tem	6	0,66
62	nacional	4	0,55	clínica	2	0,57	tratamento	4	0,79	tema	6	0,66
63	pesquisa	4	0,55	cuja	2	0,57	uso	4	0,79	trabalho	6	0,66
64	prevenção	4	0,55	cultura	2	0,57	ampliação	3	0,60	usuário	6	0,66
65	principais	4	0,55	cultural	2	0,57	articulação	3	0,60	além	5	0,55
66	profissionais	4	0,55	desafio	2	0,57	atividades	3	0,60	assim	5	0,55
67	psiquiatra	4	0,55	droga	2	0,57	através	3	0,60	campos	5	0,55
68	referência	4	0,55	educação	2	0,57	cerca	3	0,60	cartolina	5	0,55
69	regiões	4	0,55	enquanto	2	0,57	consumo	3	0,60	casa	5	0,55
70	usam	4	0,55	estado	2	0,57	contexto	3	0,60	consumo	5	0,55
71	aids	3	0,41	geral	2	0,57	criança	3	0,60	cuidados	5	0,55
72	assistência	3	0,41	gmail	2	0,57	cuidados	3	0,60	dia	5	0,55
73	atividades	3	0,41	governamental	2	0,57	dados	3	0,60	especialidades	5	0,55
74	através	3	0,41	grupo	2	0,57	direitos	3	0,60	família	5	0,55
75	consumo	3	0,41	identificação	2	0,57	enfrentamento	3	0,60	fronteira	5	0,55
76	direitos	3	0,41	implementar	2	0,57	espaço	3	0,60	longo	5	0,55
77	diretrizes	3	0,41	informações	2	0,57	estão	3	0,60	multiprofissional	5	0,55

78	dizem	3	0,41	integral	2	0,57	estudantes	3	0,60	partir	5	0,55
79	dst	3	0,41	jovens	2	0,57	material	3	0,60	pesquisa	5	0,55
80	educação	3	0,41	ropsi	2	0,57	meses	3	0,60	plano	5	0,55
81	emergencial	3	0,41	meios	2	0,57	município	3	0,60	processo	5	0,55
82	enfermagem	3	0,41	menores	2	0,57	nacional	3	0,60	profissionais	5	0,55
83	envolvidos	3	0,41	mental	2	0,57	número	3	0,60	será	5	0,55
84	estão	3	0,41	municipal	2	0,57	objetivos	3	0,60	serviço	5	0,55
85	experiência	3	0,41	novas	2	0,57	país	3	0,60	sociais	5	0,55
86	forma	3	0,41	núcleo	2	0,57	plano	3	0,60	sul	5	0,55
87	humanos	3	0,41	objetivo	2	0,57	pontos	3	0,60	tipo	5	0,55
88	inclusão	3	0,41	oferecer	2	0,57	prevenção	3	0,60	unitario	5	0,55
89	instituições	3	0,41	outros	2	0,57	produzir	3	0,60	universidade	5	0,55
90	jovens	3	0,41	pares	2	0,57	relação	3	0,60	vida	5	0,55
91	local	3	0,41	parte	2	0,57	remuneração	3	0,60	alegre	4	0,44
92	ocupacional	3	0,41	pereira	2	0,57	reuniões	3	0,60	aproximação	4	0,44
93	país	3	0,41	prevenção	2	0,57	situações	3	0,60	assistencial	4	0,44
94	plano	3	0,41	principalmente	2	0,57	territórios	3	0,60	atende	4	0,44
95	pontos	3	0,41	processo	2	0,57	unidades	3	0,60	atividades	4	0,44
96	primários	3	0,41	projetos	2	0,57	valor	3	0,60	atualmente	4	0,44
97	principalmente	3	0,41	proposta	2	0,57	vulnerabilidade	3	0,60	caderno	4	0,44
98	produção	3	0,41	psicologia	2	0,57	ação	2	0,40	caridade	4	0,44
99	projetos	3	0,41	questões	2	0,57	agentes	2	0,40	consultas	4	0,44
100	promover	3	0,41	relação	2	0,57	aids	2	0,40	contexto	4	0,44
101	proposta	3	0,41	responsável	2	0,57	ano	2	0,40	coordenação	4	0,44
102	pública	3	0,41	ruas	2	0,57	atendida	2	0,40	departamento	4	0,44
103	risco	3	0,41	sede	2	0,57	básica	2	0,40	estratégia	4	0,44
	Σ	733	100,00	Σ	349	100,00	Σ	504	100,00	Σ	910	100,00

Tabela 2: Frequência das palavras nos documentos governamentais

I CHAMADA PCR				III CHAMADA PCR				Portaria - NASF 2010			
	Termo	f	%	Termo	f	%		Termo	f	%	
1	projeto(s)	42	7,01	projeto(s)	62	8,79	1	saúde	37	7,10	
2	saúde	41	6,84	saúde	56	7,94	2	nasf	24	4,61	
3	danos	19	3,17	drogas	22	3,12	3	ações	20	3,84	
4	mental	17	2,84	mental	20	2,84	4	portaria	19	3,65	
5	redução	16	2,67	rua	18	2,55	5	atenção	15	2,88	
6	rua	16	2,67	álcool	16	2,27	6	drogas	14	2,69	
7	drogas	12	2,00	ações	14	1,99	7	álcool	12	2,30	
8	álcool	11	1,84	ministério	13	1,84	8	ms	12	2,30	
9	consultórios	11	1,84	atenção	12	1,70	9	profissionais	12	2,30	
10	eletrônico	9	1,50	incentivo	11	1,56	10	considerando	11	2,11	
11	incentivo	9	1,50	rede	11	1,56	11	crack	9	1,73	
12	intervenções	9	1,50	chamada	10	1,42	12	família	9	1,73	
13	outros	9	1,50	danos	9	1,28	13	recursos	9	1,73	
14	ações	8	1,34	eletrônico	9	1,28	14	básica	7	1,34	
15	dados	8	1,34	atividades	8	1,13	15	caps	6	1,15	
16	atenção	7	1,17	consultórios	8	1,13	16	implantação	6	1,15	
17	população	7	1,17	dados	8	1,13	17	sistema	6	1,15	
18	portaria	7	1,17	municípios	8	1,13	18	sus	6	1,15	
19	seleção	7	1,17	plano	8	1,13	19	tratamento	6	1,15	
20	ser	7	1,17	aplicação	7	0,99	20	único	6	1,15	
21	serão	7	1,17	coordenação	7	0,99	21	usuários	6	1,15	
22	aprovados	6	1,00	integral	7	0,99	22	apoio	5	0,96	
23	coordenação	6	1,00	local	7	0,99	23	deverá	5	0,96	
24	endereço	6	1,00	ampliação	6	0,85	24	federal	5	0,96	
25	fase	6	1,00	avaliação	6	0,85	25	financeiro	5	0,96	
26	município	6	1,00	endereço	6	0,85	26	nacional	5	0,96	
27	tratamento	6	1,00	financeiro	6	0,85	27	programa	5	0,96	
28	acesso	5	0,83	habitantes	6	0,85	28	redução	5	0,96	
29	coordenador	5	0,83	identificação	6	0,85	29	trabalho	5	0,96	
30	deverão	5	0,83	meses	6	0,85	30	uso	5	0,96	
31	especialmente	5	0,83	nome	6	0,85	31	ampliar	4	0,77	
32	identificação	5	0,83	prevenção	6	0,85	32	anexo	4	0,77	
33	local	5	0,83	profissionais	6	0,85	33	cada	4	0,77	
34	ministério	5	0,83	referência	6	0,85	34	carga	4	0,77	
35	nome	5	0,83	refinanciados	6	0,85	35	consumo	4	0,77	
36	partir	5	0,83	são	6	0,85	36	cria	4	0,77	
37	rede	5	0,83	acesso	5	0,71	37	danos	4	0,77	
38	será	5	0,83	acompanhamento	5	0,71	38	distrito	4	0,77	

39	serviços	5	0,83	área	5	0,71	39	educação	4	0,77
40	uso	5	0,83	articulação	5	0,71	40	habilitação	4	0,77
41	adolescentes	4	0,67	consultório	5	0,71	41	horária	4	0,77
42	ampliação	4	0,67	coordenador	5	0,71	42	humanos	4	0,77
43	aplicação	4	0,67	crack	5	0,71	43	institui	4	0,77
44	consumo	4	0,67	deverão	5	0,71	44	integral	4	0,77
45	crianças	4	0,67	enfrentamento	5	0,71	45	mental	4	0,77
46	cuidados	4	0,67	execução	5	0,71	46	municípios	4	0,77
47	desenvolvidas	4	0,67	fax	5	0,71	47	prevenção	4	0,77
48	financeiro	4	0,67	gestor	5	0,71	48	referência	4	0,77
49	formulário	4	0,67	intervenções	5	0,71	49	repasse	4	0,77
50	jovens	4	0,67	município	5	0,71	50	ser	4	0,77
51	material	4	0,67	nacional	5	0,71	51	serviços	4	0,77
52	municipal	4	0,67	partir	5	0,71	52	social	4	0,77
53	municípios	4	0,67	política	5	0,71	53	variável	4	0,77
54	plano	4	0,67	população	5	0,71	54	acesso	3	0,58
55	política	4	0,67	redução	5	0,71	55	âmbito	3	0,58
56	prevenção	4	0,67	redutores	5	0,71	56	articular	3	0,58
57	profissionais	4	0,67	risco	5	0,71	57	assistencial	3	0,58
58	promoção	4	0,67	ação	4	0,57	58	atividades	3	0,58
59	recebimento	4	0,67	adolescentes	4	0,57	59	atuação	3	0,58
60	redutores	4	0,67	assegurando	4	0,57	60	capacitação	3	0,58
61	risco	4	0,67	assistência	4	0,57	61	características	3	0,58
62	selecionados	4	0,67	através	4	0,57	62	critérios	3	0,58
63	social	4	0,67	básica	4	0,57	63	deverão	3	0,58
64	vulnerabilidade e	4	0,67	cada	4	0,57	64	enfrentamento	3	0,58
65	aceitos	3	0,50	consumo	4	0,57	65	específicas	3	0,58
66	anexo	3	0,50	crianças	4	0,57	66	forma	3	0,58
67	área	3	0,50	dapes	4	0,57	67	mil	3	0,58
68	articulação	3	0,50	desenvolvidas	4	0,57	68	ministério	3	0,58
69	atividades	3	0,50	diretrizes	4	0,57	69	municipais	3	0,58
70	atuação	3	0,50	educação	4	0,57	70	município	3	0,58
71	avaliação	3	0,50	equipe	4	0,57	71	necessários	3	0,58
72	básica	3	0,50	especialmente	4	0,57	72	núcleos	3	0,58
73	caps	3	0,50	federal	4	0,57	73	parágrafo	3	0,58
74	chamada	3	0,50	formulário	4	0,57	74	permanente	3	0,58
75	contexto	3	0,50	jovens	4	0,57	75	plano	3	0,58
76	continuidade	3	0,50	material	4	0,57	76	problemas	3	0,58
77	disponível	3	0,50	mil	4	0,57	77	promoção	3	0,58
78	documentos	3	0,50	ms	4	0,57	78	regional	3	0,58
79	equipe	3	0,50	municipal	4	0,57	79	sendo	3	0,58
80	estratégia	3	0,50	novembro	4	0,57	80	substâncias	3	0,58
81	habitantes	3	0,50	novos	4	0,57	81	território	3	0,58

82	informações	3	0,50
83	inscrições	3	0,50
84	insumos	3	0,50
85	integral	3	0,50
86	intervenção	3	0,50
87	locais	3	0,50
88	mil	3	0,50
89	municipais	3	0,50
90	necessário	3	0,50
91	novembro	3	0,50
92	pead	3	0,50
93	pessoas	3	0,50
94	poderão	3	0,50
95	processo	3	0,50
96	quando	3	0,50
97	redes	3	0,50
98	referentes	3	0,50
99	serviço	3	0,50
100	setores	3	0,50
101	situações	3	0,50
102	substâncias	3	0,50
103	telefone	3	0,50
104	termos	3	0,50
105	valor	3	0,50
		Σ 599	100,00

pead	4	0,57	
portaria	4	0,57	
promoção	4	0,57	
anexo	3	0,43	
assinado	3	0,43	
atuação	3	0,43	
brasilíia	3	0,43	
caps	3	0,43	
componentes	3	0,43	
conjunto	3	0,43	
consultoria	3	0,43	
conta	3	0,43	
critérios	3	0,43	
cuidados	3	0,43	
data	3	0,43	
decreto	3	0,43	
demandas	3	0,43	
descrição	3	0,43	
deve	3	0,43	
disponível	3	0,43	
dispositivo	3	0,43	
distrito	3	0,43	
documentos	3	0,43	
entre	3	0,43	
		Σ 705	100,00

82	acompanhar	2	0,38
83	ad	2	0,38
84	análise	2	0,38
85	apoiar	2	0,38
86	aprovação	2	0,38
87	base	2	0,38
88	brasil	2	0,38
89	breve	2	0,38
90	cadastrados	2	0,38
91	cadastrar	2	0,38
92	categorias	2	0,38
93	coletivas	2	0,38
94	composição	2	0,38
95	comunidade	2	0,38
96	conselho	2	0,38
97	criação	2	0,38
98	criar	2	0,38
99	curso	2	0,38
100	custeio	2	0,38
101	data	2	0,38
102	descritas	2	0,38
103	detecção	2	0,38
104	direitos	2	0,38
105	diretamente	2	0,38
		Σ 521	100

Tabela 3: Frequência das palavras na POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL

PN-INTEGRAL- 2004

Posição	Termo	f	%		Posição	Termo	f	%
1	saúde	425	7,61		111	abusivo	14	0,25
2	álcool	246	4,41		112	acidentes	14	0,25
3	drogas	230	4,12		113	atuação	14	0,25
4	atenção	168	3,01		114	clínica	14	0,25
5	ministério	134	2,40		115	condições	14	0,25
6	danos	99	1,77		116	conseqüências	14	0,25
7	caps	93	1,67		117	dados	14	0,25
8	política	81	1,45		118	gerais	14	0,25
9	redução	80	1,43		119	idade	14	0,25
10	ad	75	1,34		120	maria	14	0,25
11	rua	75	1,34		121	níveis	14	0,25
12	não	71	1,27		122	secretaria	14	0,25
13	forma	69	1,24		123	considerar	13	0,23
14	consumo	67	1,20		124	coordenador	13	0,23
15	sobre	65	1,16		125	indivíduos	13	0,23
16	ações	63	1,13		126	mundo	13	0,23
17	centro	60	1,07		127	neste	13	0,23
18	serviços	60	1,07		128	pacientes	13	0,23
19	mental	59	1,06		129	quanto	13	0,23
20	social	59	1,06		130	redes	13	0,23
21	integral	58	1,04		131	relacionados	13	0,23
22	deve	55	0,99		132	abordagem	12	0,21
23	rede	53	0,95		133	acolhimento	12	0,21
24	prevenção	52	0,93		134	consumidores	12	0,21
25	entre	47	0,84		135	diretrizes	12	0,21
26	devem	46	0,82		136	estão	12	0,21
27	psicossocial	43	0,77		137	fundamental	12	0,21
28	nacional	42	0,75		138	governo	12	0,21
29	pública	39	0,70		139	implementação	12	0,21
30	anos	38	0,68		140	injetáveis	12	0,21
31	fatores	36	0,64		141	nova	12	0,21
32	risco	36	0,64		142	oferecer	12	0,21
33	dependência	35	0,63		143	organização	12	0,21
34	políticas	34	0,61		144	prejudicial	12	0,21
35	práticas	33	0,59		145	projeto	12	0,21
36	drogras	32	0,57		146	psiquiátrica	12	0,21
37	peessoas	32	0,57		147	quando	12	0,21
38	controle	31	0,56		148	reforma	12	0,21

39	problemas	31	0,56		149	sejam	12	0,21
40	população	30	0,54		150	abuso	11	0,20
41	doenças	29	0,52		151	âmbito	11	0,20
42	profissionais	29	0,52		152	ampliada	11	0,20
43	desenvolvimento	28	0,50		153	bairro	11	0,20
44	sociedade	28	0,50		154	caráter	11	0,20
45	sociais	27	0,48		155	casos	11	0,20
46	mesmo	26	0,47		156	centros	11	0,20
47	ms	26	0,47		157	coletiva	11	0,20
48	necessidade	26	0,47		158	considerações	11	0,20
49	promoção	26	0,47		159	crianças	11	0,20
50	assistência	25	0,45		160	curiosos	11	0,20
51	bebidas	25	0,45		161	desenvolver	11	0,20
52	cuidados	25	0,45		162	direitos	11	0,20
53	informações	25	0,45		163	diversos	11	0,20
54	relação	25	0,45		164	estabelecimento	11	0,20
55	geral	23	0,41		165	estudo	11	0,20
56	aids	22	0,39		166	estudos	11	0,20
57	área	22	0,39		167	familiares	11	0,20
58	estratégias	22	0,39		168	importante	11	0,20
59	participação	22	0,39		169	jovens	11	0,20
60	problema	22	0,39		170	local	11	0,20
61	proteção	22	0,39		171	processo	11	0,20
62	alcoólicas	21	0,38		172	projetos	11	0,20
63	campo	21	0,38		173	realizado	11	0,20
64	construção	21	0,38		174	sala	11	0,20
65	dispositivos	21	0,38		175	abstinência	10	0,18
66	grande	21	0,38		176	acordo	10	0,18
67	sentido	21	0,38		177	adesão	10	0,18
68	grupo	20	0,36		178	articulação	10	0,18
69	perspectiva	20	0,36		179	aumento	10	0,18
70	pesquisa	20	0,36		180	avaliação	10	0,18
71	programas	20	0,36		181	causas	10	0,18
72	psicoativas	20	0,36		182	considerando	10	0,18
73	educação	19	0,34		183	discussão	10	0,18
74	atendimento	18	0,32		184	encontro	10	0,18
75	coordenadora	18	0,32		185	enfrentamento	10	0,18
76	decorrentes	18	0,32		186	enquanto	10	0,18
77	indevido	18	0,32		187	equipes	10	0,18
78	preventivas	18	0,32		188	faixa	10	0,18
79	programa	18	0,32		189	família	10	0,18
80	sistema	18	0,32		190	federal	10	0,18
81	adolescentes	17	0,30		191	impacto	10	0,18

82	brasília	17	0,30		192	intervenções	10	0,18
83	lei	17	0,30		193	leitos	10	0,18
84	locais	17	0,30		194	objetivo	10	0,18
85	lógica	17	0,30		195	outro	10	0,18
86	pode	17	0,30		196	pelas	10	0,18
87	propostas	17	0,30		197	porto	10	0,18
88	questão	17	0,30		198	qualidade	10	0,18
89	acesso	16	0,29		199	reabilitação	10	0,18
90	além	16	0,29		200	redutores	10	0,18
91	capacitação	16	0,29		201	relatório	10	0,18
92	comunidade	16	0,29		202	setores	10	0,18
93	diferentes	16	0,29		203	situação	10	0,18
94	formação	16	0,29		204	agravos	9	0,16
95	mentais	16	0,29		205	agulhas	9	0,16
96	planejamento	16	0,29		206	alegre	9	0,16
97	recursos	16	0,29		207	aqui	9	0,16
98	ação	15	0,27		208	assistencial	9	0,16
99	assistenciais	15	0,27		209	básica	9	0,16
100	associação	15	0,27		210	capitais	9	0,16
101	atividades	15	0,27				Σ	5582
102	comunitária	15	0,27					100,00
103	dentro	15	0,27					
104	global	15	0,27					
105	importância	15	0,27					
106	mundial	15	0,27					
107	necessidades	15	0,27					
108	podem	15	0,27					
109	qualquer	15	0,27					
110	santo	15	0,27					

TABELA FREQUÊNCIA NOTÍCIAS E COMENTARIOS

Tabela frequência palavras 26 comentário sobre a notícia 37

Posição	Termo	f	%
1	droga	10	3,45
2	maconha	10	3,45
3	governo	9	3,10
4	mesmo	9	3,10
5	drogas	8	2,76
6	tratamento	7	2,41
7	drogado	5	1,72
8	problema	5	1,72
9	dinheiro	4	1,38
10	família	4	1,38
11	grandes	4	1,38
12	maconheiro	4	1,38
13	mal	4	1,38
14	problemas	4	1,38
15	pública	4	1,38
16	saúde	4	1,38
17	sociedade	4	1,38
18	usuários	4	1,38
19	assassino	3	1,03
20	contribuintes	3	1,03
21	crac	3	1,03
22	crack	3	1,03
23	dando	3	1,03
24	drogados	3	1,03
25	enquanto	3	1,03
26	entrou	3	1,03
27	estão	3	1,03
28	legalização	3	1,03
29	ministro	3	1,03
30	nada	3	1,03
31	paga	3	1,03
32	pai	3	1,03
33	pessoas	3	1,03
34	preocupar	3	1,03
35	queria	3	1,03
36	saia	3	1,03
37	saude	3	1,03
38	só	3	1,03

Tabela frequência palavras notícia 37

Posição	Termo	f	%
1	saúde	7	4,09
2	atendimento(S)	6	3,51
3	droga (S)	6	3,51
4	usuários	6	3,51
5	enfrentamento	5	2,92
6	crack	4	2,34
7	dilma	4	2,34
8	mil	4	2,34
9	ano	3	1,75
10	dia	3	1,75
11	disse	3	1,75
12	horas	3	1,75
13	país	3	1,75
14	têm	3	1,75
15	ter	3	1,75
16	abstinência	2	1,17
17	ações	2	1,17
18	crise	2	1,17
19	dados	2	1,17
20	enfermarias	2	1,17
21	epidemia	2	1,17
22	estamos	2	1,17
23	família(S)	2	1,17
24	filhos	2	1,17
25	média	2	1,17
26	mensal	2	1,17
27	ministro	2	1,17
28	padilha	2	1,17
29	pais	2	1,17
30	passou	2	1,17
31	presidente	2	1,17
32	pretende	2	1,17
33	programa	2	1,17
34	rede	2	1,17
35	sistema	2	1,17
36	sus	2	1,17
37	temos	2	1,17
38	único	2	1,17

39	sozinho	3	1,03
40	sr	3	1,03
41	tinha	3	1,03
42	acho	2	0,69
43	alguém	2	0,69
44	antes	2	0,69
45	até	2	0,69
46	atendimento	2	0,69
47	basta	2	0,69
48	brasileiro	2	0,69
49	cabeça	2	0,69
50	cara	2	0,69
51	caso	2	0,69
52	cidadão	2	0,69
53	conta	2	0,69
54	coragem	2	0,69
55	crimes	2	0,69
56	dar	2	0,69
57	das	2	0,69
58	deixar	2	0,69
59	demais	2	0,69
60	denunciarcleber	2	0,69
61	denunciarjoão	2	0,69
62	denunciarrafael	2	0,69
63	depois	2	0,69
64	deste	2	0,69
65	destes	2	0,69
66	deva	2	0,69
67	devia	2	0,69
68	diz	2	0,69
69	drogar	2	0,69
70	esquece	2	0,69
71	essa	2	0,69
72	esse	2	0,69
73	está	2	0,69
74	eu	2	0,69
75	faça	2	0,69
76	favor	2	0,69
77	ferida	2	0,69
78	fez	2	0,69
79	financiar	2	0,69
80	fizeram	2	0,69
81	gastar	2	0,69

39	vamos	2	1,17
40	afetam	1	0,58
41	ainda	1	0,58
42	alcance	1	0,58
43	álcool	1	0,58
44	alexandre	1	0,58
45	ampla	1	0,58
46	ampliar	1	0,58
47	apresentados	1	0,58
48	assessoria	1	0,58
49	assistência	1	0,58
50	até	1	0,58
51	atenção	1	0,58
52	atender	1	0,58
53	aumentar	1	0,58
54	bilhões	1	0,58
55	brasil	1	0,58
56	caps	1	0,58
57	centros	1	0,58
58	clareza	1	0,58
59	classificou	1	0,58
60	coloque	1	0,58
61	combater	1	0,58
62	como	1	0,58
63	comportamentos	1	0,58
64	conjunto	1	0,58
65	considerando	1	0,58
66	corajosa	1	0,58
67	criar	1	0,58
68	criativa	1	0,58
69	cujo	1	0,58
70	das	1	0,58
71	deles	1	0,58
72	dependentes	1	0,58
73	desses	1	0,58
74	destacou	1	0,58
75	deste	1	0,58
76	destinados	1	0,58
77	destrói	1	0,58
78	diante	1	0,58
79	dias	1	0,58
80	dificuldade	1	0,58
81	dirigiu	1	0,58

82	gente	2	0,69
83	holanda	2	0,69
84	homens	2	0,69
85	hospitais	2	0,69
86	injusto	2	0,69
87	invés	2	0,69
88	lá	2	0,69
89	legalizar	2	0,69
90	legalizaram	2	0,69
91	logo	2	0,69
92	mil	2	0,69
93	monte	2	0,69
94	municípios	2	0,69
95	narizduro	2	0,69
96	nicotina	2	0,69
97	nisto	2	0,69
98	nossos	2	0,69
99	número	2	0,69
100	outras	2	0,69
		29	
		Σ	0 100,00

82	dizer	1	0,58
83	dor	1	0,58
84	dos	1	0,58
85	durante	1	0,58
86	entre	1	0,58
87	escolhe	1	0,58
88	escravizados	1	0,58
89	especializadas	1	0,58
90	esperança	1	0,58
91	estiver	1	0,58
92	fato	1	0,58
93	fé	1	0,58
94	federal	1	0,58
95	ferida	1	0,58
96	filhas	1	0,58
97	foram	1	0,58
98	funcionará	1	0,58
99	governo	1	0,58
		17	
		Σ	1 100,00

TABELA Frequência
NOTÍCIA 36

	termo	f	%
1	saúde	14	4,49
2	drogas	11	3,53
3	internação	10	3,21
4	mil	10	3,21
5	usuários	10	3,21
6	programa	9	2,88
7	ministro	8	2,56
8	crack	7	2,24
9	involuntária	7	2,24
10	atendimento	6	1,92
11	governo	6	1,92
12	ações	5	1,60
13	federal	5	1,60
14	padilha	5	1,60
15	país	5	1,60
16	policiais	5	1,60
17	prevenção	5	1,60
18	afirmou	4	1,28
19	atendimentos	4	1,28
20	combate	4	1,28
21	dependentes	4	1,28
22	ministério	4	1,28
23	prevê	4	1,28
24	profissionais	4	1,28
25	psiquiatria	4	1,28
26	segundo	4	1,28
27	vida	4	1,28
28	acordo	3	0,96
29	alexandre	3	0,96
30	autoridade	3	0,96
31	cardozo	3	0,96
32	dilma	3	0,96
33	entidades	3	0,96
34	informações	3	0,96
35	integrar	3	0,96
36	inteligência	3	0,96
37	locais	3	0,96
38	objetivo	3	0,96
39	residência	3	0,96
40	sus	3	0,96
41	vagas	3	0,96

TABELA- frequência 104 comentários
NOTÍCIA 36

	Termo	f	%
1	drogas	36	4,52
2	crack	34	4,27
3	governo	27	3,39
4	usuário	20	2,51
5	droga	16	2,01
6	vamos	15	1,88
7	pessoas	14	1,76
8	alcool	13	1,63
9	mundo	13	1,63
10	politica	12	1,51
11	povo	12	1,51
12	sociedade	12	1,51
13	traficantes	12	1,51
14	brasil	11	1,38
15	cerveja	11	1,38
16	comerciais	11	1,38
17	família	11	1,38
18	fazer	11	1,38
19	temos	11	1,38
20	ver	11	1,38
21	combate	10	1,25
22	lei	10	1,25
23	programa	10	1,25
24	leis	9	1,13
25	nada	9	1,13
26	país	9	1,13
27	problema	9	1,13
28	danos	8	1,00
29	dilma	8	1,00
30	esporte	8	1,00
31	pessoa	8	1,00
32	saúde	8	1,00
33	sobre	8	1,00
34	social	8	1,00
35	todos	8	1,00
36	traficante	8	1,00
37	vão	8	1,00
38	viciados	8	1,00
39	anos	7	0,88
40	copa	7	0,88
41	favor	7	0,88

42	alunos	2	0,64
43	ampliação	2	0,64
44	atenção	2	0,64
45	capacitados	2	0,64
46	caso	2	0,64
47	comércio	2	0,64
48	compulsória	2	0,64
49	comunidades	2	0,64
50	conjunto	2	0,64
51	consultórios	2	0,64
52	consumo	2	0,64
53	contra	2	0,64
54	criados	2	0,64
55	crime	2	0,64
56	dados	2	0,64
57	eixo	2	0,64
58	epidemia	2	0,64
59	escolas	2	0,64
60	evitar	2	0,64
61	farão	2	0,64
62	haverá	2	0,64
63	isso	2	0,64
64	justiça	2	0,64
65	local	2	0,64
66	média	2	0,64
67	medida	2	0,64
68	mensal	2	0,64
69	milhões	2	0,64
70	ministérios	2	0,64
71	organizações	2	0,64
72	organizado	2	0,64
73	ostensivo	2	0,64
74	paciente	2	0,64
75	pessoas	2	0,64
76	polícia	2	0,64
77	policciamento	2	0,64
78	previsão	2	0,64
79	primeiro	2	0,64
80	projetos	2	0,64
81	pública	2	0,64
82	público	2	0,64
83	químicos	2	0,64
84	rede	2	0,64

42	forma	7	0,88
43	iniciativa	7	0,88
44	ruas	7	0,88
45	sempre	7	0,88
46	cervejaria	6	0,75
47	consumo	6	0,75
48	denunciaralexandre	6	0,75
49	denunciarprentice	6	0,75
50	dinheiro	6	0,75
51	fácil	6	0,75
52	francorio	6	0,75
53	jovens	6	0,75
54	mídia	6	0,75
55	pena	6	0,75
56	pesadas	6	0,75
57	podemos	6	0,75
58	redução	6	0,75
59	tratamento	6	0,75
60	tudo	6	0,75
61	agora	5	0,63
62	algo	5	0,63
63	algum	5	0,63
64	alguma	5	0,63
65	bem	5	0,63
66	bilhões	5	0,63
67	boa	5	0,63
68	coisa	5	0,63
69	dentro	5	0,63
70	dessa	5	0,63
71	enquanto	5	0,63
72	estamos	5	0,63
73	falar	5	0,63
74	falta	5	0,63
75	famílias	5	0,63
76	feito	5	0,63
77	ficar	5	0,63
78	força	5	0,63
79	há	5	0,63
80	impostos	5	0,63
81	internação	5	0,63
82	legal	5	0,63
83	lopes	5	0,63
84	melhor	5	0,63

85	rua	2	0,64
86	seleção	2	0,64
87	sistema	2	0,64
88	situações	2	0,64
89	tráfico	2	0,64
90	tratamento	2	0,64
91	único	2	0,64
92	voluntária	2	0,64
		312	100,00

85	menos	5	0,63
86	ninguem	5	0,63
87	nossos	5	0,63
88	parabéns	5	0,63
89	pode	5	0,63
90	porque	5	0,63
91	presidenta	5	0,63
92	prevenção	5	0,63
93	projeto	5	0,63
94	quer	5	0,63
95	questão	5	0,63
96	acabando	4	0,50
97	acabar	4	0,50
98	acredito	4	0,50
99	adianta	4	0,50
		Σ 797	

TABELA NOTÍCIAS - TODAS

	TERMO	F	%
1	saúde	266	7,52
2	drogas	242	6,84
3	rua	214	6,05
4	crack	188	5,32
5	usuários	165	4,67
6	consultório	105	2,97
7	pessoas	103	2,91
8	internação	96	2,71
9	atendimento	93	2,63
10	projeto	87	2,46
11	ações	78	2,21
12	tratamento	78	2,21
13	álcool	76	2,15
14	governo	70	1,98
15	social	69	1,95
16	federal	64	1,81
17	dependentes	62	1,75
18	plano	62	1,75
19	programa	62	1,75
20	ministério	61	1,73
21	consultórios	60	1,70
22	atenção	57	1,61
23	equipe	55	1,56
24	profissionais	54	1,53
25	centro	53	1,50
26	vida	53	1,50
27	cidade	52	1,47
28	mil	52	1,47
29	uso	50	1,41
30	caps	48	1,36
31	ministro	47	1,33
32	prevenção	47	1,33
33	unidades	43	1,22
34	situação	41	1,16
35	trabalho	41	1,16
36	milhões	39	1,10
37	secretaria	39	1,10
38	anos	38	1,07
39	adolescentes	37	1,05
40	atendimentos	37	1,05
41	combate	37	1,05
42	involuntária	37	1,05

	TERMO	F	%
51	crianças	33	0,93
52	dia	33	0,93
53	leitos	33	0,93
54	danos	32	0,90
55	municípios	32	0,90
56	rede	32	0,90
57	ruas	32	0,90
58	consumo	31	0,88
59	tráfico	31	0,88
60	local	30	0,85
61	municipal	30	0,85
62	município	30	0,85
63	polícia	30	0,85
64	prefeitura	30	0,85
65	químicos	30	0,85
66	serviço	30	0,85
67	durante	29	0,82
68	população	29	0,82
69	público	29	0,82
70	sus	29	0,82
71	acolhimento	28	0,79
72	bernardo	28	0,79
73	enfrentamento	28	0,79
74	moradores	28	0,79
75	nacional	28	0,79
76	recursos	28	0,79
77	atender	27	0,76
78	contra	27	0,76
79	duas	27	0,76
80	região	27	0,76
81	sistema	27	0,76
82	assistência	26	0,74
83	equipes	26	0,74
84	estado	26	0,74
85	mental	26	0,74
86	nesta	26	0,74
87	número	26	0,74
88	serviços	26	0,74
89	unidade	26	0,74
90	família	25	0,71
91	justiça	25	0,71
92	três	25	0,71

43	locais	36	1,02
44	país	36	1,02
45	centros	35	0,99
46	droga	35	0,99
47	padilha	35	0,99
48	hoje	34	0,96
49	psicossocial	34	0,96
50	acordo	33	0,93

93	brasil	24	0,68
94	jovens	24	0,68
95	médicos	24	0,68
96	prevê	24	0,68
97	tipo	24	0,68
98	usuário	24	0,68
99	ação	23	0,65
100	dilma	23	0,65
		3536	100,00

Tabela Site EsfPopRua

	Termo	f	%				
1	rua	221	7,20	150	seja	6	0,20
2	saúde	172	5,60	151	singularidade	6	0,20
3	normal	140	4,56	152	tempo	6	0,20
4	pop	127	4,14	153	transtornos	6	0,20
5	equipe	86	2,80	154	tudo	6	0,20
6	ruas	79	2,57	155	vários	6	0,20
7	esf	78	2,54	156	acolhimento	5	0,16
8	movimento	66	2,15	157	agentes	5	0,16
9	população	43	1,40	158	além	5	0,16
10	trabalho	42	1,37	159	alguns	5	0,16
11	território	41	1,34	160	articulação	5	0,16
12	contato	40	1,30	161	assistente	5	0,16
13	data	40	1,30	162	campo	5	0,16
14	vídeos	40	1,30	163	cidadania	5	0,16
15	metas	36	1,17	164	clínica	5	0,16
16	psf	36	1,17	165	comunitários	5	0,16
17	facebook	34	1,11	166	demanda	5	0,16
18	onde	33	1,07	167	dentro	5	0,16
19	pacientes	32	1,04	168	dois	5	0,16
20	situação	32	1,04	169	ele	5	0,16
21	usuários	30	0,98	170	espaços	5	0,16
22	família	29	0,94	171	específica	5	0,16
23	nosso	29	0,94	172	ferimentos	5	0,16
24	número	28	0,91	173	física	5	0,16
25	estratégia	27	0,88	174	fundamental	5	0,16
26	sobre	27	0,88	175	identificações	5	0,16
27	sociais	27	0,88	176	internação	5	0,16
28	vida	27	0,88	177	lógica	5	0,16
29	serviços	26	0,85	178	média	5	0,16
30	maria	25	0,81	179	mensal	5	0,16
31	acontecer	24	0,78	180	meses	5	0,16
32	chegar	24	0,78	181	mesmo	5	0,16
33	faço	24	0,78	182	mosca	5	0,16
34	fotos	24	0,78	183	obtiveram	5	0,16
35	aconteceu	23	0,75	184	oliveira	5	0,16
36	ateliê	23	0,75	185	organização	5	0,16
37	atuamos	23	0,75	186	oswaldo	5	0,16
38	conheça	23	0,75	187	pode	5	0,16
39	consultório	23	0,75	188	posto	5	0,16
40	eventos	23	0,75	189	profissional	5	0,16
41	mental	23	0,75	190	região	5	0,16
				191	relações	5	0,16

42	twitter	22	0,72	192	respeito	5	0,16
43	apresentação	21	0,68	193	saberes	5	0,16
44	calazans	21	0,68	194	técnica	5	0,16
45	histórias	21	0,68	195	trabalhar	5	0,16
46	modelo	21	0,68	196	vaga	5	0,16
47	páginas	21	0,68	197	abusivo	4	0,13
48	redes	21	0,68	198	acesso	4	0,13
49	paciente	19	0,62	199	agente	4	0,13
50	tratamento	19	0,62	200	alegria	4	0,13
51	outros	17	0,55	201	algumas	4	0,13
52	pessoas	17	0,55	202	américo	4	0,13
53	profissionais	17	0,55	203	ampla	4	0,13
54	rio	17	0,55	204	ano	4	0,13
55	álcool	16	0,52	205	após	4	0,13
56	bloco	16	0,52	206	aquilo	4	0,13
57	caso	16	0,52	207	bucal	4	0,13
58	casos	15	0,49	208	carnaval	4	0,13
59	início	15	0,49	209	crianças	4	0,13
60	social	15	0,49	210	crônicas	4	0,13
61	depoimentos	14	0,46	211	deles	4	0,13
62	já	14	0,46	212	dessas	4	0,13
63	novembro	14	0,46	213	diagnosticados	4	0,13
64	partir	14	0,46	214	diagnóstico	4	0,13
65	sujeito	14	0,46	215	domicílios	4	0,13
66	acoes-e-	13	0,42	216	enfermidades	4	0,13
67	ana	13	0,42	217	enquanto	4	0,13
68	atuação	13	0,42	218	escuta	4	0,13
69	central	13	0,42	219	específicas	4	0,13
70	drogas	13	0,42	220	esses	4	0,13
71	profile	13	0,42	221	estar	4	0,13
72	quem-somos	13	0,42	222	fontenelle	4	0,13
73	servicos-prestados	13	0,42	223	funções	4	0,13
74	uso	13	0,42	224	gamboa	4	0,13
75	ações	12	0,39	225	gerente	4	0,13
76	atenção	12	0,39	226	histórico	4	0,13
77	misturando	11	0,36	227	hoje	4	0,13
78	responsabilidade	11	0,36	228	hospitais	4	0,13
79	socorro	11	0,36	229	lá	4	0,13
80	tuberculose	11	0,36	230	leito	4	0,13
81	conteúdo	10	0,33	231	localização	4	0,13
82	crosscol	10	0,33	232	louzada	4	0,13
83	danos	10	0,33	233	luciana	4	0,13
84	vertical	10	0,33	234	mariane	4	0,13
85	acompanhamento	9	0,29	235	matriciamento	4	0,13

86	cruz	9	0,29	236	medicação	4	0,13
87	enfermagem	9	0,29	237	médico	4	0,13
88	enfermeiro	9	0,29	238	moradores	4	0,13
89	equipes	9	0,29	239	mudança	4	0,13
90	espaço	9	0,29	240	nessa	4	0,13
91	grupo	9	0,29	241	outubro	4	0,13
92	modos	9	0,29	242	particular	4	0,13
93	presença	9	0,29	243	permite	4	0,13
94	projeto	9	0,29	244	poder	4	0,13
95	rede	9	0,29	245	pois	4	0,13
96	redução	9	0,29	246	posição	4	0,13
97	sofrimento	9	0,29	247	problemas	4	0,13
98	também	9	0,29	248	processo	4	0,13
99	abandono	8	0,26	249	processos	4	0,13
100	acompanhados	8	0,26	250	produção	4	0,13
101	aos	8	0,26	251	próprio	4	0,13
102	apoio	8	0,26	252	psicóticos	4	0,13
103	área	8	0,26	253	pública	4	0,13
104	básica	8	0,26	254	quando	4	0,13
105	centro	8	0,26	255	santa	4	0,13
106	dessa	8	0,26	256	sentido	4	0,13
107	dia	8	0,26	257	singular	4	0,13
108	droga	8	0,26	258	terminal	4	0,13
109	ela	8	0,26	259	todo	4	0,13
110	foi	8	0,26	260	todos	4	0,13
111	laila	8	0,26	261	total	4	0,13
112	relação	8	0,26	262	trabalham	4	0,13
113	sujeitos	8	0,26	263	traz	4	0,13
114	ação	7	0,23	264	trem	4	0,13
115	atendimentos	7	0,23	265	usuário	4	0,13
116	crack	7	0,23	266	várias	4	0,13
117	faz	7	0,23	267	vem	4	0,13
118	gestão	7	0,23	268	vêm	4	0,13
119	grande	7	0,23	269	vermelha	4	0,13
120	lhe	7	0,23	270	vezes	4	0,13
121	micro	7	0,23	271	aderência	3	0,10
122	outras	7	0,23	272	ampliada	3	0,10
123	outro	7	0,23	273	anos	3	0,10
124	praça	7	0,23	274	apenas	3	0,10
125	promoção	7	0,23	275	apesar	3	0,10
126	qualquer	7	0,23	276	aqueles	3	0,10
127	reunião	7	0,23	277	associado	3	0,10
128	téc	7	0,23	278	atender	3	0,10
129	ter	7	0,23	279	atuando	3	0,10

130	unidade	7	0,23
131	condições	6	0,20
132	cuidado	6	0,20
133	curicica	6	0,20
134	desse	6	0,20
135	duas	6	0,20
136	educação	6	0,20
137	enfermeira	6	0,20
138	falta	6	0,20
139	fluxos	6	0,20
140	grupos	6	0,20
141	hiv	6	0,20
142	maneira	6	0,20
143	mentais	6	0,20
144	muito	6	0,20
145	muitos	6	0,20
146	planejamento	6	0,20
147	promover	6	0,20
148	questões	6	0,20
149	sebastião	6	0,20

280	bem	3	0,10
281	bom	3	0,10
282	características	3	0,10
283	carioca	3	0,10
284	chegam	3	0,10
285	cláudia	3	0,10
286	cocaína	3	0,10
287	compartilhada	3	0,10
288	comportamento	3	0,10
289	conhecia	3	0,10
290	conseguir	3	0,10
291	cracolândia	3	0,10
292	criar	3	0,10
293	criarem	3	0,10
294	cuidados	3	0,10
295	dão	3	0,10
296	desses	3	0,10
297	deu	3	0,10
298	devido	3	0,10
299	diferentes	3	0,10
300	direcionamento	3	0,10
	Σ	3071	100,00

ANEXO A – Corpus da internet – notícias e comentários

Notícia 36

07/12/2011 14h23 - Atualizado em 08/12/2011 13h26

Programa de combate ao crack prevê internação involuntária de usuários

Segundo ministro da Saúde, internação será decidida por equipe médica. Ações de combate ao crack terão investimento de R\$ 4 bilhões.

Nathalia PassarinhoDo G1, em Brasília

103 comentários



O programa do governo federal contra o crack, lançando nesta quarta-feira (7) pela presidente Dilma Rousseff, prevê a internação involuntária de usuários. Segundo o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, serão criados 308 “Consultórios de Rua”, com médicos, psicólogos e enfermeiros, que farão busca ativa de dependentes e avaliarão se a internação pode ser voluntária (com o aval do usuário) ou involuntária (contra a vontade do paciente).

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria, no país há três tipos de internação: a voluntária, com consentimento do paciente; a involuntária, no caso de menores de idade ou pacientes em crise; e a compulsória, quando a Justiça determina a internação. No caso de internação involuntária, o hospital deve comunicar o Ministério Público estadual em até 72 horas.

Padilha explicou que a Organização Mundial da Saúde e o Estatuto da Criança e do Adolescente já prevêm a internação involuntária. “A própria lei autoriza esse tipo de internação por medida de proteção à vida. Os Consultórios de Rua farão uma avaliação sobre o risco à vida da liberação do dependente químico”, afirmou.

Atualmente a internação involuntária é realizada, mas não como política pública de combate às drogas, disse o ministro. De acordo com o ministro da Saúde, 20% das mortes de usuários de crack são em decorrência de “situações de violência.”

(observação: inicialmente, esta reportagem utilizou o termo internação compulsória como sinônimo de internação involuntária. A informação foi corrigida)

O programa

O conjunto de ações integradas para o combate ao crack anunciadas por Dilma **terá orçamento de R\$ 4 bilhões do governo federal**. Com o lema “Crack, é possível vencer”, o programa possui três eixos: cuidado, autoridade e prevenção.

O primeiro é voltado ao tratamento dos usuários, com a ampliação e qualificação da rede de atenção e criação de uma rede de atendimento especializada chamada “Conte com a gente”.

O programa prevê enfermarias especializadas em dependência química no Sistema Único de Saúde (SUS), com investimento de R\$ 670,6 milhões. A previsão é de que sejam criados 2.462 leitos destinados ao tratamento de usuários de drogas.

“As pessoas usam tráfico às vezes para evitar a exclusão ou como forma de inclusão, para trabalhar mais, como na zona rural. Por isso, temos que ter atendimentos diferentes, individualizados. É preciso reconstruir um projeto de vida e um sentido da vida para essas pessoas”, disse o ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

O governo federal fará parcerias com entidades privadas voltadas à recuperação de dependentes químicos. As entidades que serão beneficiadas com financiamento público serão escolhidas através de seleção pública de projetos.

Em meio a uma série de denúncias de irregularidades em convênios com Organizações Não Governamentais (ONGs), principalmente nos Ministérios do Esporte e do Trabalho, Padilha enfatizou que o governo vai, segundo ele, “separar o joio do trigo” na seleção das entidades.

Atendimento no SUS

O ministro Alexandre Padilha afirmou ainda que, entre 2003 e 2011, **passou de 25 mil para 250 mil a média mensal de atendimentos** do Sistema Único de Saúde (SUS) a usuários de álcool e drogas em todo país.

O número de atendimento dos Centros de Atenção Psicossociais (Caps), segundo assessoria do ministério da Saúde, passou de 25 mil - média mensal de atendimentos no ano - em 2003 para 250 mil atendimentos mensais em 2011, considerando dados até outubro deste ano.

Para o ministro, o país vive uma epidemia de crack, o qual classificou como “ferida social”. “Temos que reconhecer que estamos sim tecnicamente diante de uma epidemia de crack em nosso país”.

Capacitação

Como parte do programa lançado por Dilma, o **Ministério da Saúde** vai habilitar para o atendimento específico a usuários de drogas 350 auxiliares de enfermagem, 11 mil profissionais de saúde, 100 mil alunos de graduação na área de saúde, 15 mil gestores e profissionais das Comunidades Terapêuticas.

As vagas de residência em psiquiatria nos hospitais públicos aumentarão em 82% e serão criadas 304 novas vagas especificamente para residência multifuncional em saúde mental. Além disso, serão habilitados 1.650 profissionais para atuarem como teleconsultores.

Autoridade

No eixo “autoridade”, o objetivo é intensificar as ações de inteligência e investigação para identificar e prender traficantes de drogas, assim como desarticular organizações criminosas que atuam no comércio de substâncias ilícitas.

Para isso, o programa prevê maior integração das ações de inteligência da Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e polícias estaduais. De acordo com o Palácio do Planalto, será realizado policiamento ostensivo nos pontos de uso de drogas em cidades de todo o país, além de projetos de revitalização desses locais.

“Não se combate o crime organizado sem ações de inteligência, estaremos integrando informações para que possamos desenvolver nossas atividades”, afirmou o ministro da Justiça, Eduardo Cardozo, também presente no evento.

Segundo Cardozo, primeiro será feito um serviço de levantamento de dados para definir número de usuários e o funcionamento do consumo em locais de concentração do comércio de crack. A partir disso, agentes de saúde e policiais atuarão no local para orientar os usuários. Em seguida, haverá ocupação dos locais de consumo por policiais capacitados.

“Haverá policiamento ostensivo no local. Os policiais serão capacitados e treinados para enfrentar situações”, disse Cardozo. O ministro afirmou ainda que serão ampliadas as operações em conjunto dos Ministérios da Saúde e Defesa para o combate ao crime organizado e tráfico de drogas nas fronteiras do Brasil com países vizinhos.

Prevenção

No eixo "prevenção", o programa prevê ações que visam levar informações a escolas e comunidades com a finalidade de evitar o surgimento de novos usuários. A previsão do governo é capacitar, em quatro anos, 210 mil educadores através do Programa de Prevenção do Uso de Drogas na Escola, e 3,3 mil policiais militares do Programa Educacional de Resistência às Drogas.

O objetivo é que os profissionais e policiais atuem na prevenção do uso de drogas em 42 mil escolas públicas. Serão beneficiados 2,8 milhões de alunos por ano.

Outra ação do governo é facilitar o acesso por telefone a informações sobre drogas. O atendimento telefônico VivaVoz, que auxilia e orienta usuários e familiares de dependentes, passará de 0800 para o número de três dígitos 132.

Psiquiatria

O Ministério da Saúde também planeja aumentar em 82% até 2014 o número de vagas ofertadas para a residência médica em psiquiatria. A medida tem como objetivo garantir a ampliação do atendimento aos dependentes químicos.

COMENTÁRIOS SELECIONADOS SOBRE A NOTÍCIA 36

Debora Vilela

Acho importante as pessoas lembrarem que não são apenas os jovens que estão se envolvendo com o Crack. Tem muito pai de família se envolvendo com o crack. As autoridades precisam urgentemente tomar alguma providência para combater as drogas. Na rua que moro acredito que 80% dos homens estão usando crack e todos são pessoas de família. Isso é lamentável.

Aline Trindade

Fala sério... Vi ontem a reportagem no JN sobre o Programa do Governo Federal de Combate ao Crack, e me indignei com a fala do desembargador... na minha opinião é muito fácil para o desembargador falar em internação compulsória como sendo a "exceção da exceção da exceção", se ele não possui nenhum familiar, ou amigo muito próximo, DEPENDENTE do crack. Como sempre: "é fácil falar do problema quando ele não está no quintal de casa". Mas em se tratando de um desembargador... eu esperava bem mais. =| E a iniciativa do Governo Federal merece um "joinha" e um "curti", mesmo sendo a 1ª boa do ano!

Fala sério... Vi ontem a reportagem no JN sobre o Programa do Governo Federal de Combate ao Crack, e me indignei com a fala do desembargador... na minha opinião é muito fácil para o desembargador falar em internação compulsória como sendo a "exceção da exceção da exceção", se ele não possui nenhum familiar, ou amigo muito próximo, DEPENDENTE do crack. Como sempre: "é fácil falar do problema quando ele não está no quintal de casa". Mas em se tratando de um desembargador... eu esperava bem mais. =| E a iniciativa do Governo Federal merece um "joinha" e um "curti", mesmo sendo a 1ª boa do ano!

Comentador

A sociedade é podre e já está doente há muito tempo, usuários de drogas sempre existirão seja elas proibidas ou não(álcool) É preciso regulamentar todas as drogas e os governos passarem a ter o controle sobre elas com programas educativos de redução de danos, cada ser humano é dono do seu corpo. Não faz sentido algum esta "prevenção" ditatorial nas escolas públicas usando de policiais totalmente despreparados e que não entendem nada do assunto, local de polícia é na rua prendendo bandido.

3 meses atrás

Denunciar

Prentice FrancoRio de Janeiro, RJ

Os comerciais de CERVEJA, que gira milhões em publicidade, são os grande responsáveis pelo consumo de alcool que por consequência aumenta o consumo de drogas ilicitas, querem acabar com o CRACK, acabem com esse ato criminoso de vinculação de DROGA AO ESPORTE !!! Não a uma politica de introdução as drogas, não a vinculação de CERVEJA A FUTEBOL!! Politicas de prevenção e redução de danos Já!!

3 meses atrás

Denunciar

Prentice FrancoRio de Janeiro, RJ

Enquanto essa mídia criminoso, corrupta e esse governo estiver fazendo politica de introdução as drogas através de comerciais de CERVEJA a demanda por droga não vai diminuir, so falta liberarem a ceveja dentro dos estadios para copa do mundo, politica de prevensão e redução de danos como estão utilizando para o cigarros tem que ser aplicado para o alcool não adianta fazer lei de tolerancia zero no transito se por outro lado estão insentivando o consumo descriminadamente vinculando a esporte, dando subsidios para as empresas de cervejaria, temos a maior cervejaria do Mundo por que

3 meses atrás

Alberlam Alves

Pena que os 4 bilhões não dará um caldo! Sabemos que principalmente gigantescos orçamentos vão para nas Bundas e seios das mulheres e amantes de políticos corruptos, em suas amantes e luxos fúteis. Infelizmente no final veremos mais uma CPI frustrada, desta vez sobre o COMBATE AO CRACK. Como sempre, primeiro se promove a morte, depois se beneficia dela. Os nazistas teriam aula com nossos malditos gestores públicos, políticos malditos. Gostaria que fossem escalpelados...

3 meses atrás

Alessandro

Parabéns Dilma, por mais essa vitória para o povo brasileiro. Os viciados devem ser tratados como pessoa que merecem tratamento e não merecedoras de prisões.

3 meses atrás

Denunciar

Suzana Santos

SÓ AGORA???? PARABÉNS, OBRIGADA DO FUNDO DO CORAÇÃO....E QUE VÃO FAZER COM AS FAMILIAS QUE JA FORAM DESFEITAS, OS MORTOS, E TUDO MAIS QUE PODERIA SER EVITADO SE ALGO TIVESSE SIDO FEITO ANTES?? QUANDO VÃO APRENDER A CORTAR O MAL PELA RAIZ??? É TARDE...MUITO TARDE.

3 meses atrás

Rebeka Luz

A teoria é sempre excelente, vamos ver na pratica se irá funcionar, excelente programa, nao podemos marginalizar (deixar à margem da sociedade) os dependentes de drogas e alcool, sao pessoas doentes que para sair dessa situação sozinho já é difícil, imagine sem ajuda. O governo esta de parabens, porem confusa as suas politicas publicas, pois ao mesmo tempo que o governo quer combater o crack ele tem um programa que redução de danos que fornece todo o material necessário para a utilizacao das drogas!!

3 meses atrás

Sara A.

as pessoas não dão valor pra nada !!! credo !!! reclama quando nao se toma providencias e quando se toma as medidas reclamaaaaaa do mesmo jeito!!! DEVE SER DIFICIL administrar um país que está cheio de pessoas que não dão valor

quando se trata de melhorar a qualidade de vida da propria pessoa que reclama, pois vai diminuir os viciados das ruas e conseqüentemente haverá menos crimeeeeees....acorda pessoal!!! vamos ser solidários!!! olha o Natal ai...vamos parar de chorar e ver o que podemos fazer de melhor pra ajudar em vez de soh ficar pensando no dinheiro...ESSA NOTICIA É ÓTIMA!

3 meses atrás

Denunciar

Denunciar

Jorgerodrigueschaves

Que comentario idiota esse do edison. O Governo tem que investir sim no tratamento dos viciados, isso já é uma forma de combater a violencia no País. A prevenção é o combate ao tráfico.

3 meses atrás

Denunciar

Frederico FrançaSão Paulo, SP

Internação involuntária é uma medida emergencial. MAS NECESSÁRIA!

3 meses atrás

Maria PadinSão Paulo, SP

Presidente Dilma , sua decisão da internação involuntária para pacientes usuários de Crack, já preconizada pela OMS e ECA, demonstra preocupação real e não ideológica às políticas de saúde pública num país tão negligenciado! Grata!

3 meses atrás

Denunciar

Tabata Campos

sem falar o fato de que, isso nao atinge somente elas mesmas, mas toda a sociedade, porque aqui em SP há ruas que simplesmente não dá para passar, nem de carro, de tanto drogado que tem. E as crianças, há criancinhas de 4, 5, 6 anos, menores que 10 anos de idade que não é possível enxergá-las dessa forma, pq de tão viciadas e largadas se comportam feito bichos irracionais como todos de lá... e isso é certo??? e isso é correto.. não é um ABSURDO, É UMA VERGONHA, quem só ve essa situação pela tv, devia fazer um tour pessoalmente, ver como é essa realidade, é SUBMUNDO, é DESUMANO.

3 meses atrás

Denunciar

Alexandre Machado

Legal a lei, sou a favor, no entanto ao inves de irem no traficante e ter leis PESADAS sobre os traficantes (pena de morte), a lei pune o usuário ... Ja que querem assim, que seja desta forma para todas drogas que são ilícitas !

3 meses atrás

Jenifer Lucena

Concordo com está nova lei, e acredito que já estava mais do que na hora de tomarem alguma atitude com relação a isto... MAS será que resolvera o tratamento para uma pessoa que não quer ser tratada? E MAIS esse dinheiro deveria ser usado para educação... só assim eliminaria uma possível geração futura de VICIADOS!

3 meses atrás

Denunciar

Jean Sc

A DROGA É O MAIS PERIGOSO TRANSPORTE PARA LEVAR A HUMANIDADE AO FIM DOS TEMPOS E A LOUCURA, pois ela está acabando com a força de trabalho do MUNDO! Pois ela desencaminha o individuo e altera a personalidade, ou seja, se o jovem e boa gente! Com o uso dela vira um TRAÍÁ um perigo andante! Isso é um problema MUNDIAL!!!!

3 meses atrás

Denunciar

Maria Erilane

Ótima iniciativa. De nada adianta prender os traficantes e deixar os viciados à própria sorte. Aquele que não souber aproveitar a oportunidade, depois não poderá reclamar que as autoridades não fazem nada. Sei que estamos longe de acabar com essa guerra das drogas, mas se não começar a fazer algo agora, o Brasil não terá futuro nenhum, pois a grande maioria dos viciados são crianças e jovens. Temos de acreditar num futuro melhor.

3 meses atrás

Denunciar

Luciana Lira

Daniel, quando vc sentir a devastação do crack na sua casa vai entender que ferir a Constituição é não agir. Mas ainda que essa atitude infrinja o texto Constitucional, o salário mínimo, a saúde, a educação, a previdência social... já fazem isso há tempos e ninguém faz nada pra que a Carta Magna seja cumprida. O tráfico só lucra porque há consumidores, e esses, não devem ser tratados como dignos de pena somente, mas como criminosos também. Usar droga é crime e o que eles fazem com suas famílias, poderia muito bem ser considerado como maus tratos e tortura.

3 meses atrás

Denunciar

Adelson Jorge

Infelizmente, por omissão, para não falar covardia, os políticos num momento de crise no governo, hajem rapidamente para mudar a opinião publica, lançando um discurso de combate ao crack, numa verdadeira apresentação circense. Presidente Dilma, os traficantes estão morrendo de rir. Com esta atitude, o governo federal mostra que perdeu a guerra para o tráfico. Não tem coragem para atacar a CAUSA. Este tipo de programa vai servir para abastecer os bolsos me mais ONGS no Brasil. A solução é facil demais, PRISÃO PERPETUA sem qualquer tipo de beneficio para traficante. RESOLVIDO!

3 meses atrás

Denunciar

Lucio Ferer

Epaaaa! já faz 2 horas que a noticia foi anunciada, pelos politicos que nós temos acredito que deste total de 4 bilhões tenha só uns 50 mil sobrando...ou não?

Oscar Buso

Por que não prendem a força os responsaveis pela politica puplica ? Não são os viciados vitimas do sistema ? Onde esta a prevenção ? Custa mais barato prevenir do remediar..

3 meses atrás

Denunciar

Perola Rubio

4 bilhões!!!!!! Eu ,professora fico lisonjeada com tanto investimentoacho que vou me tornar usuária para que o governo dispenda tantos \$\$\$\$\$ a meu favor....parabéns pelos comentários de "cadeia" e "morte" aos traficantes...

3 meses atrás

Denunciar

Sara A.

ainda bem, pq na reportagem anterior nao ficou claro isso....tem que internar compulsoriamente pq esse pessoal nao tem capacidade de expressar vontade propria nao...a vontade eh soh da droga....ficam escravos nao tem como a pessoa ficar escolhendo se vai se internar ou nao...

3 meses atrás

Denunciar

Mario Madruga

tráfico a pena tem que ser a morte

3 meses atrás

Denunciar

Mario Madruga

querem mesmo acabar com os drogados matem os traficantes se nao nao tem jeito prendem e eles ficam admistrando de dentro da cadeia e com mais segurança paga por nos mesmo. botem numa praça e fuzilem sera que alguem deles vai querer ficar no posto que deu vaga

3 meses atrás

Denunciar

Prentice FrancoRio de Janeiro, RJ

Enquanto essa mídia criminoso, corrupta e esse governo gatuno estiver fazendo politica de introdução as drogas através de comerciais de CERVEJA a demanda por droga não vai diminuir, so falta liberarem a ceveja dentro dos estadios para copa do mundo,politica de prevensão e redução de danos como estão utilizando para o cigarros tem que ser aplicado para o alcool não adianta fazer lei de tolerancia zero no transito se por outro lado estão insentivando o consumo descriminadamente vinculando a esporte, dando subsidios para as empresas de cervejaria, temos a maior cervejaria do Mundo por que

3 meses atrás

Denunciar

Alexandre Santos

Até quando o governo faz algo o povo reclama, é por essas que os políticos não se interessam pelo que a sociedade tem a dizer, e deixam o povo falando com as paredes, povinho cínico.

3 meses atrás

Denunciar

Athos Martello

Pensando bem, só uns R\$ 200.000 dá prá resolver o problema!!é SIMPLES!!Nenhuma carga de crack deve ser retida pela polícia.Mas antes de liberá-la bastava envenená-la e deixar o tráfico distribuir....Pode parecer cruel, mas quem consome crack já está morto, só que até chegar o dia D, muitas famílias sofrerão com viciados enlouquecidos e inconsequentes nos seus lares, ou acabando com a vida de pessoas que nada tem a ver com o seu vício tenebroso e devastador..Só esqueci q 4 BI geram no mínimo 400 milhões de propina prá alguma ONG "cumpanhêra" indicada pelo Haddad

3 meses atrás

Denunciar

Evaldo Sousa

Já estava na hora do governo reconhecer que não só o crack é uma epidemia no Brasil, como também outras drogas. Atacar o problema com internação compulsória/involuntária, ótimo.Entretanto, correr atras do traficante é brincadeira de criança. É preciso guarnecer com responsabilidade e força como um ato de guerra, guerra contra o trafico na porta de entrada. Traga de volta os soldados brasileiros que estão no Haiti e sei lá mais onde, e vamos r resolver nossos problemas muito mais graves como o trafico de drogas e armas.

3 meses atrás

Lucio Ferer

NÃO SEI QUANTO A VOCÊS... mais minha intuição cinematografica visualizou alguma coisa semelhante a um SACI-PERERE fumando o seu CACHIMBINHO...e levando 4 bilhões do povo...JUSTA LIBERAÇÃO...enquanto o povo honesto e contribuinte é obrigado a penar nas filas do SUS, nos corredores dos HOSPITAIS...e enfrentar bandidos menores em todas as esquinas, quando recebem suas PARCAS aposentadorias.

3 meses atrás

Denunciar

Prentice FrancoRio de Janeiro, RJ

Enquanto essa mídia criminoso, corrupta e esse governo gatuno estiver fazendo politica de introdução as drogas através de comerciais de CERVEJA a demanda por droga não vai diminuir, so falta liberarem a ceveja dentro dos estadios para copa do mundo, politica de prevensão e redução de danos como estão utilizando para o cigarros tem que ser aplicado para o alcool não adianta fazer lei de tolerancia zero no transito se por outro lado estão insentivando o consumo descriminadamente vinculando a esporte, dando subsidios para as empresas de cervejaria, temos a maior cervejaria do Mundo por que

3 meses atrás

Denunciar

José Junior

Acho que nós como sociedade e governo já estamos atrasados no combate ao Crack. Acho justo a internação forçada, já que quase todos os dependentes da Droga, principalmente os que não têm família, não conseguem medir forças com o vício e se internarem voluntariamente.

3 meses atrás

Denunciar

Lucio Ferer

SOU INTEIRAMENTE A FAVOR DO GOVERNO QUERER INTERNAR O USUARIO DE CRAC A FORÇA! NEM QUE PARA ISTO PRECISE MATÁ-LO.

3 meses atrás

Fonte: <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2011/12/programa-de-combate-ao-crack-preve-internacao-involuntaria-de-usuarios.html> Acesso em fev. 2012.

Notícia 37

07/12/2011 12h41 - Atualizado em 07/12/2011 15h50

SUS atendeu 250 mil usuários de drogas por mês em 2011, diz governo

Em 2003, a média mensal de atendimentos era de 25 mil na rede pública. Conforme ministro Alexandre Padilha, país vive 'epidemia de crack'.

Priscilla Mendes Do G1, em Brasília

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, informou nesta quarta-feira (7) que, entre 2003 e 2011, passou de 25 mil para 250 mil a média mensal de atendimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) a usuários de álcool e drogas em todo país. Os dados foram apresentados durante lançamento de conjunto de ações integradas para o enfrentamento do crack no Brasil.

O número de atendimento dos Centros de Atenção Psicossociais (Caps), segundo assessoria do ministério da Saúde, passou de 25 mil - média mensal de atendimentos no ano - em 2003 para 250 mil atendimentos mensais em 2011, considerando dados até outubro deste ano.

Para o ministro, o país vive uma epidemia de crack, o qual classificou como "ferida social". "Temos que reconhecer que estamos sim tecnicamente diante de uma epidemia de crack em nosso país".

Padilha disse que, em atendimento a uma orientação da presidente Dilma Rousseff, haverá uma "rede de retaguarda" de assistência a usuários que funcionará 24 horas por dia. "Os serviços de saúde têm que se responsabilizar 24 horas por dia porque ela [pessoa usuária de droga] não escolhe a hora de ter uma crise de abstinência".



Plano de enfrentamento

O governo federal **pretende investir R\$ 4 bilhões** para aumentar a oferta de atendimento de saúde aos usuários de drogas, enfrentar o tráfico e ampliar ações de prevenção.

O programa, cujo mote é “Crack, é possível vencer”, pretende criar enfermarias especializadas com 2.462 leitos destinados ao tratamento de usuários de drogas nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS). O investimento previsto para essas enfermarias é de R\$ 670 milhões.

Reforço

A presidente Dilma Rousseff destacou que a rede pública de saúde terá de ser “reforçada” para atender a usuários que, segundo ela, “têm não só problemas pontuais, mas têm crise de abstinência, dificuldade de lidar com o fato, coloque sua vida em risco e tem comportamentos que afetam profundamente a família”.

Ela dirigiu uma palavra aos pais de dependentes químicos que veem seus filhos “escravizados pelas drogas”. Dilma disse que é preciso ter “fé e esperança”.

“Nós todos temos de fazer da dor deles [pais de usuários] a nossa, e ao fazer isso, ter clareza de que vamos fazer tudo o que estiver ao nosso alcance para a recuperação desses filhos e filhas”.

Dilma disse ainda que o novo programa será uma “política sistemática ampla moderna corajosa e criativa de enfrentamento das drogas.” “O que nós hoje estamos fazendo é dizer sim, nós, 365 dias por ano, 24 horas por dia e sem nenhuma vacilação, nós vamos combater esse processo que instaura a violência e destrói famílias.”

COMENTÁRIOS DOS INTERNAUTAS:

- **Rafael**

Tanto o assassino do cartunista quanto o Wellington eram usuários de maconha e o único problema q tiveram foi esquizofrenia q foi adquirida pelo uso constante desta substância alucinógena... todo maconheiro tem mania de perseguição. E os alunos da UPS são um bom exemplo. o presidente da UNE sumiu e o pai tb maconheiro noticiou nos jornais e foi até o senado dando a entender q tinha sido a polícia q tinha " sumido" com o filhinho dele e o cara estava curtindo um cigarrinho na casa da mãe. Pai maconheiro, filho maconheiro, ninguém sabe de nada, família destruída.

4 meses atrás

- Denunciar

Sarcástico

E alguém lá acredita no que Ministro deste desgoverno diz? O Ministro no Tweeter disse que a saúde atende a mais de 30.000 municípios, acontece que o Brasil tem um pouco menos de 5.600 municípios.

4 meses atrás

- Denunciar

Alexandre Santos

O combate as drogas não é só questão de saúde pública mas também de segurança pública, basta ver o números da violência relacionados com o uso de drogas.

4 meses atrás

- Denunciar

Alexandre Coelho

Parabéns pelo governo que busca soluções concretas para enfrentar o problema ao invés de deixar os doentes jogados a própria sorte, ou pior deixar que percam completamente a dignidade e se marginalizem para depois vir nos ameaçar os "homens de bem". Devia ter punição exemplar e diferenciada para traficante de crack, o governo tem que ter mão pesada nestas horas.

4 meses atrás

- Denunciar

Alexandre Coelho

As pessoas tem a tendência de colocar todas as drogas no mesmo saco, sendo que cada uma tem um poder de destruição e de viciar maior ou menor. Agora o governo percebeu que com o crack o buraco é mais embaixo, estão começando a fazer alguma coisa, tomara que não seja tarde demais. As pessoas precisam é de mais conhecimento científico sobre drogas antes de falarem asneiras.

4 meses atrás

- Denunciar

Olavo Morett

Como o nome ja diz DROGA e DROGA , nao presta , mais o preconceito e muito pior , o governo tem que ajudar sim , mais o dinheiro gasto para o tratamento deve sair dos proprios traficantes que sao presos , os usuarios sao os verdadeiros escravos das drogas , quem falar grosso ai e que nunca teve uma pessoa com esse mal . fui claro . usar o dinheiro dos traficantes para o tratamento , venda se tudo que e dele.

4 meses atrás

- Denunciar

José Almeida*São Paulo, SP*

Eu não acredito muito no atendimento oferecido pelo governo Brasileiro . Os idosos não são bem atendidos em hospitais da rede pública, imaginem se agora vão se preocupar com dependentes químicos. Falta tudo nestes hospitais os médicos são orientados pelos diretores para que usem o mínimo de recursos ou seja uma dipirona . É o que tem na farmacia pública !!! E olhe lá .

4 meses atrás

-
- Denunciar
-

Jorge Andrade

Já que o povo tupiniquim é vocacionado a imitação, copiam um monte de baboseiras vindas do exterior, nesta questão podíamos imitar a China. Fuzilamento para o traficante e cadeia (bastante) para o viciado. Terão tratamento grátis no hospital penitenciário. Continuaríamos pagando as contas, mas financiar parasitas já faz parte de nossos orçamentos mesmo.

4 meses atrás

- Denunciar
-

João Narizduro

Luzia Moris, todos os dados que tem quanto a Holanda estão errados, a exceção da proibição para estrangeiros, que é real. O número de usuários de drogas caiu, inclusive a da própria maconha, assim como os crimes ligados a ela. O mesmo aconteceu em Portugal (de facto, não de jure) e agora A Rep. Tcheca está a legalizar a maconha e outras drogas alucinógenas. Ademais, o assassino de Realengo e do cartunista glauco possuíam problemas psicológicos de longa data, então atribuir o crime a cannabis é bem injusto.

4 meses atrás

- Denunciar
-

Revisor Geral

Ou libera a droga, ou penalize o cidadão. Esse negócio de que não pode, mas não dá nada pra quem é pego que gera essa baderna toda. Aliás, se tem que proibir, que se criminalize o cigarro também, que é cancerígeno e afeta quem não fuma (é meio como Religião, cada um pode ter a sua mas quem tá do lado paga o pato junto).

4 meses atrás

- Denunciar
-

Luzia Moris

Acho injusto um pai de família, trabalhador e honesto ter q esperar para receber tratamento e o governo se preocupar com drogados q entraram nisto pq queria " curtir" uma onda ou ter uma " nova experiência". ou mesmo " ficar relaxado e calmo".

4 meses atrás

- Denunciar
-

Luzia Moris

e ainda quer q a sociedade aceite, dando um tapa nas famílias de bem, no lugar de procurar tratamento levanta bandeira de " legalização". Tem mais , existem formas mais inteligentes de morrer, atirar na cabeça ao invés de dar trabalho para a família e incomodar a sociedade com tantos problemas q temos com corrupção e com violência, no caso da última com uma grande contribuição destes drogados q financiam o tráfico e de quebra ainda furtam e praticam crimes para alimentar o seu vício. Acho q o próprio drogado deveria financiar seu tratamento já q entrou nisto sozinho, q saia só.

4 meses atrás

- Denunciar
-

Luzia Moris

Quem se esquece q Wellington Menezes fazia uso de maconha e terminou fazendo o q fez no Realengo pq queria " salvar " aquelas crianças, ou quem esquece o q fez o assassino do cartunista Gláuco, tb maocnheiro, pq queria ser reconhecido como a reencarnação de Jesus, ou mesmo o q fizeram os estudantes da UPS quando pegos fumando maconha e depois o q fizeram os seus " coleguinhas", para manter a polícia longe e terem a liberdade de se drogar na faculdade. Aí vem alguém dizer q álcool e nicotina fazem igual mal. O problema do drogado é q ele ainda tentar achar argumentos para usar drogas

4 meses atrás

- Denunciar

Alexandre Coelho

Quanto preconceito, voces acham que se a pessoa experimentou porque quis então problema é dele? que pensamento mesquinho, egoísta e atrasado. Se for levar por esta linha é cada um por si, pois todos são responsáveis pelos seus próprios problemas!

4 meses atrás

- Denunciar

Luzia Moris

E sim, os grandes países legalizaram a maconha e se arrependeram, no caso da Holanda estão reduzindo o uso somente para os habitantes e com algumas restrições visto q tem aumentado o número de furtos, roubos e assassinatos. Mesmo nos Estados Unidos a posição quanto a legalização da maconha está sendo revista pelos mesmos motivos. Droga é droga, não importa se faz menos ou mais mal, é droga , e se o drogado fosse dar problema apenas para si, mas não ele envolve a família e a sociedade e quem paga a conta somos nós. Maconha é porta de entrada para outras.

4 meses atrás

- Denunciar

Luzia Moris

E ainda tem aqueles q querem a legalização da maconha. Como se já não tivéssemos problemas demais.

4 meses atrás

- Denunciar

Gabriel Heerdt *Campinas, SP*

Como se todos não fossemos culpados pela sociedade como se encontra, bando de egoistas.

4 meses atrás

- Denunciar

Lucio Ferer

Sr. Ministro da Saúde Alexandre Padilha, muito antes do sr detectar esse aumento que entende os numeros 250 mil usuários de crac, denominados aqui por "Epidemia do Crac" e "ferida Social", nós os contribuintes honestos e sem vícios, não usufruimos

dos nossos direitos, no SUS, deva ser porque a "FERIDA SOCIAL" ESTEJA NA INCOMPETÊNCIA DO GOVERNO EM QUE O SR, FAZ PARTE, pois maracutáia é visível e passa a ser DESLEAL, já que inversões de valores passou a ser um laque rompido, por onde quando se vê o dinheiro da saúde sumiu tal como a fumaça do crack, ISTO é a 'EPIDEMIA' que conhecemos por roubo.

4 meses atrás

- Denunciar

Carlos Peixoto

O engraçado disto tudo é que esta conta é paga pelos contribuintes, não tinha que gastar nada com drogado, quem mandou ele se drogar? Enquanto isso quem contribui com a saúde a vida toda está a mercê deste atendimento noventa que a saúde da ao povo brasileiro.

4 meses atrás

- Denunciar

Alexandre Luna

O SUS devia se preocupar em agilizar o tratamento das pessoas com câncer o tempo que ficam dando trela para drogado.

4 meses atrás

- Denunciar

João Narizduro

Temos de tirar o jovem do contato com o crack. A curiosidade é face comum de todos nós, mas enquanto deixarmos o comércio na mão de homens armados, que juntam no mesmo saco pedras e plantas, só iremos de mal a pior. Legalizar e regularizar, impor normas e educar. A repressão perdeu.

4 meses atrás

- Denunciar

Cleber Pageh

E VAI ATENDER 500 MIL EM 2012!!!! ISTO SE O FIM DO MUNDO NÃO CHEGAR MESMO! MAS COMO VASILHA RUIM NÃO QUEBRA.... JÁ VIU, NÉ?

4 meses atrás

- Denunciar

Alaor Miguel

Toda droga é uma droga. Não é porque uma seja "menos prejudicial" que outra que deva ser legalizada. Tem que proibir é tudo quanto é droga!

4 meses atrás

- Denunciar

Marcelo Ruiz

Isso é graças a descriminalização dos usuários que ocorreu há alguns anos atrás, ou seja, as nossas leis são uma porcaria e tem muita gente que ainda é a favor disso (país tupiniquim), enquanto o governo e um monte de gente passa a mão na cabeça destes marginais o cidadão de bem está pagando as vezes até com a vida.

4 meses atrás

- Denunciar
-

Cleber Pageh

O pior de tudo isto, é que não basta "atendimentos". Na verdade, o que tem de dependentequímico aposentado devido a "doença", logo logo o sistema previdenciário vai falir (se já não faliu com toda essa rabalheira!). E os contribuintes normais, pra conseguirem se aposentar, tem que fazer grandes sacrifícios!!!!!!

4 meses atrás

- Denunciar
-

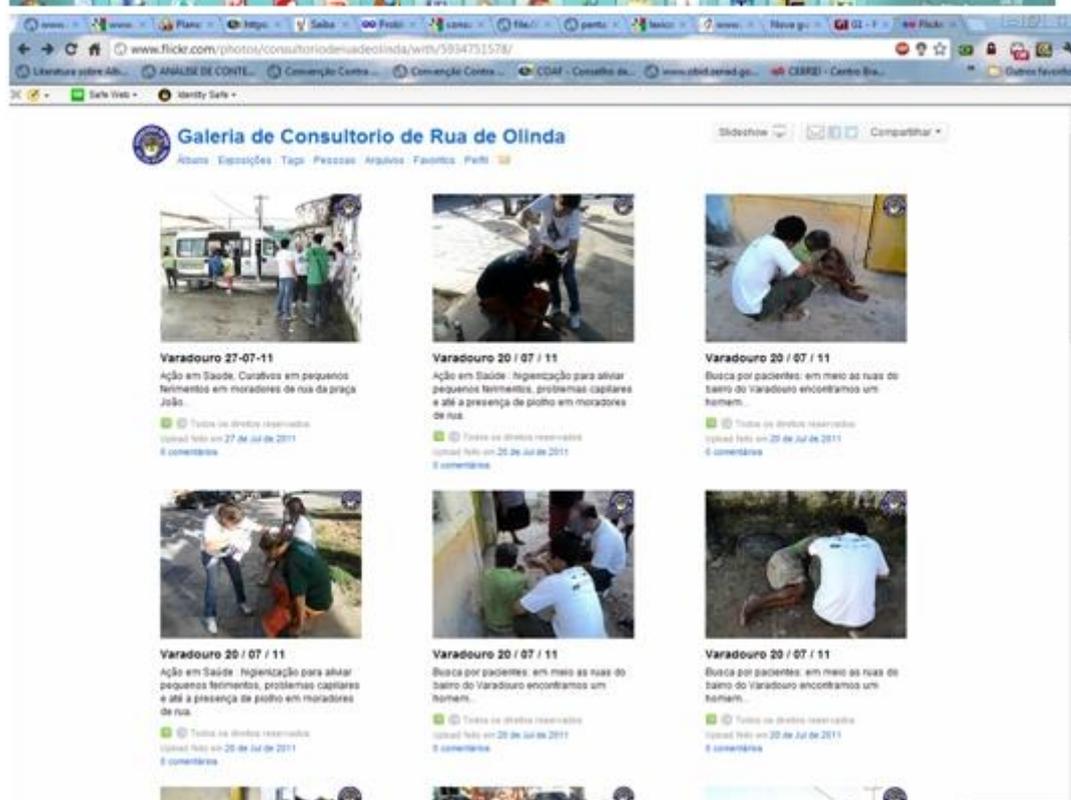
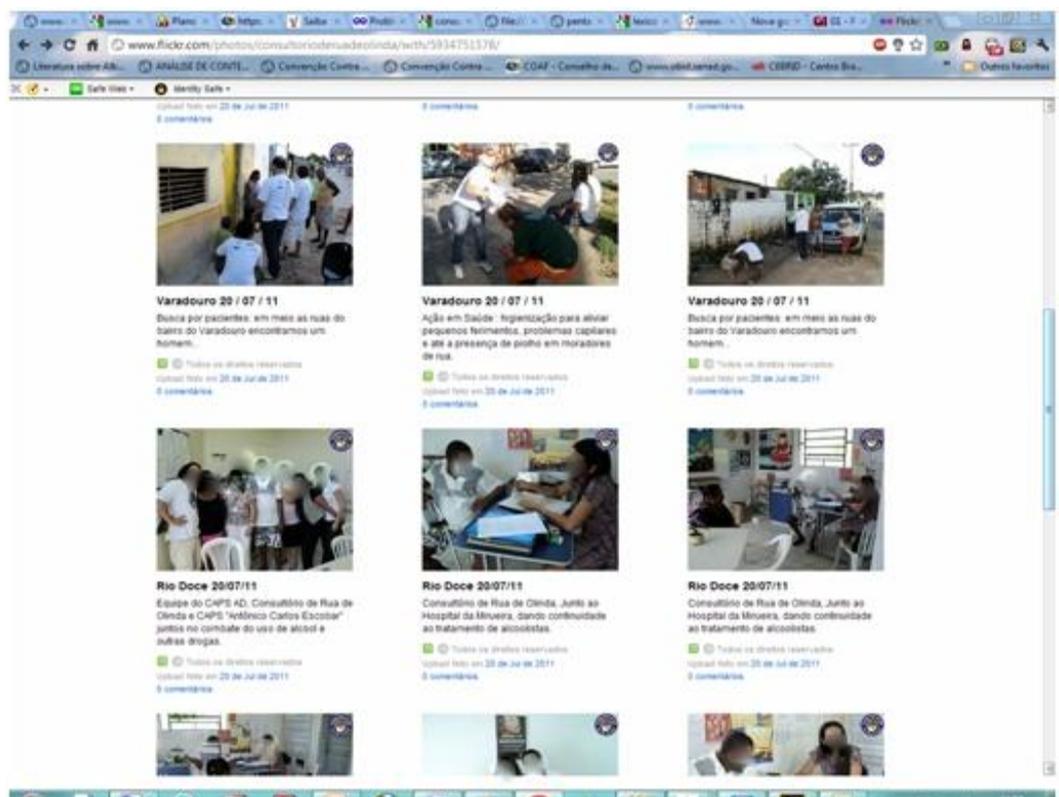
Rafael Paula*Congonhas, MG*

e um absurdo isso!Achoo que as grandes redes sociais e a midia deveriam estar juntos na legalização da maconha,que ate mesmo os grandes paises legalizaram.Creio que seja uma "droga" menos prejuducial do que alcool e nicotina!

Fonte: <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2011/12/atendimento-usuario-de-droga-e-10-vezes-maior-que-em-2003-diz-saude.html>. Acesso fev. 2012

ANEXO B – CORPUS DE INTERNET – BLOG E PERFIL EM REDES SOCIAIS

PERFIL flickr – CR OLINDA.



Fonte: <http://www.flickr.com/photos/consultorioderuadeolinda>. Acesso em fev. 2012



Fonte: Mosaico de imagens sistematizado pelo autor, para análise, a partir das imagens disponíveis no site <http://www.flickr.com/photos/consultorioderuadeolinda>. Acesso em fev. 2012

PERFIL EM REDE SOCIAL – CR OLINDA

The image shows a screenshot of a web browser displaying the Orkut profile page for 'Consultório de Rua - Olinda'. The browser's address bar shows the URL: www.orkut.com.br/Main#Profile?uid=13354540550485779241. The page features the Orkut logo at the top left and a search bar at the top right. The profile header includes the name 'Consultório de Rua - Olinda' with options to 'remover amigo', 'ignorar', and 'denunciar'. Below the header, there is a circular logo for 'CONSULTÓRIO NA RUA NO SUS DE OLINDA' and a description of the organization: 'Operando na Cidade de Olinda-PE, Bairro: Águas Compridas, Rio Doce e Peixinhos I. Contato: 3429-6789 - 9627-6735 (Tere)'. The profile also lists the anniversary as '26 de novembro', the location as 'Olinda, Brasil', and the state as 'Pernambuco'. A section titled 'Sobre Consultório' provides a detailed description of the mobile health unit and its mission. Below this, there are sections for 'Fotos recentes' and 'Vídeos recentes'. On the right side, there is a 'publicações' section and an 'amigos (67)' section with a search bar and a grid of friend avatars. The left sidebar contains navigation options like 'perfil', 'status', 'fotos', 'vídeos', and 'ações'.

Fonte: <http://www.orkut.com.br/Main#Profile?uid=13354540550485779241>. Acesso em fev. 2012

PERFIL REDE SOCIAL – ESFPOP RUA – RJ

The image displays two screenshots of a Facebook profile for 'Espoprua Consultório de Rua'.

Top Screenshot: Profile Overview

- Header:** Espoprua Consultório de Rua - Fotos
- Navigation:** Fotos de Espoprua, Fotos do mural, Álbum sem título, Fotos do perfil.
- Content:**
 - Fotos do mural:** Bloco PSF + Ateliê Bárbara Calazans / Carnaval RJ 2010 (127 fotos); Ação de promoção de saúde na Gamboa / Outubro de 2011 (26 fotos).
 - Fotos e vídeos com Espoprua:** A grid of photos showing community activities.
- Right Sidebar:** Translation options (Qual é a melhor tradução?, Esta é uma boa tradução?) and a 'Patrocinado' button.

Bottom Screenshot: Profile Wall

- Header:** Espoprua Consultório de Rua
- Location:** Trabalha na empresa SMSDC Rio de Janeiro, Mora em Rio de Janeiro, De Rio de Janeiro, Nasceu em 1 de Setembro.
- Post:**
 - Text:** Participação da Espoprua Consultório de Rua no dia mundial contra a Tuberculose. Saiba mais em nosso blog.
 - Image:** A group of people standing in a public square.
 - Engagement:** 2 pessoas curtiram isto.

Fonte: <http://smsdc-esfpoprua.blogspot.com.br/p/metas.html> – Fev. 2012.

BLOG – ESFPOP RUA – RJ

The image displays two screenshots of a blog page from smsdc-esfpoprua.blogspot.com.br/p/metas.html. The top screenshot shows a post titled "Saúde Social" with several photographs of community health workers. The bottom screenshot shows the "Quem somos" (Who we are) page, detailing the "Saúde em Movimento nas Ruas" project and listing collaborators and members.

Quem somos

"Saúde em Movimento nas Ruas"

Estratégia de Saúde da Família para População em Situação de Rua/Consultório de Rua

"Si restitueris pro veni e que val' dar" - Marco Polo

O projeto "Saúde em Movimento nas Ruas" nasceu na cidade do Rio de Janeiro, em setembro de 2010. Chamado de ESF POP RUA, o serviço é inédito no Brasil, e está em fase inicial de implementação. A ESF POP RUA trabalha integrando suas duas equipes básicas de PSF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde) às equipes de saúde mental (uma assistente social, uma musicoterapeuta e dois psicólogos) e saúde bucal (composta de odontólogo e técnico em saúde bucal). As equipes atuam em dois horários de funcionamento: das 9h às 18h e das 13h às 22h, de segunda a sexta. A atuação dos agentes comunitários de saúde se organiza em micro áreas definidas, na região do Centro da cidade do Rio de Janeiro, a partir da concentração de população de rua e suas flutuações no território.

COLABORADORES

- ESF POP RUA
- ODCE AP 1.0

MEMBROS

Partido que defende a vida
 Grupo Frente Conect
 Membros (23)

REDES SOCIAIS

NT1 PUV091/FACEBOOK.COM/PROFILE.PHP?ID=1888096734754827-TU_7808
 ESF POP RUA

VIDEOS (REPORTAGENS E HISTÓRIAS SOBRE O NOSSO TRABALHO)

TEXTOS E POSTAGENS

- Março (15)
- Dezembro (4)
- Novembro (3)
- Setembro (2)
- Julho (1)

ESF - Redução de Danos

O "Saúde em Movimento nas Ruas" é uma junção inovadora da Estratégia de Saúde da Família com o Projeto Consultório de Rua, que trabalha na perspectiva da Redução de Danos. Pode-se dizer que a ESF POP RUA mantém o que podemos chamar de essência di-

Fonte: <http://smsdc-esfpoprua.blogspot.com.br/p/metas.html> . Acesso em fev. 2012

ANEXO C – PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

**PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Título do Projeto de Pesquisa: "A INTEGRALIDADE NA FONTE DO CONSULTÓRIO DE RUA DO SUS"

Autora: Mestrando Ricardo Flores Cazanova

II. PARECER FINAL:

- APROVADO

III. JUSTIFICATIVA:

O resultado do parecer está baseado em quatro itens que foram analisados no projeto de pesquisa, que são:

1. Adequação da temática às linhas de pesquisa do PPGSS e relevância do estudo.
2. Consistência do referencial teórico.
3. Adequação metodológica.
4. Atendimento aos pressupostos éticos da pesquisa e ao código de ética profissional do serviço social ou áreas afins.

1. Adequação da temática às linhas de pesquisa do PPGSS e relevância do estudo.

O tema de estudo proposto está de acordo com a área de concentração e linha de pesquisa do PPGSS.

A pesquisa é de relevância científica para a produção de conhecimento na Pós-Graduação, na medida em que desenvolve o tema sobre Política da Saúde no que diz respeito a atenção integral às pessoas em situação de rua, usuárias ou dependentes de crack, álcool e outras drogas.

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6681 - P. 15 - sala 330 - CEP 90619-900
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3539 - Fax (51) 3320-3606
E-mail: servico-social-pg@pucrs.br
www.pucrs.br/fss/pos



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

2. Consistência do referencial teórico.

Apresenta uma fundamentação teórica atualizada e consistente ao estudo proposto.

3. Adequação metodológica.

Atende a todos os quesitos necessários para o desenvolvimento da metodologia de pesquisa utilizada, a saber:

- Especifica o tipo de pesquisa;
- Localização das fontes;
- Seleção das fontes de pesquisa;
- Tipo de análise que será realizada;
- Cronograma e orçamento;

4. Atendimento aos pressupostos éticos da pesquisa e ao código de ética profissional do Serviço Social ou áreas afins.

Trata-se de uma pesquisa documental, por tanto não envolve seres humanos.

Porto Alegre, 21 de novembro de 2011

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6681-P. 15-sala 330-CEP90619-900
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3539 - Fax (51) 3320-3606
E-mail: servico-social-pg@pucls.br
www.pucls.br/fss/pos



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
 FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Porto Alegre, 21 de novembro de 2011

Encaminho o projeto de pesquisa **"A INTEGRALIDADE NA FONTE DO CONSULTÓRIO DE RUA DO SUS"** do mestrando Ricardo Flores Cazanova.

De acordo com a avaliação o projeto enquadra-se na seguinte categoria:

- (X) Aprovado
- () Com pendências – anexar parecer
- () Não aprovado – anexar parecer

Atenciosamente,

Profª. Dra. Gleny Terezinha Duro Guimarães
 Coordenadora da Comissão Científica do Programa de Pós-Graduação em
 Serviço Social - FSS/PUCRS

PUCRS

Campus Central

Av. Ipiranga, 6681-P. 15-sala 330-CEP90619-900
 Porto Alegre – RS - Brasil
 Fone: (51) 3320-3539 – Fax (51) 3320-3606
 E-mail: servico-social-pg@pucrs.br
www.pucrs.br/fss/pos