

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**“Caracterização de serviços de atendimento público aos jovens que fazem uso de
drogas no município de Ribeirão Preto”**

Camila Alessandra Matias

Rosalina Carvalho da Silva

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como
parte das exigências para a obtenção do título de
Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO – SP

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FICHA CATALOGRÁFICA

Matias, Camila Alessandra

Caracterização de serviços de atendimento público aos jovens que fazem uso de drogas no município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2007.

238. : il. ; 30 cm

Dissertação, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. de Psicologia e Educação.

Orientadora: Silva, Rosalina Carvalho da

1. Caracterização de serviços.
2. Drogadição.
3. Jovens

Camila Alessandra Matias

Caracterização de serviços de atendimento público aos jovens que fazem uso de drogas no município de Ribeirão Preto

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

Aprovado em: ___/___/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Dedico este estudo a todos
os jovens que buscam serviços
de atenção a drogadição.
E aos profissionais de saúde
que lidam com esta demanda.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Professora Doutora Rosalina Carvalho da Silva por ter me aceitado em seu grupo de pesquisa, por sua confiança em meu potencial profissional e de pesquisa, por todos os ensinamentos passados, todo carinho, amor e paciência.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela concretização deste sonho e pela sintonia em todos os momentos deste estudo.

Aos meus pais, Nilson e Maria José que sempre me incentivaram e acreditaram no meu trabalho e principalmente por estarem ao meu lado.

Agradeço também aos meus irmãos Carla e Caio que mesmo de longe sempre acompanharam e apoiaram a minha trajetória e os meus esforços para a realização deste estudo.

Ao meu querido filho Pedro que pacientemente soube compreender as minhas ausências, agradeço pelo amor e pelo carinho.

Ao Bruno que com amor e paciência soube estar sempre ao meu lado durante todo este estudo, me incentivando, apoiando, e tornando esta caminhada mais branda.

À minha avó que esteve em oração durante todo este processo, intercedendo a Deus pelas minhas conquistas.

Ao Isaias e à Béia que torceram pelas minhas realizações e pelo meu sucesso.

À Cris que esteve sempre ao meu lado, me incentivando, agradeço por todos os ensinamentos, por toda paciência e carinho que teve comigo.

À Fernanda Renata Paziani Pereira que me apresentou a Prof^a. Dr^a. Rosalina Carvalho da Silva e que esteve sempre me dando todo o apoio necessário.

Pelos amigos de fé e os amigos de infância que sempre estiveram na torcida pelo meu sucesso.

A todo os amigos do grupo de pesquisa e da Pós Graduação: Dani, Tati, Malu, Camilinha, Tereza, Carol, Edna, Ferdi, Rosita, Leandra, Paty e Thaísa de forma especial a

Giovana e a Amanda que estiveram ao meu lado durante algumas entrevistas e em grande parte da coleta de dados deste estudo.

A todos os responsáveis pelos serviços que me concederam entrevista e colaboraram para a realização deste estudo.

À Capes pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização deste estudo.

À Daniela Barsotti Santos, pelas constantes orientações com relação a Capes e ao Programa de Pós Graduação.

Agradeço a todos os meus professores, responsáveis pela minha trajetória até aqui e principalmente aos professores do Programa de Pós-graduação que com seus ensinamentos contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho. E especialmente ao Professor Doutor Manoel Antônio dos Santos e a Professora Doutora Cristiane Paulin Simon, pela valiosa contribuição oferecida durante o meu exame de qualificação.

Aos funcionários do Programa de Pós-graduação da FFCLRP- USP, especialmente a Denise e ao Robson, pela atenção, carinho e disponibilidade que tiveram.

À Secretaria Municipal de Saúde que permitiu a realização deste estudo.

À Edna e a Gabi que revisaram o trabalho e contribuíram com sugestões.

Viver

Quem nunca quis morrer
Não sabe o que é viver
Não sabe que viver é abrir uma janela
E pássaros sairão por ela
E hipocampos fosforescentes
Medusas translúcidas
Radiadas
Estrelas-do-mar... Ah,
Viver é sair de repente
Do fundo do mar
E voar...
e voar...
cada vez para mais alto
Como depois de se morrer!

Mário Quintana

“Procurou o homem, desde a mais remota antiguidade, encontrar um remédio que tivesse a propriedade de aliviar suas dores, serenar suas paixões, trazer-lhe alegria, livrá-lo de angústias, do medo ou que lhe desse o privilégio de prever o futuro, que lhe proporcionasse coragem, ânimo para enfrentar as tristezas e o vazio da vida”.

Lauro Sollero

RESUMO

MATIAS, C. A. **Caracterização de serviços de atendimento público aos jovens que fazem uso de drogas no município de Ribeirão Preto**. 2007. 240p. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Nas sociedades modernas são cada vez mais evidentes os reflexos do uso inadequado ou abusivo de substâncias psicoativas. Diante disso, são necessárias políticas públicas de atendimento, promoção de saúde e prevenção quanto à questão da drogadição implementadas nos municípios. Um primeiro passo para a compreensão das políticas públicas implementadas em nível municipal é a análise dos serviços existentes confrontada ao que é preconizado pela legislação vigente na área. Neste sentido, o presente trabalho se propôs a atingir os seguintes objetivos gerais: a) Caracterização dos serviços públicos de atenção à questão da drogadição no município de Ribeirão Preto; e b) Análise das Políticas Públicas, ligadas ao tema, implementadas no município. Os objetivos específicos para atingir os intentos deste estudo foram: a) Analisar a legislação brasileira, dados de documentos e relatórios referentes à atenção prevista na área; b) Levantar e caracterizar os serviços municipais, na área, através de informações obtidas junto aos responsáveis pelos mesmos; c) Levantar serviços detectados como necessários, insuficientes ou inexistentes no município, sob a ótica da legislação prevista; d) Compreender as interligações dentre os serviços, bem como os fluxos de encaminhamentos de pessoas, sistemas de referências e contra-referências entre eles. As estratégias de coleta de dados foram as seguintes: pesquisa documental; entrevistas realizadas através de roteiro semi-estruturado com profissionais responsáveis pelos serviços; registros de notas em diário de campo e falas fortuitas. A análise realizada triangulou os dados coletados mediante as múltiplas perspectivas: a) Consonâncias e inconsonâncias entre as fontes de dados; b) Percepções, regularidades e irregularidades de opiniões dos entrevistados relativos aos temas do estudo. Foi ainda permeada pela reflexividade e o posicionamento da pesquisadora em suas implicações com o tema. Com isso verificou-se que os serviços que participaram do estudo foram caracterizados a fim de obter conhecimento sobre as diversas formas de funcionamento e os documentos apresentaram a forma como deveria funcionar a atenção a esta demanda. Contudo, constatamos a necessidade de colocar em prática a teoria prevista em Lei e documentos, de forma que as atuações possam ser aprimoradas.

Palavras-chave: Caracterização de serviços públicos/ Legislação sobre drogadição/ Atenção à drogadição/ Jovens

ABSTRACT

MATIAS, C. A. **Characterization of public attendance to young drug users at Ribeirão Preto.** 2007. 240p. Master's Degree Dissertation – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

The reflexes of improper or abusive use of psychoactive substances are more and more coming evident in modern society. So that, public policies on attendance, health promotion and prevention are needed regards drugs abuse question, on city or county levels. A first step to comprehend public policies already existent that level, consists in drawing a parallel analysis between presently established services and legal effective norms. For this purpose, this work intends to reach these following general objectives: a) Characterization of public attendance to drugs question at Ribeirão Preto city; b) Public policies analysis, regarding that topic, already established in the city. The specific objectives have been: a) Analysis of Brazilian legislation and data from documents and rapports alluding the policies fixed to that area; b) Survey and characterize city related services by information obtained among their managers; c) Survey services individualized as necessary, insufficient or inexistent in city, according to the presently valid legislation; d) Comprehend the connections between those services, as such as attended people leading flow directions, references and counter-references systems among them. As strategies to data obtainment have been adopted: documental research; interviews based on semi-structured plan, with the services' managers; registers and records on field diary and fortuitous speeches. The succeeding analysis has been realized crossing multiple perspectives as related above, from where: a) Consonances and dissonances between data sources; b) Perceptions, regularities and irregularities about interviewed people opinions regarding this work's objectives. Even more, has been pervaded by researcher's reflections and positions in which regards the topics alluded. By thus far, remains notorious that such services which announced in this research have been characterized with purpose to acquire knowledge about the different forms realized on drug attendance, and the documents brought the way shall work the attention to that demand. Although, we verify the need of usage of all the theory enclosed on documents and laws, in sense of improving actions.

Keywords: Characterization of Public Attendance / Drug related legislation / Drug Attention / Young people.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados referente a pessoas que fazem uso de drogas e que já receberam algum tipo de tratamento.....	35
Tabela 2 – Distribuição da População no Município de Ribeirão Preto, em função da faixa etária e do sexo.....	92
Tabela 3 - Distribuição do número das instituições participantes e não-participantes segundo a natureza jurídico-social.....	109

LISTA DE ILUSTRAÇÕES – QUADROS

Apêndice A - Entrevistados deste estudo

Quadro 1: Caracterização dos entrevistados.....	107
---	-----

Apêndice B - Apresentação dos dados das entrevistas

Quadro 1: Caracterização das Instituições com seus programas, datas de criação e áreas de atuação.....	111
Quadro 02: Objetivos e regiões de abrangência, registros e recursos para manutenção.....	115
Quadro 03: Parcerias e cooperação com outras instituições.....	118
Quadro 04: Instituições e relacionamentos com outros programas serviços ou instituições.....	121
Quadro 05: Descrição de cargos de cada um dos profissionais e/ou estagiários envolvidos com o programa/serviço/instituição.....	125
Quadro 06: Número de profissionais e trabalho em equipe.....	130
Quadro 07: Dados sobre população atendida.....	134
Quadro 08 : Modalidades de demanda.....	138
Quadro 09: Rotinas Institucionais.....	143
Quadro 10: Propostas pedagógicas ou de Atendimentos.....	145
Quadro 11: Tempos de atendimento e critérios para alta e desligamento.....	153

Apêndice C – Apresentação dos dados documentais

Quadro 1: Caracterização das fontes.....	157
Quadro 2: Caracterização dos documentos levantados.....	185

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS.....	39
2.1 OBJETIVOS GERAIS.....	39
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39
3. MODELOS DE ATENÇÃO.....	41
4. POLÍTICAS PÚBLICAS.....	69
5. ABORDAGEM TEÓRICO- METODOLÓGICA.....	75
5.1 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	78
5.1.1 Entrevista.....	79
5.1.2 Levantamento Documental.....	81
5.1.3 Instrumentos Complementares	82
6. PROCEDIMENTOS DA PESQUISA.....	85
6.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	85
6.2 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	86
6.2.1 Procedimentos para coleta de dados junto aos responsáveis pelos serviços ..	86
6.2.2 Procedimentos para coleta de dados com relação à Pesquisa documental	88
7. APROXIMAÇÃO AO CAMPO DA PESQUISA.....	91
7.1 Caracterização do Campo.....	91
7.2 Acesso ao Campo	95

8. ANÁLISES E DISCUSSÕES DE DADOS.....	97
8.1 PARTICIPANTES E FONTES	97
8.1.1 Participantes.....	97
8.1.2 Fontes	97
8.2 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DE DADOS	98
8.3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS REFERENTE ÀS ENTREVISTAS	100
8.3.1 Resumo das atividades dos serviços que participaram deste estudo.....	100
8.3.2 Dados referentes às entrevistas.....	104
8.4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS REFERENTES AO LEVANTAMENTO DOCUMENTAL.....	157
8.4.1 Resumo do levantamento documental.....	157
8.4.2 Dados referentes às leis, portarias e documentos.....	158
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	191
10. REFERÊNCIAS.....	197
11. ANEXOS.....	213

1. INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da humanidade a natureza ofereceu ao homem possibilidades de alterar a sua percepção (BUCHER, 1991).

Desde o início da civilização sabe-se que o uso de substâncias psicoativas era associado a fins terapêuticos (medicinais), recreativos, rituais tradicionais religiosos, além de ter um valor mitológico pautado em crenças, atitudes e costumes de determinadas sociedades (PAULINO, 1994). Além disso, sabe-se que há 60 mil anos atrás, no Iraque, já se tinha conhecimento de pelo menos oito plantas que apresentavam valor medicinal (SEIBEL; TOSCANO JUNIOR, 2000).

Para pesquisadores que investigam as bases históricas referentes aos usos de substâncias psicoativas, as substâncias alucinógenas naturais, conhecidas como 'drogas visionárias', são as que apresentam uso mais remoto. Plantas, fungos e cogumelos são até hoje encontrados em abundância principalmente nas Américas, onde a mescalina, por exemplo, pode ser encontrada em um cacto subterrâneo. Em doses não elevadas essas substâncias provocam alterações da percepção, pensamento e do humor, e algumas vezes atingem a memória e a orientação. Apesar do nome, ao contrário do que se possa pensar, nem sempre estas substâncias provocam alucinações. Muito tempo depois surgiram as substâncias alucinógenas sintetizadas, as quais serão mencionadas adiante (SEIBEL; TOSCANO JUNIOR, 2000).

Existem evidências de que em 10.000 a.C. plantas como tabaco, café e maconha já eram cultivados. Em três mil anos antes de Cristo, a folha de coca era mastigada e tida como

presente dos deuses. O uso da maconha e cocaína data de quatro mil anos atrás (BUCHER, 1991).

O suco da papoula¹ foi mencionado em documentos escritos (placas de barro cozido) aproximadamente em 2.000 a.C. Consumir ópio, na época, era comparado à ingestão de um alimento qualquer, entretanto o cristianismo passa a considerar tal substância como algo diabólico, o que acaba acarretando alterações no uso (ESCOHOTADO, 1997).

No final do segundo milênio a.C. nas civilizações da Mesopotâmia, Egito, Grécia e Roma, ainda segundo o mesmo autor, o uso de substâncias psicoativas também se fazia presente. Na península da Arábia, antes do século X, surgiu o café, um vegetal com propriedades estimulantes. Para se ter uma idéia, uma semente de cafeeiro em geral é composta por 2% de cafeína. A bebida foi condenada em diversas partes do mundo, sendo também considerada com algo demoníaco (ESCOHOTADO, 1997). Hoje, porém em nossa sociedade o uso desta substância é permitido. No Brasil, o “cafezinho” é uma bebida tradicional bastante utilizada, servida em ocasiões sociais, pois se deixou de associar à substância o “caráter demoníaco” atribuído em outros tempos e esta se tornou uma substância amplamente aceita e utilizada por jovens e adultos em várias culturas.

As bebidas alcoólicas são consumidas desde os primórdios. O judaísmo permite a ingestão de vinho, encontrado inclusive em cerimônias sociais. O cristianismo, por exemplo, prega a transubstanciação do vinho em sangue de Cristo, entretanto o islamismo condena o consumo da substância (ESCOHOTADO, 1997).

¹ Papoula é a planta que produz o ópio.

O álcool e a aguardente foram descobertos no século XI, já as videiras chegaram ao Brasil muito depois de sua descoberta, no velho mundo. Há indícios de que na Índia a destilação de bebidas alcoólicas tenha iniciado em 800 a.C.

Nos ‘anos vinte’ os Estados Unidos proibiram o uso e o comércio de bebidas alcoólicas (Lei Seca). Foi um momento de grande repressão que acabou contribuindo com a venda e compra ilegal dessa substância, como é hoje o narcotráfico. Todavia, hoje o uso de álcool é legalizado em vários países.

No Brasil, seu uso é maior entre os jovens (CARLINI, 2002). Diversas pesquisas brasileiras² mostraram que na década de oitenta o uso de álcool se destacava das demais drogas. Ainda hoje, o álcool e o tabaco continuam sendo as substâncias psicoativas mais utilizadas no Brasil.

Segundo Galduróz e Caetano (2004), de uma amostra heterogênea em critério etário correspondente a 27,7% da população brasileira, 68,7% já tinham feito uso de álcool na vida³. Na faixa etária de 12 a 17 anos, os autores constaram que 48,3% dos entrevistados já usaram bebidas alcoólicas pelo menos uma vez na vida, e que 5,2% das pessoas desta mesma faixa etária eram dependentes de álcool.

No município de Ribeirão Preto, um estudo realizado na década de noventa corroborou os dados das pesquisas da década de oitenta em âmbito nacional. De acordo com Muza et al. (1997) a droga mais utilizada por jovens em idade escolar⁴, é o álcool (88,9%), seguida do tabaco (37,7%), dos solventes (31,1%); medicamentos (10,5%); da maconha (6,8%); a cocaína (2,7%); alucinógenos (1,6%) e alguma substância opiácea (0,3%). Os índices

² Bucher e Totugui, 1987; Carlini –Cotrim e Carlini, 1987; Almeida, F.; Santana, 1988, In: BUCHER, R. Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 323p.

³ Usou pelo menos uma vez na vida.

⁴ Responderam ao questionário mil e vinte e cinco jovens que estavam cursando a oitava série do primeiro grau e primeiro, segundo e terceiro anos do segundo grau de escolas públicas e privadas.

demonstraram que jovens do sexo masculino entre 18 e 19 anos apresentam os maiores índices de uso. A pesquisa mostrou, também, que o tabaco é a substância mais precocemente usada, seguida do álcool e dos solventes; sendo que o consumo de tabaco pelos jovens de Ribeirão Preto é oito pontos percentuais maior do que o consumo da média dos jovens de dez capitais brasileiras. Ainda segundo este autor, o uso de álcool é maior em Ribeirão Preto do que em outras cidades e países do mundo como: Paris, Estados Unidos, México e até do próprio Brasil, considerando as devidas proporções (MUZA et al., 1997).

Esse consumo acaba gerando custo para o país, estados e municípios. Na década de noventa, o Brasil, apresentou custo equivalente a 5,4% do Produto Interno Bruto (PIB) do país com relação ao consumo de álcool, por outro lado, a produção e comercialização chegavam a 2,4% do mesmo PIB, ficando evidentes os custos econômicos e sociais do alcoolismo, além dos custos familiares e pessoais inerentes ao uso problemático do álcool (BERTOLOTE, 1990).

No século XVI surgem os primeiros relatos sobre o uso de coca. A planta da coca⁵ foi usada pelos índios há pelo menos 1.500 anos com propriedades estimulantes, mais tarde como anestésico com vendas livres em farmácias até o início do século XX (SEIBEL; TOSCANO JUNIOR, 2000). Em 1859 foi descoberto o princípio psicoativo da coca e em 1890 descobriu-se à possibilidade de inalar o pó de cocaína, alcalóide derivado até então utilizado oralmente ou através de vias endovenosas. De 1886 até 1906 na fórmula do refrigerante 'Coca-Cola' eram incluídas folhas de coca em sua composição, até que as mesmas foram substituídas por cafeína. Licores e vinhos também utilizavam a coca que na época era considerada como um tesouro inclusive para a medicina devido ao seu poder anestésico (ESCOHOTADO, 1997).

⁵ Eritroxilon coca.

Mas foi nas últimas décadas do século XX que o uso de cocaína se disseminou (SEIBEL; TOSCANO JUNIOR, 2000).

No século XVIII, o cânhamo⁶ era usado como planta medicinal. Há evidências de que este produto tenha chegado ao Brasil por escravos africanos. No quarto milênio a.C. foram encontrados resquícios desta substância na China (ESCOHOTADO, 1997). Entretanto, seu efeito euforizante foi descoberto na Índia entre 2000 e 1400 a.C. (SEIBEL; TOSCANO JUNIOR, 2000). Todavia, foi apenas no século XIX que surgiram os charutos e cigarros, de forma que o uso das diferentes substâncias através do fumo surgiu muito tempo depois do surgimento do consumo das mesmas. Atualmente a maconha é a droga ilícita mais consumida no Brasil. Dados internacionais sobre o consumo global comprovam que cerca de cento e quarenta e sete milhões de pessoas por ano, o equivalente a 2,5% da população mundial, consome *cannabis* (OMS, 2007). É considerada como uma droga alucinógena por provocar deformações na percepção, espaço e tempo. Em geral, o usuário se torna mais introspectivo, no caso do uso intensivo e prolongado pode ocorrer a perda de motivação para o trabalho, estudos e namoro (BUCHER, 1992).

No século XIX surge a morfina, substância que apresenta componentes do ópio. Foi assim chamada em homenagem a Morfeu, considerado “deus do sono”. A substância é assimilada via intramuscular, através de aspiração nasal e supositórios. Atualmente o uso de morfina está também associado à medicina para fins analgésicos (ESCOHOTADO, 1997).

A codeína surgiu em 1832, considerada como a metilação da morfina ela foi usada como sedativo, analgésico e remédio para a tosse. Esta substância é o derivado do ópio mais vendido em farmácias até hoje (ESCOHOTADO, 1997).

⁶ O nome científico do cânhamo é *cannabis sativa*, esta é um arbusto da família das Moraceae que cresce livremente nas regiões tropicais e temperadas (maconha) composta por THC (tetrahydrocannabinol), responsável pelos efeitos causados pela planta.

A heroína, assim chamada pelo sentimento de exaltação que provoca em seus usuários, foi inventada em 1874, e vinte quatro anos mais tarde passou a ser usada comercializada contra a tosse (ESCOHOTADO, 1997). A partir da segunda guerra mundial devido ao uso abusivo e a grande quantidade de pessoas que se tornaram dependentes na primeira guerra mundial, esta substância passa a ser vista como maléfica, suas utilidades terapêuticas são destituídas e sua venda passa a ser clandestina (ESCOHOTADO, 1997).

Sintetizadas em 1887, as anfetaminas chegam às farmácias dos Estados Unidos em 1930 com o intuito de manter despertas as pessoas que faziam uso dos sedativos e aquelas em tratamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. Também foi utilizada contra congestão nasal, enjôo, obesidade e, por fim, como antidepressivo (ESCOHOTADO, 1997; LARANJEIRA et al., 2003).

O M.D.M.A. (Metileno Dioxo Met Anfetamina)⁷ sintetizado em 1912 foi usado no início como moderador de apetite e passou a ser reconhecido como ecstasy em 1978. Hoje seu uso está associado à recreação.

Na década seguinte surgiu o crack, droga de alta concentração e toxicidade composta essencialmente por base de cocaína, sintetizada em pequenos blocos sólidos, que podem ser fumados. Esta substância apresenta uma aparência de “pedra” e quando queimada emite um som que remete cristais ao fogo (SEIBEL; TOSCANO JUNIOR, 2000).

O LSD (dietilamida do ácido lisérgico) descoberto em 1943 é considerado a mais potente substância alucinógena. É similar a um líquido claro que pode ser colocado em algum material para ser ingerido e sua absorção ocorre rapidamente.

⁷ Derivado sintético da anfetamina, conhecido hoje como “ecstasy”.

A inalação de substâncias para alterar o psiquismo remete à antiguidade, entretanto o uso de substâncias industriais como: cola, combustíveis, aerossóis, tintas, removedor de esmalte e solventes datam aproximadamente de 1950. No Brasil o uso destas substâncias está preponderantemente voltado aos jovens. Segundo Noto et al. (1998) no ano de 1997 cinco capitais brasileiras apresentaram o uso de inalantes por crianças e adolescentes em situação de rua como a droga mais utilizada na vida. Em 2003 um estudo mais abrangente contemplando as vinte e sete capitais brasileiras e dois mil oitocentos e sete jovens que estavam sendo acompanhados por noventa e três instituições, demonstrou que no Estado de São Paulo das quatrocentas e uma crianças entrevistadas, as drogas mais consumidas no ano foram: tabaco (64,8%), álcool (62,8%), maconha (48,4%) e solventes (47,6%) (NOTO et al., 2003).

Em 1957 pela primeira vez foi descrita uma medicação com princípios tranqüilizantes (benzodiazepínicos), e após seis anos, ou seja, em 1963 surge no mercado o ‘Diazepam’. Todos os benzodiazepínicos apresentam os mesmos efeitos farmacológicos, tais como: ansiolítico, hipnótico, sedativo, relaxante muscular e anticonvulsivante (SEIBEL; TOSCANO JUNIOR, 2000). Este tipo de substância conhecida no início como a ‘pílula feliz’ é atualmente bastante utilizada. Juntamente com o álcool, tabaco e inalantes, constata-se que os tranqüilizantes são uma das principais drogas legais utilizadas principalmente pelas mulheres acima de cinquenta anos com problemas médicos e psiquiátricos crônico (LARANJEIRA et al., 2003).

Contudo, foi a partir dos anos sessenta que o consumo de drogas se tornou uma preocupação mundial que permanece até os dias atuais. Na década de sessenta com a “contestação” *hippie* tivemos os movimentos alternativos, entre os quais o consumo de drogas se tornou uma oportunidade de experimentar novas sensações, fonte de prazer, além de serem utilizadas para esquecer angústias, solidão, recordações terríveis, depressão entre outros. Aos

poucos o movimento *hippie* se desarticulou e perdeu forças, mas o uso de drogas permanece na atualidade (BUCHER, 1992).

Neste estudo buscamos conceituar ‘drogas’, a fim de que esta definição norteasse toda a pesquisa. Em princípio, a definição de drogas aceita era a definida pelos gregos como *Phármakon*: “[...] substância que é remédio e veneno ao mesmo tempo [...]” (ESCOHOTADO, 1997, p.35). A palavra fármaco deriva do grego *pharmak* e significa “aquilo que tem o poder de transladar as impurezas”. A vítima dos sacrifícios oferecidos aos deuses (fosse ela vegetal, animal ou humana) era chamada pelos gregos de *pharmakós*. O alimento utilizado durante as cerimônias de comunhão era *phármakon*. Essa última palavra passou a integrar a terminologia médica grega e chegou até nossos dias com o nome de fármaco, remédio, medicamento. Para os gregos *phármakon* era aquilo que poderia causar o bem ou o mal, a vida ou a morte. Nunca uma coisa ou outra. Esse conceito deixa de ser central quando se pronuncia a palavra fármaco nos de dias hoje, mas é de conhecimento de todos que qualquer fármaco pode trazer a cura quando utilizado 'conforme a prescrição médica', mas também pode causar intoxicações e até mesmo a morte se utilizado de maneira inapropriada.

A etimologia da palavra ‘droga’ pode ter vindo do persa *droa* que significa odor aromático, do hebraico *rakab* que seria perfume e do holandês *droog* cujo significado é substância ou folha seca. De acordo com o dicionário Aurélio Eletrônico - século XXI, droga pode ser:

1. qualquer substância ou ingrediente que se usa em farmácia, tinturaria;
2. qualquer substância que possa ser empregada, no homem ou em animais, com fim de diagnóstico, de tratamento ou de profilaxia de doença;
3. produto oficial de origem animal ou vegetal, no estado em que se encontra no comércio;
4. substância entorpecente, alucinógena, excitante, etc., como, p. ex., a maconha, o haxixe, a cocaína, ministrada por via oral, ou outras, ger. com o fito de que o usuário passe, primariamente e em caráter

transitório, a um estado psíquico que lhe pareça agradável; 5. *fig.* coisa de pouco valor; 6. coisa enfadonha, desagradável (FERREIRA, 1999).

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2003) a OMS considera ‘droga’ toda substância que introduzida em um organismo vivo possa modificar uma ou mais de suas funções.

Substâncias psicoativas ou psicotrópicas também são denominações bastante utilizadas, para denominar tecnicamente o que se conhece por ‘drogas’. A palavra psicotrópicas é a junção de psico e trópico. ‘Psico’ vem da palavra grega *psychê* que significa alma, espírito; por outro lado, a palavra ‘trópico’ está relacionada com tropismo que significa reação de aproximação ou afastamento, logo psicotrópico significa atração pelo psiquismo, alma ou espírito. Dessa forma, substâncias psicotrópicas são aquelas que agem sobre o psiquismo podendo alterá-lo (CEBRID, 2003). De acordo com Carlini et al. (2002, p.9) “[...] as drogas psicotrópicas interferem nas funções do Sistema Nervoso Central (SNC)[...]”. Ainda, segundo Vizzolto (1988), drogas psicotrópicas são substâncias químicas naturais ou sintéticas que apresenta uma atração pela mente e que modificam a atividade psíquica e o comportamento, apresentando efeitos estimulantes, depressivos e perturbadores.

Toxicomania, pela terminologia francesa significa dependência de drogas. De acordo com Ribeiro (2004, p.94), “[...] toxicomania é um substantivo que designa uma forma curiosa de relação que se estabelece entre um maníaco e um veneno, ou o estado de um maníaco por um veneno [...]”. Com este conceito evidenciamos o ‘poder’ que as drogas têm de fazer o bem e o mal às pessoas, o prazer e a dependência, o uso social e o nocivo.

Contudo, neste estudo definiremos drogas como todas as substâncias que agem no Sistema Nervoso Central provocando modificações no seu funcionamento e propiciando

alterações e perturbações no comportamento e humor, tais substâncias podem causar dependência, curar ou matar (MANSUR; CARLINI, 1993). Podem ser medicamentos, substâncias de aplicação na vida moderna, substâncias que se transformam em hábitos sociais, drogas lícitas ou ilícitas que ocasionam abuso e dependência (CEBRID, 2002).

De uma dádiva divina como eram consideradas em algumas sociedades na antiguidade, as substâncias psicoativas ou psicotrópicas, denominadas genericamente neste estudo como ‘drogas’, chegam contemporaneamente a ter usos, classificações e ações diversas dos seus iniciais.

Atualmente, as drogas estão divididas em dois grandes segmentos: as **drogas lícitas**⁸ que são aquelas “legalmente produzidas e comercializadas (álcool, tabaco, medicamentos, inalantes, solventes), sendo que a comercialização de alguns medicamentos é controlada, pois há risco de ocasionar dependência física e/ou psíquica” e as **drogas ilícitas**⁹, que são “substâncias cuja comercialização é proibida por provocar altíssimo risco de causar dependência física e/ou psíquica (maconha, cocaína, crack, ecstasy entre outros)” (CEBRID, 2002). Esta classificação, entretanto, faz parte de uma divisão social cultural estabelecida pelo momento atual em que vivemos sendo que outros tipos de classificações já foram feitos durante toda a história.

Em 1924, por exemplo, o cientista alemão Louis Lewin criador da psicofarmacologia moderna, elaborou uma classificação agrupando as drogas em cinco grupos conforme o seu efeito tóxico: *euphorica* (calmantes), *phantastica* (alucinógenos), *inebriantia* (embriagantes), *hypnotica* (causam sonolência), *excitantia* (estimulantes) (SEIBEL; TOSCANO JUNIOR, 2000).

⁸ Grifo nosso.

⁹ Grifo nosso.

Em 1961, Delay e Deniker (1961, apud SEIBEL; TOSCANO JUNIOR, 2000)¹⁰ elaboraram uma classificação que ainda hoje é aceita após algumas modificações. Eles criaram três categorias de substâncias psicoativas a partir das propriedades farmacológicas e clínicas dos compostos: os psicolépticos (deprimem as funções psíquicas), os psicoanalépticos (estimulam as funções psíquicas) e os psicodislépticos (perturbam ou modificam as funções psíquicas).

Todavia, é necessário que compreendamos estas separações como algo estabelecido, porém suscetível a outras formas de divisões.

O álcool, por exemplo, assim como o tabaco são hoje consideradas drogas lícitas na maioria dos países do mundo, entretanto não é possível afirmar que o uso dessas substâncias não cause dependência ou males à saúde. No Brasil os maiores índices de consumo de drogas e dependência são correspondentes às substâncias lícitas (álcool e tabaco). O acesso a essas substâncias não é devidamente controlado. Infelizmente, hoje qualquer criança compra um maço de cigarros ou uma garrafa de cerveja, o que caracteriza a prevalência da lógica do mercado consumista capitalista. Noto et al. (2003) demonstram que crianças e adolescentes compram livremente drogas lícitas, apesar da legislação brasileira vigente determinar que um jovem com menos de dezoito anos não possa comprar bebida alcoólica. Constata-se, portanto, que a proibição não é efetivamente cumprida.

Os produtos lícitos e ilícitos foram assim nomeados levando em consideração apenas o que a lei prevê, não tendo presentes os diferentes tipos de drogas, suas variadas ações, as diversas formas de utilização, e muito menos a diversidade de sujeitos, suas personalidades e motivações que os levam a fazer uso. Sem esses determinantes as classificações de limitam a dividir as substâncias em dois grandes grupos, sem considerar a possibilidade de algumas

¹⁰ DELAY, J.; DENIKER, P. *Méthodes chimiothérapeutiques en psychiatrie*. Paris: Masson, 1961.

substâncias lícitas causarem danos piores do que as drogas ilícitas, ou ainda que o uso eventual de uma determinada substância pode causar conseqüências diferentes das advindas do uso constante da mesma. Com base na classificação de Delay e Deniker, Paulino (1994, p.20) define três tipos de substâncias: “[...] algumas substâncias psicotrópicas atuam deprimindo, isto é, diminuindo as atividades das células nervosas [...]”, tais como: álcool, heroína, ansiolíticos ou tranqüilizantes; “[...] outras atuam estimulando, isto é, aumentando a atividade das células nervosas [...]”, tais como: tabaco, anfetaminas, café, cocaína, e crack; “[...] outras ainda, atuam perturbando, fazendo com que as pessoas percebam as coisas de maneira distorcida [...]”, tais como: a *cannabis sativa* e derivados, alucinógenos e inalantes. Neste último caso, a droga não altera o ritmo, mas sim o funcionamento normal dos neurônios, causando uma verdadeira ‘confusão’ (MANSUR; CARLINI, 1993).

Segundo Bucher (1991) o consumo de drogas deve ser considerado um “fenômeno cultural”, vez que as drogas podem ser encontradas em todas as sociedades. Ao mesmo modo, Lima (2001, p.16) descreve que “[...] o uso de drogas é uma prática ritual idiossincrática corrente em todas as sociedades”. Além da cultura, o tempo também contribui para variações, quanto ao uso e o tipo de drogas (FOCCHI et al., 2001). O período histórico, o modelo capitalista ou socialista, antiguidade ou modernidade, movimentos e atitudes repressivas ou liberalistas são aspectos que também interferem significativamente no uso e no tipo de uso durante toda a história da humanidade.

Para Escohotado (1997, p.27)

[...] uma droga não é apenas um determinado composto com certas propriedades farmacológicas, podendo receber muitos outros atributos. No Peru, as folhas de coca eram um símbolo do Inca, reservadas exclusivamente para a corte e outorgadas aos servos como prêmio. Na Roma pré imperial, o uso do vinho era liberado aos homens maiores de 30 anos, sendo que o costume admitia executar qualquer mulher ou homem

mais jovem descobertos nas proximidades de uma taberna. Na Rússia, durante meio século, beber café foi um crime punido com tortura e mutilação das orelhas. Fumar o tabaco causava excomunhão entre católicos e amputação de membros na Turquia e na Pérsia. Até a erva-mate, usada hoje em infusão pelos gaúchos dos pampas, foi considerada uma beberagem diabólica, e somente as missões jesuítas no Paraguai, dedicadas ao cultivo comercial desta planta, conseguiram convencer o mundo cristão de que suas sementes não foram trazidas à América por Satã, mas por São Tomás, o mais desconfiado dos primeiros apóstolos.[...] Naturalmente, os valores sustentados por cada sociedade influem nas idéias formadas sobre as drogas.

Além das diferentes substâncias e as variâncias nos momentos históricos há também diversos tipos de uso, que variam de acordo com o contexto sociocultural, econômico, religioso, ritual e psicológico. Além do uso individual ou coletivo apresentaremos os diferentes níveis de uso, tais como:

- Uso na vida: uso de drogas pelo menos uma vez na vida;
- Uso no ano: uso de drogas pelo menos uma vez em doze meses;
- Uso recente ou no mês: uso de drogas nos últimos trinta dias;
- Uso freqüente: uso de droga, seis ou mais vezes no último mês;
- Uso de risco: uso que implica alto risco de prejuízo à saúde física ou mental do usuário, mas que ainda não resultou em doença orgânica ou psicológica;
- Uso prejudicial: padrão de uso que já está causando dano à saúde física ou mental;
- Uso social/festivo: em companhia de outras pessoas ocorre o uso, como por exemplo, o grupo de pares;
- Uso recreativo: geralmente há o uso de substâncias ilícitas com o intuito de obter prazer ou relaxamento;

- Uso curativo é aquele em que o consumo de drogas é usado de forma a preservar ou restaurar a saúde;
- Usuário leve: uso de drogas no último mês, mas com consumo menor que uma vez por semana;
- Usuário moderado: uso de drogas semanal, mas não todos os dias, durante o último mês;
- Usuário pesado: uso de drogas diariamente, durante o último mês (CEBRID, 2002; SEIBEL; TOSCANO JUNIOR, 2000).

Além dos diferentes tipos de uso há casos que são considerados dependentes da substância. De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10¹¹, dependência é “[...] um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos [...]”, mediante os quais o uso de uma substância adquire um valor muito maior do qualquer outra atividade que anteriormente apresentava maior valor (OMS, 1993, p.74).

Corroborando essa definição, segundo os Critérios Diagnósticos do DSM-IV¹², dependência de substâncias é definida como “[...] um padrão mal adaptativo do uso de substâncias [...]” que gera prejuízos ao usuário (JORGE, 1995 p.104). Quando uma pessoa manifesta três ou mais dos critérios abaixo a qualquer momento no período de doze meses, ela pode ser considerada dependente de uma substância:

- a) tolerância a drogas, necessitando de maiores quantidades, devido ao baixo efeito;
- b) síndrome de abstinência, também caracterizada quando o indivíduo passa a usar a substância para aliviar os sintomas da abstinência;
- c) apresenta uso crescente;
- d) dificuldade de diminuir o uso ou desejo persistente de usar;

¹¹ CID10: Código Internacional de Doenças, décima edição.

¹² DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – fourth edition.

- e) gasta-se tempo para obter ou usar a substância;
- f) diminuição das atividades sociais, ocupacionais e recreativas em detrimento do uso;
- g) uso continuado apesar dos problemas desenvolvidos devido ao uso da substância (JORGE, 1995).

A dependência química é uma doença que atinge várias dimensões (FOCCHI et al., 2001). Além disso, segundo Mattos (2004), é uma doença crônica, sujeita à frequentes recaídas.

Assim como o DSM – IV, a OMS considera uma pessoa dependente se seu nível de consumo incorrer em pelo menos três dos seguintes sintomas ou sinais, ao longo dos últimos doze meses:

1. forte desejo ou compulsão de consumir algum tipo de droga (lícita ou ilícita);
2. consciência subjetiva da dificuldade na capacidade de controlar a ingestão de drogas, em termos de início, término ou nível de consumo;
3. uso de substâncias psicoativas para atenuar sintomas de abstinência, com plena consciência da efetividade de tal estratégia;
4. estado fisiológico de abstinência;
5. evidência de tolerância, necessitando doses crescentes de substância requerida para alcançar os efeitos originalmente produzidos;
6. estreitamento do repertório pessoal de consumo, quando o indivíduo passa, por exemplo, a consumir drogas em ambientes não propícios, a qualquer hora, sem nenhum motivo especial, etc;
7. negligência progressiva de prazeres e interesses outros em favor do uso de drogas;
8. persistência no uso de drogas, a despeito de apresentar clara evidência de manifestações danosas;
9. evidência de que o retorno ao uso da substância, após um período de abstinência, leva a uma reinstalação rápida do quadro anterior (CEBRID, 2002).

Por outro lado, o DSM-IV define que a intoxicação “[...] é uma síndrome reversível [...] devido a recente ingestão de uma substância [...]” (JORGE, 1995, p.109). Desta forma, mediante uma intoxicação, um indivíduo pode apresentar alterações comportamentais e psicológicas derivadas do efeito da substância ou pela falta da mesma.

De acordo com Paulino (1994), o abuso de drogas é considerado um estado de descontrole do uso, resultante do contato repetido e inadequado com uma ou mais drogas, decorrente de forte desejo ou necessidade, que gera conseqüências físicas, sociais e psicológicas ao usuário, podendo torná-lo dependente.

Em muitas sociedades atuais o uso problemático ou a dependência de drogas tem se constituído numa questão social de grande amplitude, sobretudo em relação às camadas mais jovens da população (ZALUAR, 1994).

Muitas pessoas experimentam drogas na juventude. A influência do grupo de pares, a necessidade de conhecer o novo e o desconhecido, as dificuldades em estabelecer a identidade, os poucos recursos de que dispõem para lidar com os sofrimentos comuns à atualidade, a busca do prazer, os jogos com a morte e a transgressão são as principais motivações encontradas pelos adolescentes para fazerem uso de drogas (OSORIO, 1989). O uso de drogas muitas vezes está associado à “identidade” de determinado tipo de grupo, à dinâmica do grupo familiar, os limites, medos e expectativas pessoais e sociais são alguns dos fatores que também contribuem para que ocorra o consumo.

Segundo Noto, (2003) jovens que vivem na rua apresentam diversos fatores que os levam a fazer uso de drogas, entre eles: o divertimento (19,8%), esquecer a tristeza (8,9%), porque os amigos usam (8,8%), se sentir desinibido (7,1%), para esquecer da fome e do frio (3,7%), entre outros.

A juventude é também caracterizada por um período de vulnerabilidade, muitos jovens experimentam as drogas e acabam se tornando dependentes, logo, é de suma importância a produção de estudos relativos aos níveis de consumo e aos modelos de atenção que estão

sendo oferecidos a esta população, para que possamos atuar em diferentes níveis de prevenção e no tratamento.

Também é necessário o combate às condições sócio-culturais que favorecem a utilização abusiva de drogas, ao invés de permanecermos na inércia da culpabilização do usuário, retornando desta forma ao modelo moral, muito aplicado antigamente (COSTA, 2001). Deste modo, estaremos visando não apenas as conseqüências do uso de drogas, mas também suas causas.

No início do século XX as drogas passaram a provocar problemas psicossociais devido à disseminação do consumo e ao tráfico. Atualmente o uso indevido de drogas é crescente de forma superlativa em nossa comunidade, inclusive por parte significativa dos jovens, sendo considerado uma questão de saúde pública.

Segundo a OMS (2002) há no mundo pelo menos dois bilhões de pessoas que usam álcool e um bilhão e trezentas mil pessoas que fumam.

Outro estudo demonstrou que entre os anos de 2000 e 2001 duzentos milhões de pessoas no mundo usaram drogas ilícitas ao menos uma vez na vida, o correspondente a 3,4% da população mundial (UNODC, 2003). Corroborando com estes dados, o relatório referente a ano de 2006 constatou que duzentos milhões de pessoas entre quinze e sessenta e quatro anos, o equivalente a 5% da população mundial usaram drogas pelo menos uma vez nos últimos doze meses (UNODC, 2006).

Na Europa o uso de substâncias ilícitas, em especial a heroína, apresenta um alto índice de consumo, responsável por 60% dos casos encaminhados aos serviços de atendimento, sendo que, de 10% a 23% das mortes do mundo entre pessoas de 15 a 49 anos

de idade são atribuídos ao consumo de opiáceos (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (relatório referente ao ano 2002) relatou que 8,9% das doenças no mundo são resultantes do uso de substâncias ilícitas (OMS, 2004). Este dado evidencia a necessidade de haver políticas públicas e uma rede de atenção à saúde que possa solucionar esta situação.

O “V Levantamento Nacional Sobre Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino” realizado nas vinte e sete capitais brasileiras demonstrou que 22,9% dos jovens (entre 13 e 15 anos) no Estado de São Paulo usaram pelo menos uma vez na vida drogas (com exceção do álcool e tabaco); o uso no ano cai para 19,9% e no mês 14,6% (GALDURÓZ et al., 2004).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (2004, p.3), “[...] o tabaco é a segunda maior causa de morte no mundo, cerca de cinco milhões ao ano”. Das pessoas que fumam 80% se tornam dependentes da nicotina, “[...] o tabaco causa dependência química (física, psicológica, e associação comportamental) [...]”, além disso, os usuários estão expostos a cerca de quatro mil e setecentas substâncias tóxicas, e sujeitos a contraírem uma doença.

No mundo, a cada dia cem mil jovens começam a fumar, sendo que destes 80% vivem em países em desenvolvimento. No Brasil, jovens com baixa escolaridade apresentam “[...] cinco vezes mais chances de se tornar um fumante” (OPAS, 2004).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde há no mundo cerca de dois bilhões de usuários de álcool, um bilhão de fumantes, ou seja, o equivalente a um terço da população

mundial acima de 15 anos de idade e cento e oitenta e cinco milhões de usuários de drogas ilícitas (OMS, 2002).

Conforme uma pesquisa que visava verificar a prevalência de transtornos mentais em uma área da cidade de São Paulo constatou-se que o transtorno mais comum é a dependência de tabaco (25% ao longo da vida), seguido de transtorno depressivo, ansioso e somatoforme, em quinto lugar apareceu o uso nocivo e a dependência do álcool (5,5%) (ANDRADE et al., 1999).

De acordo com os dados de um estudo com estudantes em São Luis do Maranhão, as drogas lícitas (álcool e tabaco) são as que estão mais presentes na vida dos estudantes da rede pública e privada, sendo que o primeiro contato acontece muito cedo, com idade inferior a dez anos (MARIZ, S.R.; BARROS, M.A.C.; MARIZ, J.P., 2005).

Em pesquisa sobre o uso na vida de drogas psicotrópicas, exceto álcool e tabaco, realizada em cinquenta e duas cidades com mais de duzentos mil habitantes, na região Sudeste do Brasil, 16,9 % dos participantes usaram qualquer tipo de drogas; 7,6 % das pessoas fizeram uso de maconha; 5,2 % usaram solventes; e 2,6% relataram o uso de cocaína. (CARLINI et al. 2002, p.233).

Em jovens com faixa etária entre 12 e 17 anos o uso de álcool na vida chega a 53,7%, sendo que 3,4% se tornaram dependentes. O uso de tabaco é equivalente a 16,8%, sendo 2,1% dependentes¹³.

Nas cinquenta e duas cidades com mais de duzentos mil habitantes, foram entrevistados quatro mil setecentos e vinte e seis jovens ente 12 e 17 anos sendo que destes

¹³ Ibid., p.234.

4,4% usaram maconha; 0,4% usaram cocaína; o uso de solvente foi equivalente a 3,3%; 0,8% usaram benzodiazepínicos e o uso de estimulantes foi igual a 0,2%¹⁴.

O consumo de drogas por via endovenosa no Brasil é correspondente a cento e noventa e três mil usuários (0,1% da população brasileira) (ONU, 2006).

Esses dados evidenciam o uso de drogas por parte dos jovens brasileiros, contudo, é indispensável que modelos de atenção variados sejam oferecidos a esta população a fim de que o número de dependentes não se torne mais elevado. Além disso, modelos preventivos minimizariam o uso.

O Núcleo de Atenção ao Suicídio do Instituto Philippe Pinel, no Rio de Janeiro, realizou um levantamento entre os anos de 2000 a 2002 com 55 homens e 116 mulheres, através do qual constatou que 50% dos homens (faixa etária entre 15 e 44 anos) que tentaram suicídio faziam uso prejudicial de álcool e outras drogas. Na população feminina, com a mesma faixa etária, este agravo esteve presente em 15% dos casos (OLIVEIRA, 2002).

Esses dados nos revelam que usuários de álcool e drogas apresentam um risco significativo de cometerem suicídio, e evidenciam a extrema necessidade de existir modelos de atenção interligados a uma rede que favoreça o cuidado integral a esta população inclusive nos casos de comorbidade nos quais outros tipos de transtornos mentais estão associados.

Hoje, os quadros de dependência de drogas constituem um problema mundial de saúde pública (FOCCHI et al., 2001). Desta forma é necessário desenvolver estratégias de atenção para os diversos tipos de drogas e suas implicações pessoais e sociais.

¹⁴ Ibid., p.240 - 245.

Segundo Silva e Mattos (2004) “[...] o entendimento adquirido sobre uma droga é específico para um tipo de droga, devendo ser restrito ao tratamento da mesma” (p.42). Além disso, os usuários de drogas são diferentes entre si, o que justifica a necessidade de mais de um tipo de tratamento.

Conforme Carlini et al. (2002) a porcentagem estimada de pessoas que já receberam algum tratamento devido ao uso de drogas e/ou álcool em cinquenta e duas cidades da região Sudeste com mais de duzentos mil habitantes, demonstra que diferentes faixas etárias receberam tratamento. Observa-se, porém, que na faixa etária entre 12 e 17 anos a porcentagem é a mais baixa (2,9%), o que pode significar o encaminhamento tardio ou ainda, a falta de encaminhamentos, a esta população. Por outro lado, a faixa etária entre 18 e 24 anos é a que mais recebeu atendimento (4,2%) evidenciando a grande quantidade de jovens que usam drogas e, por conseguinte são encaminhados e acompanhados nos diversos serviços, como demonstra a tabela abaixo (p.260).

Tabela 1 – Dados referente a pessoas que fazem uso de drogas e que já receberam algum tipo de tratamento.

Porcentagem de pessoas que já receberam algum tipo de tratamento	
Faixa etária	%
12 a 17 anos	2,9
18 a 24 anos	4,2¹⁵
25 a 34 anos	3,5
> 35 anos	3,2

CARLINI, 2002

De acordo com a OMS (2007) a cada dólar investido em tratamento de dependência de drogas, sete são poupados na saúde e nos custos sociais. Este dado reafirma a necessidade de

¹⁵ Grifo nosso.

investimentos na de área atenção à drogadição. É necessário estabelecer políticas públicas municipais, estaduais e federais de promoção de saúde, prevenção ao uso abusivo de drogas e serviços de atenção à drogadição, diversificados e complementares.

O escopo deste estudo recai sobre o encaminhamento dado aos jovens usuários de drogas.

A pesquisa surgiu a partir das minhas experiências profissionais, do meu interesse pelos motivos que levam os jovens a fazerem uso de drogas, as diferentes ações das substâncias psicotrópicas, o desejo de saber como os serviços de atendimentos a esta demanda funcionam na cidade de Ribeirão Preto e fundamentalmente a vontade de poder contribuir socialmente.

Entre os anos de 2002 e 2004, exerci profissionalmente a função de psicóloga, em dois programas de Liberdade Assistida no município de Ribeirão Preto, os quais atendiam jovens que em grande parte eram usuários de drogas. Durante tal período, vivenciei grandes dificuldades em saber exatamente: para onde encaminhá-los, de que forma os encaminhar e acompanhar tais encaminhamentos. As dificuldades surgiam quando nos deparávamos com jovens que necessitavam atenção especial quanto a problemas com o uso de drogas. Alguns casos nos chegavam com a determinação do Poder Judiciário de encaminhamento para um serviço de atendimento à drogadição, realizávamos os devidos encaminhamentos, porém encontramos inúmeras dificuldades para a permanência dos jovens nos serviços. Alguns deles resistiam em ir, por já terem sido outras vezes encaminhados para o mesmo local e sua situação não ter sido solucionada; outros não tinham condições financeiras de chegar até o local e outros ainda se recusavam a participar do serviço pelos objetivos do mesmo. Além disso, relatavam experiências que denegriam os modelos de atenção que eram oferecidos pelos serviços. Outras vezes, mesmo sem a determinação judicial, encaminhamentos eram

realizados diante das necessidades, e assim mesmo as dificuldades eram freqüentes no cotidiano dos trabalhos desenvolvidos. Diante de tais impasses, minhas reflexões buscavam possibilidades de fazer com que os jovens pudessem ser acompanhados; foi nessa época que comecei a pensar de que forma os serviços poderiam motivar os jovens a participarem dos mesmos.

Em 2003 conheci a professora Dr^a. Rosalina Carvalho da Silva, através de uma amiga que me convidou a participar do grupo de estudos por ela coordenado. Passei a participar do grupo e nessa época estabeleci os primeiros contatos com o Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras - USP de Ribeirão Preto. Nesse período começamos a discutir a respeito das dificuldades vivenciadas na minha prática profissional, e sobre a necessidade de se caracterizar e compreender a realidade dos serviços de atendimento à drogadição no município. Nesse momento as dificuldades da minha prática profissional encontraram esperança e felizmente pude ver na pesquisa científica uma possibilidade de solucionar meus questionamentos cotidianos. Este interesse encontrou eco nos projetos da referida professora que estavam sendo implementados por seu grupo de pesquisa, inserido no projeto de Políticas Públicas aprovado pela FAPESP, intitulado: “Subsídios para a Implantação da Rede de Atenção Integral ao Adolescente”, coordenado pela Prof^a. Dr^a Rosalina Carvalho da Silva e pela Prof^a. Dr^a Cristiane Paulin Simon. Passei a participar desse projeto. Foi nesta época que propusemos a realização deste estudo, o qual é um subprojeto daquele que foi encaminhado à FAPESP.

Esta pesquisa tem o intuito de localizar, caracterizar e analisar os serviços públicos¹⁶ existentes em Ribeirão Preto que oferecem atendimento aos jovens¹⁷ que deles necessitem pelo uso sistemático de drogas.

Para isso buscamos levantar dados históricos e atuais do uso de drogas e os tipos de modelos de atenção oferecidos a esta população para que a partir dos dados da literatura e dos obtidos neste estudo pudéssemos visualizar a realidade existente em nosso município.

Pesquisas como as realizadas por Muzza (1991) e Cursino (2000) relatam informações sobre drogas e jovens na cidade de Ribeirão Preto, porém poucos estudos mencionam os tratamentos e atendimentos oferecidos a esta população.

Verificamos, pois, a extrema necessidade de identificar como ocorrem, na prática cotidiana, o que se tem oferecido efetivamente aos jovens enquanto formas de tratamento e atenção. Isto para que se possa avançar na melhoria de proposições da atenção e de práticas de tratamento quanto à drogadição. É imprescindível que os cidadãos ribeirão-pretanos e principalmente os profissionais da área da saúde saibam quais são as instituições existentes, ao que se propõem, o que oferecem, como o fazem e se esses serviços estão interligados ou não em alguma forma de rede de atenção e de apoio aos dependentes químicos, como preconiza Mattos (2004), sobre sua necessidade. Além disso, precisamos conhecer quais são as políticas públicas relativas às questões ligadas às drogas.

Nessa direção é que se propõe este estudo, cujos objetivos são apresentados a seguir.

¹⁶ “o termo público, associado a política, não é uma referência exclusiva do Estado, como muitos pensam, mas sim à coisa pública, ou seja, de todos, sob a égide de uma mesma lei e o apoio de uma comunidade de interesses[...]” (PEREIRA, 1994).

¹⁷ Neste trabalho seguiremos a definição de jovens proposta pela OMS que define: adolescente como a pessoa de 10 a 19 anos, jovens como pessoas de 15 a 24 anos e pessoas jovens como pessoas de 10 a 24 anos (OMS, 1997, *apud* VIEIRA et al., 1998).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

- 1) Caracterização dos serviços públicos de atenção à questão da drogadição que oferecem atendimento aos jovens no município de Ribeirão Preto;
- 2) Análise das Políticas Públicas, ligadas ao tema, implementadas no município.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para atingir os objetivos propostos será realizada uma triangulação de dados obtidos através dos seguintes objetivos específicos:

- 1) Analisar a legislação brasileira, dados de documentos e relatórios referentes à atenção prevista na área;
- 2) Levantar e caracterizar os serviços existentes no município de Ribeirão Preto, na área, através de informações obtidas junto aos responsáveis pelos mesmos;
- 3) Levantar serviços detectados como necessários, insuficientes ou inexistentes no município, sob a ótica da legislação prevista;
- 4) Compreender as interligações dentre os serviços, bem como os fluxos de encaminhamentos de pessoas entre os mesmos, e sistemas de referências e contra-referências entre eles.

3. MODELOS DE ATENÇÃO

No século XIX, usar drogas era inadmissível e quem optasse pelo uso era exposto em praças públicas ou sofria alguma humilhação moral e social. Nesta época a punição era aplicada aos usuários de drogas e somente os casos mais severos eram encaminhados aos hospitais psiquiátricos para receberem atendimento. O modelo médico/moral/repressivo de tratamento era predominante, pois o uso de drogas era considerado uma escolha pessoal, e como tal, deveria ser punida ou medicada (RIBEIRO, 2003).

No século XX, os pesquisadores estudaram exaustivamente as substâncias psicotrópicas, seus efeitos e as possibilidades de tratamento. Foi nesta época que a dependência de tais substâncias tornou-se reconhecida como uma doença, e desta forma, tratamentos eficazes se fizeram necessários. O uso de drogas era visto a partir de uma ótica psiquiátrica/ médica, e desde então surgiram alternativas de atenção, nas quais o objetivo principal era manter a abstinência.

A punição e a repressão assim como a exclusão e segregação foram as primeiras políticas de atenção, todavia até os dias atuais diversas são as ações que ainda estão embasadas nesses contextos.

Em 1990 o Sistema Único de Saúde – SUS, foi instituído (Lei 8080/90) enquanto um conjunto de ações que visam oferecer maior qualidade de vida a toda população, oferecendo assistência integral, universal e equitativa à saúde de forma regionalizada e hierarquizada. Os princípios doutrinários que norteiam o SUS e suas ações devem estar voltados para a

prevenção e cura ao mesmo tempo, ou seja, ações de promoção, prevenção e de recuperação (BRASIL, 1990a).

Em 2001, a Reforma Psiquiátrica instituída pela Lei 10.216/01 garantiu aos usuários dos serviços de saúde mental (incluídos todos aqueles que sofrem de transtorno relacionado ao uso de álcool e outras drogas) acesso universal e o direito a assistência, assim como à integralidade desses serviços (BRASIL, 2001b). A descentralização dos modelos de atenção, ações democráticas e equânimes são valorizadas visando à democracia e as necessidades sociais (BRASIL, 2003).

Através do SUS e da Reforma Psiquiátrica buscou-se melhorar os modelos de atenção oferecidos e garantir o direito a assistência plena diante das necessidades. Entretanto, no século XXI ainda esperamos que estas medidas sejam cumpridas, a fim de que efetivamente as pessoas possam receber atendimento integral, descentralizado e democrático.

Segundo Edwards, Marshall e Cook (1999) hoje em dia há uma grande variedade de modelos de atenção com relação ao uso de drogas, tais como: rede primária de atendimento à saúde; unidades ambulatoriais especializadas (CAPSad: Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas); comunidades terapêuticas; grupos de mútua ajuda; hospitais gerais; hospitais psiquiátricos; hospitais-dia; clínicas de internação, programas de redução de danos e abordagens não farmacológicas.

A diversidade dos modelos de atenção visa atender devidamente a toda demanda. Os diferentes tipos de serviços apresentam suas vantagens e desvantagens (SCIVOLETTO, 2001).

Segundo Jungerman; Laranjeira (2001, p.40), “[...] no tratamento de dependentes, não existe um que seja o melhor; há literatura que orienta como conciliar a técnica com o cliente

[...]”. O que ocorre é que para cada caso haverá serviços que são mais aconselháveis, e outros nem tanto, devido à situação clínica do paciente e sua motivação para o tratamento. O nível de dependência, o tipo de uso, o estado físico e psicológico do indivíduo também irão interferir na escolha do serviço. Desta forma, é necessário identificar o serviço mais indicado para cada caso. Além disso, é urgente a priorização das ofertas terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras de saúde, a fim de que seja evitado um alarde epidemiológico.

Segundo Laranjeira et al. (2003) o diagnóstico precoce e o encaminhamento para a ajuda especializada adequada são ações severamente importantes.

De acordo com o Manual do Programa de Redução de Danos do Ministério da Saúde (2001), “[...] apesar da ampla variedade de modalidades e técnicas de tratamento, não existe nenhum com alta eficácia [...]” (BRASIL, 2001a, p.18). Diante disso devemos refletir a respeito das diversas atuações nos serviços e também sobre as dificuldades em lidar com esta problemática. Entretanto, é importante que além de buscar o serviço mais adequado para cada caso, se saiba combinar este tipo de serviço a outros ambientes em que a seqüência do tratamento poderá ocorrer. Todavia, a combinação de serviços, a referência e a contra-referência¹⁸ só poderão ocorrer se houver comunicação dos objetivos e modelos de atenção abordados por cada serviço, proporcionando troca entre os mesmos. Não obstante, os serviços devem reconhecer a importância de cada modelo de atenção, compreendendo que um serviço por si só não dará conta de uma demanda tão diversificada, sendo necessária a complementação e contribuição de todos para a formação de uma “rede de apoio mútuo”, propiciando assim, comunicação e troca.

¹⁸ Conceitos apresentados nas diretrizes do SUS que facilitam o fluxo de pessoas entre os diversos modelos de atendimento, a troca de informações e o contato entre os serviços.

Segundo Silva e Mattos (2004) estabelecer um único modelo de atendimento para serviços que atendem usuários de drogas é inviável, pois a garantia do êxito em diferentes situações se torna extremamente dificultada.

Atualmente, alguns modelos de tratamento focados na dependência de drogas apresentam como procedimento padrão à abstinência e um caráter repressivo embutido nas questões metodológicas, o que evidencia a manutenção do modelo moral de atendimento utilizado antigamente. A repressão dificulta uma atuação voltada para o sujeito e sua singularidade, por considerar que ‘o não permitir’ proporcionará melhoras aos usuários. Aceitar apenas abstinências em serviços que oferecem atenção a usuários de drogas, embora não intencionalmente, pode incentivar a uma parcela deles o retorno às ruas para o uso de drogas. Alguns serviços apresentam dificuldades em lidar com crises de abstinências, devido à sua falta de preparo.

Certa vez uma amiga psicóloga buscou informações junto à Secretaria da Saúde a fim de saber em que locais, em Ribeirão Preto, seria possível encaminhar um jovem para um tratamento, por conta do uso de drogas. Relatou que o garoto residia nas ruas, fazia uso de crack e que o contato com familiares se restringia a avó. Informou ainda que o jovem havia solicitado um encaminhamento para uma clínica de internação. Seguindo a orientação dada, entrou em contato com um serviço em Ribeirão Preto, porém, as vagas sociais¹⁹ do mesmo estavam preenchidas, e a família não tinha condições de arcar com as despesas do tratamento. A psicóloga procurou então o serviço ambulatorial municipal para saber sobre a possibilidade de encaminhamento para uma instituição localizada em Campinas, com a qual a prefeitura de Ribeirão Preto tem estabelecido convênio. O garoto passou por algumas avaliações no serviço ambulatorial ribeirão-pretano, sempre acompanhado da psicóloga. Apesar dos profissionais do

¹⁹ Vagas disponíveis para pessoas que não tem condições de contribuir financeiramente com o serviço.

local não considerarem ser caso para internação, realizaram o encaminhamento para o serviço de Campinas, pois julgaram que o jovem dificilmente compareceria a um serviço ambulatorial. Em menos de uma semana o responsável pelo serviço de Campinas entrou em contato com aquela profissional e a informou que o garoto não poderia permanecer no local e que o responsável deveria buscá-lo em vinte e quatro horas para trazê-lo de volta para Ribeirão Preto. A justificativa se baseou nas severas crises de abstinência sofridas pelo jovem, que por isso não apresentava perfil para permanecer ali²⁰.

Diante disto, questionamo-nos se há um tipo de perfil que jovens devem ter para freqüentar aquele ou outros serviços? Embasados na diversidade de pessoas acreditamos não haver um perfil de jovem a ser aceito, pois desta forma, concluímos que jovens que não apresentarem tais comportamentos ou condutas, deixaram de ser atendidos. Com isso, se os serviços que oferecem atendimento aos usuários de drogas não se estruturarem para terem condições de lidar com crises de abstinência, é então inevitável concluir que apenas estão sendo oferecidos serviços àqueles que não os têm imprescindíveis, ou ainda àqueles que usam drogas consideradas mais leves ou que apresentam uso moderado.

O garoto acima mencionado retornou às ruas de Ribeirão Preto, e certamente voltou a usar drogas. Conclui-se então que os encaminhamentos que a ele foram oferecidos não contribuíram em nada com a sua recuperação. O garoto apresentava dificuldades em freqüentar serviço ambulatorial, por não ter residência fixa e apoio familiar, volta às ruas. Novamente tentou-se o encaminhamento deste jovem para um serviço de internação na cidade de Ribeirão Preto, o qual inclusive participou desta pesquisa, entretanto, não havia ainda vagas sociais disponíveis e o garoto precisou entrar numa fila de espera, o que de melhor conseguiu se oferecer a este jovem. Contudo, conclui-se que efetivamente não foi oferecida

²⁰ Falas fortuitas – sem nenhum grau de formalização.

atenção devida ao jovem que necessitava de um acompanhamento. É preciso oferecer à juventude que faz uso de drogas modelos de atenção que ofereçam possibilidades de um “fazer diferente” e não apenas o retorno às drogas.

Ressaltamos também, a existência de serviços que permitem o uso de drogas durante o tratamento. Em geral, o consumo de tabaco. Diante disso, refletimos sobre a eventual utilização das estratégias de substituição de substâncias, e quais têm sido os motivos que levam os serviços a exigirem a abstinência de algumas drogas e não de outras. Não nos parece constituir medida que promova a redução de danos, na acepção do termo; mas sim medida que acaba por evitar danos maiores aos serviços.

No Brasil o cigarro é uma das drogas que mais causam dependência, porém é usada em diversos modelos de atenção, questiona-se então: qual seria o sentido da permissão do cigarro e a proibição dos outros tipos de drogas? Se considerarmos que este fato se justifica pela licitude do uso da droga, outras drogas deveriam ser permitidas durante o tratamento e não o são.

Refletindo sobre os diferentes tipos de drogas e os variáveis usos, urge olhar para os indivíduos que usam ou abusam de tais drogas. São esses indivíduos diferentes em suas formações e valores que muitas vezes se encontram submetidos ao mesmo modelo de atenção, o qual certamente não poderá garantir a recuperação de todos os sujeitos. Com isso é necessário que o modelo de atenção a ser oferecido seja “[...] entendido como um processo ativo, que distingue os fatores envolvidos [...]”, o que proporcionará a alguns não usar drogas a partir dos objetivos estabelecidos pelos mesmos (SILVA; MATTOS, 2004, p.42).

Freqüentemente os usuários de drogas apresentam outros problemas associados ao uso abusivo de drogas. Segundo Scivoletto (2001) 89% dos jovens que apresentam problemas

com o uso de drogas têm outros diagnósticos psiquiátricos associados, e usualmente apresentam transtornos de humor e conduta.

Um estudo que investigou gestantes que faziam uso de álcool verificou que das quatrocentas e cinquenta mulheres jovens²¹ entrevistadas, quarenta e uma (9,1%) faziam uso de álcool, das quais vinte e sete (6,0%) apresentaram diagnóstico de uso nocivo e quatorze (3,1%) síndrome de dependência do álcool. Observa-se ainda que as gestantes que faziam uso da droga apresentaram maior intensidade de problemas emocionais, tais como ansiedade e depressão, quando comparadas às gestantes que não faziam uso de álcool (PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005).

Evidencia-se, portanto, a necessidade de serviços que ofereçam a devida atenção a estes problemas, para que se possa trabalhar com a causa e não apenas sua consequência, além de serviços eficazes e diversificados em suas abordagens.

Segundo Silva e Mattos (2004) um serviço bem sucedido deverá envolver as famílias e lhes oferecer atendimento, considerar as condições gerais de saúde do paciente, visando à totalidade do tratamento, proporcionar atividades e contato com o seu ambiente social, fortalecendo-o de tal forma que ele possa viver bem na sociedade.

Contudo, a qualidade e a variedade de serviços existentes estão relacionadas aos conceitos de uso, abuso e dependência de drogas. Apesar da diversidade, os serviços contribuem apenas com parte dos indivíduos, o que demonstra que ainda é necessário refletir e discutir sobre os modelos de atenção oferecidos na atualidade, os quais não devem ser padronizados, mas sim múltiplos e individualizados (FOCCHI et al., 2001).

²¹ Mulheres jovens: idade média = 23,9; DP = 5,51.

Os serviços que oferecem atenção aos usuários de drogas devem estar pautados em Políticas Públicas de Saúde e não servir a julgamentos morais e policiaeskos. Para isso é necessária a existência de diferentes tipos de serviços, com o objetivo de oferecer ações complementares que atendam à demanda, levando em consideração as políticas públicas vigentes. Serviços diversificados e tratamentos abrangentes são necessários além de um direito a diferentes opções de atenção. Entretanto é preciso que os serviços realizem trabalhos profissionais e que se comprometam na avaliação de seus resultados, devem ser compostos por equipes multidisciplinares, capazes de motivar os pacientes e de ter suas famílias como apoiadores (FOCCHI et al., 2001). Desta forma, estaríamos caminhando rumo a uma Saúde democratizada e instrumentalizada, capaz de intervir diante da dependência química.

Neste estudo se pretende dar visibilidade à realidade contemporânea dos serviços de atenção à drogadição no município de Ribeirão Preto, considerando necessária não apenas constatar, mas também a projeção de melhorias nos serviços públicos. Para tanto descreveremos diversos modelos de atenção oferecidos aos jovens.

Segundo, Marques e Cruz, (2000, p.6),

[...] o tratamento do dependente de substâncias psicoativas é bastante complexo e os estudos sobre a efetividade dos tratamentos para essa população adolescente devem ser replicados, pois os resultados ainda são pouco animadores. Para a população adulta, a literatura mostra que tratar é melhor que não tratar, mas não existe nenhum tratamento mais efetivo até o momento. A recaída, o desejo pela droga (a "fissura"), o pouco envolvimento nas tarefas escolares ou no trabalho, o lazer insatisfatório, a polidependência, o início de uso do álcool muito cedo na vida, as alterações de comportamento e o envolvimento criminal são fatores que contribuem para tornar o tratamento menos efetivo. A abstinência e o redimensionamento do funcionamento escolar, familiar e social são recomendados para aumentar a efetividade das intervenções.

Segundo Focchi et al. (2001), existem três modelos gerais de tratamento, os quais foram aplicados *a priori* ao alcoolismo, todavia mais tarde a outros tipos de drogas:

- a) Modelo Craft – surgiu nos Estados Unidos na década de trinta. Este método utiliza os dependentes químicos em recuperação como conselheiros. Este tipo de modelo é usado pelos Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos.
- b) Modelo Médico – oferece medicamentos com o intuito de possibilitar uma melhor qualidade de vida diante da abstinência.
- c) Modelo Psiquiátrico – utiliza o primeiro e o segundo modelo e, além disso, realiza diagnósticos de transtornos psiquiátricos e a medicação para tratá-los.

Além destes modelos atualmente verificamos outros tipos de atenção que se oferece aos usuários de drogas. De forma breve, introduziremos os diferentes modelos.

a) Prevenção

O modelo preventivo apresenta dois pilares de atuação: a epidemiologia e a ação preventiva. As ações preventivas têm como objetivo sensibilizar e capacitar profissionais, mobilizar a comunidade, combater as causas que predispõem o uso de drogas, produzir materiais comunicativos, oferecer informações, propiciar iniciativas educativas que promovam o bem estar individual, familiar e social, a saúde e qualidade de vida.

Em geral, esses serviços são realizados em escolas, universidades e unidades básicas de saúde com o objetivo de desenvolver um conjunto de ações articuladas que busquem valorizar a vida e promover a saúde dos jovens (MARIZ; BARROS; MARIZ, 2005). Não obstante, ações preventivas devam ser realizadas por pais, educadores, empresários, líderes comunitários, sindicatos, igrejas e autoridades.

Atuações preventivas devem reduzir os fatores de risco e fortalecer aqueles que garantam a proteção (BRASIL, 2004c). Para realizar um trabalho preventivo é importante que a abordagem utilizada não seja policalesca ou moralista, mas que vise à compreensão do estado dos sujeitos, suas dificuldades sociais e familiares (LIMA, 2001).

O trabalho pode ser feito com crianças, jovens, professores, orientadores e profissionais de saúde através de capacitação sobre o tema. De sorte a poderem colaborar colocando em prática os assuntos que visam ao apoio dos estudantes na prevenção do uso de drogas e suas conseqüências.

O projeto PRODEQUI – Programa de Estudos e Atenção às Dependências Químicas, por exemplo, desenvolvido pela Universidade de Brasília, realiza trabalho preventivo através do ensino à distância através de dezesseis vídeos e dois volumes impressos que contribuem para a formação de multiplicadores. Em parceria com a Secretaria Nacional Anti Drogas e com o MEC o programa capacitará vinte mil educadores de quatro mil escolas públicas em todo Brasil (SUDBRACK; CESTARI, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (2002) considera que a juventude é um momento propício para a abordagem de ações preventivas que propiciem promoção da saúde. A prevenção deve “[...] impedir o uso de substâncias psicoativas pela primeira vez, impedir uma “escalada” do uso e minimizar as conseqüências de tal uso” (BRASIL, 2004c, p.24). Porém para alguns autores, “[...] a prevenção do uso de drogas (visando a sua erradicação) permanece como opção em longo prazo [...]” (MALBERGIER, 2001).

É necessário que este tipo de atenção seja ofertado, a fim de que se crie possibilidade de jovens não usarem drogas. Para se garantir a erradicação através da prevenção são imprescindíveis planejamentos, implantações e implementações de múltiplas estratégias,

dentre as quais o apoio familiar, a inserção social e educacional, de forma que sejam oferecidas aos jovens outras possibilidades, tais como: alternativas para lazer, atividades esportivas, identificação e suporte para lidar com os problemas pessoais, escola, trabalho, entre outros. Além disso, deve haver políticas públicas articuladas e programas que ofereçam à população atividades de cunho informativo e educativo à saúde. Todavia, apenas a informação não apresenta sucesso, pois não há mudança significativa de comportamento. Em geral quem não faz uso de drogas ressalta que o uso faz mal a saúde; mas quem faz uso considera irrelevantes os malefícios do consumo.

É também fundamental a utilização do modelo de Prevenção de Recaídas (PR), desenvolvido com o objetivo de ensinar os indivíduos a lidar com possíveis recaídas. É um programa de autocontrole realizado através de desenvolvimento de habilidades comportamentais, intervenções cognitivas e modificação no estilo de vida (MARLATT; GORDON, 1993). Muitos são os casos de indivíduos que permanecem por um tempo sem fazer uso de substâncias psicotrópicas, mas, retornam ao uso apresentando uma recaída. Através deste modelo é possível oferecer possibilidades que permitam que o indivíduo não retorne a usar.

b) Modelo Psicossocial: Serviços Ambulatoriais Especializados (CAPSad)

Segundo o Ministério da Saúde os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS “são instituições destinadas a acolher pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico” (BRASIL, 2004c, p.10).

No Brasil o primeiro CAPS foi inaugurado em 1986, criado a partir da portaria GM²² 224/92. O local oferecia atendimentos intermediários entre cuidados hospitalares e regime ambulatorial.

Em 2002 com a portaria nº 336/GM ficam definidas as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência à saúde mental. Os CAPS foram divididos em cinco tipos diferentes: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, abaixo descritos (BRASIL, 2002b).

Os CAPS I e II oferecem atendimento diário a adultos. O CAPS I deve ser implantado em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e funcionar de segunda a sexta-feira das oito às dezoito horas. Já o CAPS II deve ser instalado em municípios que apresentam população entre 70.000 e 200.000 habitantes, seu horário de funcionamento é similar ao do CAPS I, podendo ainda haver terceiro período, com funcionamento até às vinte e uma horas.

Os CAPS III oferecem atendimentos vinte e quatro horas, diariamente, inclusive nos fins de semanas e feriados aos adultos. Devem ser implantados em municípios com população acima de 200.000 habitantes.

O CAPSi – Centro da Atenção Psicossocial para infância e adolescência oferece atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Deve ser implantado em municípios que apresentam população acima de 200.000 e possui funcionamento semelhante ao do CAPS II. Por fim, o CAPSad atende diariamente a população que apresenta transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicotrópicas. Deve ser implantado em municípios com população superior a 70.000 habitantes, e oferecer assistência

²² Gabinete Ministerial.

sem ênfase na abstinência. Trabalham com perspectiva individualizada de evolução contínua, utilizando oficinas terapêuticas e culturais, tratamento medicamentoso, atendimento de grupo de familiares, atendimento individual das famílias, orientação, atendimento psicoterápico, atividades comunitárias, atividade de suporte social, visitas domiciliares, desintoxicação e repouso (BRASIL, 2004c). Atualmente o Brasil conta com cento e dez CAPSad - Centros de Atenção Psicossocial para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas (ONU, 2006).

Conforme propõe Scivoletto (2001) a inexistência de quadros médicos ou psiquiátricos agudos, o desejo de abster-se do uso de drogas e participação familiar no tratamento são algumas das indicações para este modelo de atenção.

c) Serviços de Mútua Ajuda

Este tipo de abordagem no tratamento de drogas foi apresentado e nomeado 'Modelo Craft', como descrito por Focchi et al. (2001). Até hoje é considerada uma das formas mais antigas e conhecidas de tratamento à questão da drogadição (FIGLIE; MELO; PAYÁ, 2004).

Os grupos de mútua ajuda não desenvolvem nenhum tipo de tratamento profissional, podendo ser complementares a outros tipos de serviços, tais como: serviços ambulatoriais, médicos, psicológicos dentre outros.

Alcoólicos Anônimos (A.A.) é um serviço de mútua ajuda, uma irmandade mundial de homens e mulheres voluntários de diferentes camadas sociais que se reúnem com o objetivo de manter a sobriedade, sugerindo a total abstinência alcoólica.

Estima-se que hoje haja cerca de noventa e sete mil grupos e mais de dois milhões de membros em diversos países. No Brasil existem mais de seis mil grupos (A.A., 1987).

A entidade nasceu em 1935 nos Estados Unidos, através de dois usuários de álcool (Bill W. e Doutor Bob) que perceberam que para ficarem sem beber precisavam da presença de outros alcoólicos (ALCOOLICOS ANONIMOS, 1996). No Brasil a irmandade chegou em 1945 e permanece ativa até os dias atuais.²³

Para manter a sobriedade os membros do A.A. tentam evitar o “primeiro gole”, e seguem os doze passos, as doze tradições, e se comprometem com a garantia do anonimato.

‘Narcóticos Anônimos’(N.A.) é também um serviço que oferece ajuda mútua. Os trabalhos iniciaram em 1953, embasados no movimento dos Alcoólicos Anônimos. No Brasil estabeleceu-se em 1985 e atualmente há cerca de setecentas reuniões semanais em todo o país (NARCOTICOS ANONIMOS, 2006a).

O N.A. é considerado uma irmandade de adictos à droga em recuperação. O N.A. assim como o A.A. utiliza os doze passos de forma adaptada aos dos Alcoólicos Anônimos. Os “passos” incluem: a admissão pessoal de que existe um problema; a busca de ajuda; auto-avaliação; partilha em esfera confidencial; reparação de danos causados; e trabalho junto a outros adictos que queiram se recuperar (NARCOTICOS ANONIMOS, 2006b). Os membros do N.A. também preservam o anonimato.

O desejo de querer parar de usar drogas é suficiente para se tornar um membro de N.A.. “O movimento de N.A. nem mesmo se opõe ao uso de drogas, declarando, somente, que se um adicto deseja parar de usar, Narcóticos Anônimos estará pronto a ajudá-lo[...].”²⁴

Apesar desses serviços não oferecerem tratamento profissional especializado, milhares de pessoas têm freqüentado e permanecido sem usar drogas (FIGLIE; MELO; PAYÁ, 2004).

²³ Ibid.

²⁴ Ibid.

É importante que tais serviços sejam valorizados principalmente por contribuírem para que muitas pessoas deixem de usar álcool e drogas através de princípios curativos naturais (VAILANT, 1999).

Diante da diversidade de modelos de atenção, os quais evidentemente não se destinam a todos, a vertente representada pelos serviços baseados na ajuda mútua é uma possibilidade que deve ser considerada, vez que há numerosas informações sobre a recuperação de muitas pessoas.

Para a realização desta pesquisa participamos de reuniões no A.A. e no N.A.e constatamos a presença de muitas pessoas de ambos os sexos, diferentes faixas etárias em busca deste modelo de atenção, a fim de mútua ajuda para ficar sem usar drogas; outras, por outro lado, já estavam em recuperação há alguns anos sem consumir drogas devido à força e ao apoio que encontraram nas reuniões e alguns buscavam auxílio para lidarem com parentes e amigos que fazem uso de drogas.

d) Comunidades Terapêuticas

De acordo com o regulamento técnico para funcionamento das comunidades terapêuticas, previsto no anexo da Resolução – RDC nº 101 de 30 de maio de 2001 (BRASIL, 2001c, p.3), comunidades terapêuticas são:

[...] serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (S.P.A.), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso.

Segundo Goti (1990), as comunidades terapêuticas não se destinam a todos os tipos de dependentes, pois é preciso que a pessoa aceite voluntariamente. O usuário é o principal ator de sua cura, ficando a equipe com o papel de proporcionar apoio e ajuda. Este modelo tem sido adotado em diferentes países como uma alternativa de tratamento da dependência química, em geral com duração de seis meses a dois anos (FEBRACKT, 2006). Geralmente neste modelo ex-dependentes de drogas são agentes “terapêuticos”, pois consideram que uma pessoa que passou pelo mesmo problema pode ajudar outros a saírem do mesmo.

e) Hospitais Gerais, Hospitais Psiquiátricos, Hospitais-Dia e Serviço de Emergência

Esta abordagem contempla o modelo médico e psiquiátrico apresentado por Focchi et al. (2001).

Os tratamentos oferecidos em hospitais gerais e em unidades de emergência correspondem à desintoxicação e medicação.

Após a Segunda Guerra Mundial, centros de desintoxicação foram desenvolvidos. No Brasil, em geral, este tipo de serviço ocorre em nível hospitalar (PILLON; NOBREGA, 2001).

A desintoxicação “[...] é uma proposta de tratamento para controlar os sintomas da síndrome de abstinência [...], ela elimina substâncias do organismo e recupera o equilíbrio das funções vitais [...]” (PILLON; NOBREGA, 2001, p.145).

Todavia, estas instituições em geral não podem permanecer com o paciente por muitos dias devido à escassez de leitos e à grande demanda, que neste caso abarca toda a área de Saúde Mental e não apenas a drogadição.

Nos hospitais-dia, os pacientes passam o dia na instituição, onde são medicados e participam de outras atividades. À noite os pacientes retornam para suas casas, de modo que não perdem o convívio familiar e social. Este modelo de atenção habitualmente sucede o tratamento orientado pelo modelo de internação, sobre o qual se discorrerá mais pormenorizadamente adiante.

O tratamento farmacológico não tem como objetivo eliminar de forma repentina o uso de drogas. O auxílio na abstinência, o controle da intoxicação, o tratamento de transtornos psiquiátricos e o controle de recaídas são alguns dos objetivos das intervenções farmacológicas (FOCCHI; CABRAL; LEITE, 2001).

Os serviços de emergência psiquiátrica são fortemente influenciados pelas mudanças ocorridas nas políticas públicas de saúde mental, com a desinstitucionalização. Em Ribeirão Preto este tipo de serviço atende aproximadamente toda a população da DIR-XVIII²⁵, ou seja, um milhão e cem mil habitantes, em apenas seis leitos. De acordo com Santos et al. (2000) o transtorno mais freqüente é o uso de álcool com 17,6%, o uso de outras drogas foi correspondente a 8,7% dos casos, estando em sexto lugar. Observa-se que na cidade há necessidade de instalação de outros tipos de serviços psiquiátricos que ofereçam suporte adequado possibilitando a diminuição da demanda emergencial.

Conforme Del-Bem (1999), os diferentes modelos de atenção integrados com os serviços hospitalares promoverão a qualidade do Sistema Único de Saúde como um todo e acabarão por diminuir custos.

²⁵ Região de Saúde do Estado de São Paulo, composta por vinte e cinco municípios (Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodosqui, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guataparã, Jaboticabal, Jardinópolis, Luis Antonio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Ribeirão Preto, Santa Cruz da Esperança, Santa Rosa do Viterbo, Santo Antonio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana e Sertãozinho), com sede na cidade de Ribeirão Preto.

Segundo pesquisa realizada por Noto (2003), 44,3% dos entrevistados relataram o desejo de parar ou reduzir o consumo de drogas, porém apenas 0,7% procuraram ajuda em postos de saúde ou hospitais, o que evidencia a dificuldade de acesso ao sistema de saúde.

f) Clínicas de Internação

Este modelo de abordagem consiste na internação em clínicas, geralmente por um curto período de tempo, para desintoxicação e tratamento dos sintomas agudos da abstinência.

Alguns autores não consideram a internação uma forma de tratamento em si, mas parte de um tratamento (P.A.D., 2006).

De acordo com Scivoletto (2001, p.78) “[...] durante muito tempo, a internação foi a principal estratégia de tratamento [...]”, era considerada por muitos a melhor abordagem contra a dependência. Entretanto, hoje, devido à grande diversidade de serviços, a internação é mais uma das possibilidades de tratamento; em geral utilizada para desintoxicar o paciente e ajudá-lo a lidar com as crises de abstinência. Algumas clínicas permitem que as internações sejam feitas arbitrariamente, ou seja, sem que o sujeito demonstre interesse em ser internado. Outras instituições não compactuam com este procedimento por acreditarem que o sujeito precisa se envolver em seu processo de recuperação.

Habitualmente as internações duram de um a dois meses, mas este tempo varia conforme a metodologia abordada em cada instituição e em cada caso.

De acordo com o CEBRID (2005) nos casos em que há necessidade de recorrer à internação é importante que seja assim definida com base em critérios claros, os quais devem ser atestados por especialista. Isto ocorre pelo fato das internações dispensáveis poderem

acarretar aumento do consumo de drogas, por motivos diversos, tais como o sentimento de revolta.

g) Redução de Danos

Redução de danos “[...] é uma política que visa diminuir ao máximo os efeitos negativos ou lesivos do uso de drogas” (MALBERGIER, 2001, p.91). São essencialmente medidas de saúde pública.

Segundo o Manual de Redução de Danos, do Ministério da Saúde, existem três estratégias para controlar o uso de drogas, a saber: a) redução da oferta (drogas); b) redução da demanda (propiciar menor consumo e mais atendimentos e tratamentos); c) redução de danos, a qual “[...] orienta a execução de ações para a prevenção das conseqüências danosas à saúde que decorrem do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo” (BRASIL, 2001a, p.11).

O Programa de Redução de Danos tem como princípio fundamental a garantia à liberdade de escolha àqueles que não conseguem ou não querem parar de usar drogas. Não visa à abstinência, porém previne conseqüências danosas à saúde do usuário, tais como doenças sexualmente transmissíveis - DSTs e aids.

No Brasil, a primeira tentativa de implantar este programa ocorreu em 1989, na cidade de Santos. Na época, a iniciativa não foi permitida por um Juiz de Direito. Somente em 1995, em Salvador, estabeleceu-se o primeiro Programa de Redução de Danos, o qual inclusive, oferecia trocas de seringas (BUENO, 2007).

Em 1998, no Estado de São Paulo foi aprovada a lei de troca de seringas, a partir de quando outros estados passaram a aprovar leis semelhantes, possibilitando assim a expansão do serviço.

Uma significativa amostra de como a política de redução de danos pode alcançar seus propósitos se traduz no trecho a seguir: “[...] a cocaína como droga injetável é a mais utilizada em nosso país, [...] o que contribui com 40% a 60% de pessoas infectadas pelo vírus HIV em usuários de droga injetável (U.D.I.) em nosso meio” (MALBERGIER, 2001, p.89).

O Programa de Redução de Danos busca realizar seus propósitos através da educação, comunicação e fornecimento de informações. Para tanto, utiliza materiais de conteúdo educativo, disponibiliza preservativos e equipamentos descartáveis. Realiza encaminhamentos, aconselhamentos, garante vacinação contra a hepatite, além do acompanhamento, da avaliação do usuário e do suporte oferecido aos familiares e amigos dos usuários de drogas (BRASIL, 2001a; MALBERGIER, 2001).

O modelo tradicional prevê posicionamentos radicalizados acerca da permissividade do uso de drogas durante o tratamento, apresentando como objetivo a abstinência total. O Programa de Redução de Danos vem constituindo alternativa à visão tradicionalista, possibilitando atenção àqueles que não desejam ou não conseguem parar de usar drogas.

Segundo Tammi e Hurme (2007), há quatro possíveis enfoques acerca do uso e do usuário de drogas, previstos pelo Programa de Redução de Danos, quais sejam: a) o uso de droga em si deve ser contemplado de modo neutro e não o submetendo a juízos morais de valor; b) O usuário de droga deve ser visto como um cidadão soberano e membro da comunidade, e não como um indivíduo transgressor ou apenas um dado estatístico; c) Políticas de drogas devem ser baseadas na prática e na ciência e não em ideologias e

dogmatismos; d) Políticas de drogas devem respeitar os direitos humanos e promover justiça, não aviltá-los em nome da “guerra contra as drogas”²⁶ ou da meta de ter uma sociedade livre das drogas.

Conforme o Manual do Programa de Redução de Danos confeccionado pelo Ministério da Saúde, existem ações de redução de danos que devem ser dirigidas às crianças e jovens em situação de risco. Este serviço deve ter os mesmos objetivos de um Programa de Redução de Danos, contudo, voltado à demanda específica (BRASIL, 2001a).

O Brasil apresenta alta prevalência de infecção pelo HIV em UDI, mas infelizmente não existe uma política sistemática de prevenção (MALBERGIER, 2001).

O consumo de drogas injetáveis no Brasil é correspondente a cento e noventa e três mil usuários (0,1% da população brasileira), destes 76% participam do serviço de redução de danos (OMS, 2002).

h) Abordagens não Farmacológicas

Segundo Focchi e Andradre (2001) as abordagens não farmacológicas são extremamente eficazes, suas ações são realizadas de acordo com o estilo de vida do usuário.

Este modelo de atendimento requer uma boa relação entre o terapeuta e o paciente. Além disso, é necessária a realização de avaliação e seguimento sistemático do tratamento (JUNGERMAN; LARANJEIRA, 2001).

²⁶ Concepção que desconsidera os diferentes significados do uso de drogas e está embasado em pressupostos idealistas de uma sociedade sem drogas (JACOBI; SOARES, 2000).

Algumas das abordagens que não utilizam métodos farmacológicos no tratamento da dependência química são: a entrevista motivacional, psicoterapia individual (diferentes abordagens), terapia familiar, mediação familiar e terapia de grupos.

1. Entrevista motivacional

“A entrevista motivacional é um estilo de aconselhamento diretivo, centrado no cliente, que visa estimular a mudança do comportamento, ajudando os clientes a explorar e resolver sua ambivalência” (ROLLNICK; MILLER²⁷, 1985 *apud* JUNGERMAN; LARANJEIRA, 2001, p.22).

Através deste método, o paciente poderá aderir ao tratamento, visto que o objetivo será motivá-lo à mudança de comportamento, levando em consideração que a motivação pode ser alterada ao longo do processo de tratamento, por ser dinâmica (JUNGERMAN; LARANJEIRA, 2001).

Este tipo de abordagem é também conhecido por ‘modelo transteórico’. A ênfase na motivação de jovens e adultos para a mudança é fundamental para o êxito do tratamento. O referido modelo tem como objetivo oferecer ajuda aqueles que fazem uso de drogas a partir de quatro primícias,: a) Contato e motivação; b) Admissão e supressão da droga; c) Adesão ao tratamento e manutenção da abstinência; d) Reinserção social e prevenção de recaídas (MCWRIRTER; FLORENZANO; SOUBLETTE, 2002).

O atendimento através deste modelo consistirá em cinco estágios distintos: 1. Pré-contemplação: o indivíduo ainda não considera a mudança; 2. Contemplação: considera a mudança, mas ao mesmo tempo a rejeita; 3. Preparação: momento em que a pessoa está

²⁷ ROLLNICK, S.; MILLER, W.R. **What is motivational interviewing?** Behavior and Cognitive Psychotherapy, n.23, p.325-324, 1985.

pronta para mudar e compromissada com a mudança; 4. Ação: efetivamente a mudança e 5. Manutenção: estabilidade das mudanças estabelecidas (JUNGERMAN; LARANJEIRA, 2001; MCWRIRTER; FLORENZANO; SOUBLETTE, 2002).

2. Psicoterapia individual

A psicoterapia individual possibilita ao usuário de droga trabalhar com seus conflitos, suas angústias, mudança de comportamentos e de pensamentos, dentre outros, de acordo com as diversas abordagens utilizadas pelos psicoterapeutas.

3. Terapia familiar/ Mediação familiar

Nesta abordagem toda família é considerada paciente, não apenas o membro usuário de drogas. O objetivo é possibilitar o equilíbrio familiar e contribuir com a comunicação entre os membros da família.

4. Terapia de grupo

A terapia de grupo pode ser utilizada para os usuários e/ou ex-usuários, para realização de grupos de famílias de usuários em tratamento ou não. Este grupo deve oferecer orientação e apoio aos familiares, propiciar o compartilhamento de experiências, a interação, assim como a prevenção de “recaídas” (FIGLIE; PILLON, 2001).

Segundo Figlie, Melo e Paya (2004), no grupo de famílias os participantes se sentem beneficiados pelo apoio recebido.

i) Abordagens Psicossociais

a) Aconselhamento: pode ser usado para interrupção ou diminuição do uso. Este modelo é capaz de fazer com que pessoas interrompam o uso de forma objetiva. Através de uma reflexão sobre o consumo o aconselhador opina com honestidade sobre as diversas situações, demonstra interesse, facilitar o acesso e evita o confronto (LARANJEIRA et al., 2003).

b) Intervenção Breve: é uma técnica de curta duração mais estruturada que o aconselhamento (LARANJEIRA et al., 2003). Conhecida por intervenção breve (I.B.) este modelo é uma estratégia que vem sendo utilizada no Brasil, é considerada efetiva e economicamente viável de forma que muitas pessoas possam ser atendidas (MARQUES; FURTADO, 2004).

j) Farmacoterapia

Consiste na abordagem em que há substituição de uma droga por outra substância. Podemos citar, por exemplo, a ‘Terapia de substituição da nicotina’. Muitas pessoas que desejam parar de fumar utilizam este modelo, o qual tem como objetivo aliviar os sintomas da síndrome de abstinência (LARANJEIRA, et al., 2003). No Brasil podemos encontrar dois métodos que utilizam esta abordagem: o adesivo de nicotina e a goma de mascar.

Diante da diversidade de modelos de atenção a usuários de drogas, concluímos que as diferentes possibilidades oferecem aos jovens opções variadas, as quais também podem subsidiar serviços que estejam atentos as singularidades do sujeitos e complexidade da questão em si.

A Intersetorialidade é um termo apresentado nas diretrizes do S.U.S o qual deve ser utilizado, uma vez que consideramos necessária a existência do trabalho interdisciplinar e a realização de diferentes abordagens. Sem o modelo intersetorial não será possível enfrentar as dificuldades por termos apenas uma visão fragmentada. Para que isso ocorra é imprescindível o apoio das secretarias e serviço, a fim de haja comunicação e trocas de informações (CARNEIRO; COSTA, 2003; RAUPP; MILNITSKY-SAPIRO, 2005).

3.1 Especificidades dos atendimentos aos jovens

Até 1974 só existia tratamento para usuários de drogas que fossem adultos. Jovens que necessitassem receber alguma atenção eram então atendidos nestes serviços.

Wheeler e Malmquist propuseram o primeiro tratamento para jovens dependentes de álcool. O modelo de atendimento funcionava em regime de internação, com duração de vinte e oito dias. Desta forma, ficou estabelecida a primeira forma de atendimento que tinha como objetivo atender jovens. O ‘modelo Minnesota’ que é uma intervenção realizada em grupo, o programa dos doze passos dos Alcoólicos Anônimos e a aplicação de técnicas essencialmente comportamentais e diretivas foram às ações desenvolvidas neste primeiro modelo de atenção voltado aos jovens (MARQUES; CRUZ, 2000).

Embora, muitos anos tenham passado desde que surgiu este primeiro modelo, ainda hoje muitos serviços são planejados para atender apenas adultos, não havendo desta forma, uma adequação ou a preparação destes para atender jovens (RAUPP; MILNITSKY-SAPIRO, 2005).

De acordo com Mattos (2004), crianças e adolescentes são mais vulneráveis ao uso de drogas, razão pela qual ofertar um modelo de atenção a esta população requer a existência de particularidades próprias desta faixa etária, sendo necessário, uma atenção específica.

O processo do diagnóstico de jovens é dinâmico, assim como a própria fase que vivenciam, sendo indispensável à existência de diagnóstico e intervenções apropriadas para esta faixa etária. Além disso, é importante que a abordagem utilizada seja aplicável à idade, e gênero da população a ser atendida, buscando a personalização do serviço.

Serviços especializados para adultos não oferecem boas condições de atendimento aos jovens, visto que as necessidades são diferentes. Portanto, segundo Scivoletto (2001, p.70) “[...] é indiscutível a necessidade de programas de tratamento especialmente desenvolvidos para faixas etárias mais jovens [...]”.

Segundo McWritter, Florenzano e Soublette (2002) o tratamento oferecido aos jovens e adolescentes deve ser diferente daqueles ofertados aos adultos. De acordo com os autores, 90% dos adultos que buscam ajuda reconhecem que precisam de atenção e, portanto participam voluntariamente. No caso dos jovens, muitos chegam aos serviços através de encaminhamentos dos pais, responsáveis, conselho tutelar entre outros e a participação deles não é necessariamente voluntária.

Os programas de atenção aos jovens devem considerar os grupos de risco e as diferenças socioculturais entre os gêneros. Precisam ser abrangentes com atividades de promoção, prevenção e atenção ao adolescente, tendo em vista os aspectos culturais, afetivos e psicossociais e não apenas abordar o enfoque curativo (RUZANY, 2000).

Contudo, o tratamento bem sucedido é aquele que “[...] inclui a reinserção social, reestruturação familiar, levando em conta onde o paciente vive; sua saúde geral e psicológica

[...]” (MATTOS, 2004, p.45), ou seja, serviços que trabalham com vários aspectos e propiciam uma mudança global e um olhar singular para os diferentes casos (FOCCHI et al., 2001).

Corroborando com esta idéia, a Política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas estabelece que:

Quando se trata de lidar com vidas humanas é necessário que se tenha em primeiro plano o respeito às singularidades e diferentes possibilidades de escolhas possíveis. As práticas de saúde, em qualquer nível, devem levar em conta esta diversidade (BRASIL, 2003, p.21).

Portanto, consideramos ser uma necessidade em nossa sociedade a existência de serviços de atendimento especializados para jovens, com profissionais diversificados e capacitados, atuando em locais apropriados, e que cada um destes serviços coopere com os demais, respeitando a atuação de cada um, tal como preconizado pelo “Guia prático sobre o uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde” (SÃO PAULO, 2006). Apontamos ainda a necessidade de outros estudos sobre o referido tema a fim de que outras contribuições possam ser concretizadas.

4. POLÍTICAS PÚBLICAS

Considerando necessárias algumas reflexões sobre políticas públicas voltadas aos jovens. Apresentaremos breves definições de políticas e políticas públicas brasileiras pertinentes ao tema do trabalho.

Políticas são: “decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e a orientar o planejamento, no tocante a um determinado tema, em seu desdobramento em programas e projetos” (BRASIL, 1999).

Políticas Públicas, de maneira geral são ações utilizadas para o cumprimento dos direitos individuais e sociais. No Brasil, infelizmente não há priorização de tais medidas, sendo então necessário lutar pela criação e implementação destas.

Segundo Cunha e Cunha (2002), as políticas públicas são criadas pelo Estado, em resposta às demanda que emergem da sociedade e são elaboradas para a realização de objetivos determinados.

Corroborando com esta idéia, Degennszajh (2000, *apud* Pereira 2000, p.59)²⁸ define políticas públicas como uma:

[...] linha de ação coletiva que concretiza direitos sociais declarados e garantidos em lei. É mediante as políticas públicas que são distribuídos bens e serviços sociais, em resposta às demandas da sociedade. Por isso, o direito que as fundamenta é um direito coletivo e não individual.

²⁸ DEGENNSZAJH, R. R. Desafios da gestão democrática das políticas sociais. In: PEREIRA, P.A.P. **Capacitação em serviço social e política social**. módulo 3. Brasília: UnB/ CEAD, 2000.

Conforme Sposito e Carraro (2003), políticas públicas são ações articuladas que se concretizam com recursos próprios (financeiro e humano), em um tempo e com uma previsibilidade da sua ação. Compreende relações entre o Estado e a sociedade civil e apresentam como objetivo acompanhar e avaliar as ações, para que o caráter público seja efetivamente alcançado. Por serem consideradas 'públicas', não privadas ou coletivas, sua característica central é o fato de que as decisões e ações dizem respeito ao poder público. Desta forma, tais políticas públicas não se restringem apenas à formulação e implantação de serviços, mas sim ao atendimento de demandas específicas de grupos sociais e a avaliação das políticas (CARVALHO, 2002).

O Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD é uma política pública federal para a juventude. Este foi regulamentado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 980/GM, em 21 de dezembro de 1989.

Segundo o Ministério da Saúde, o PROSAD tem como objetivo:

1. Promover a saúde integral, favorecendo seu processo de crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbi-mortalidade e desajustes individuais e sociais;
2. Normatizar as ações nas áreas prioritárias;
3. Estimular e apoiar a implantação dos programas estaduais e municipais;
4. Promover e apoiar estudos e pesquisas multicêntricas relativas à adolescência;
5. Estimular a criação de um sistema de informação e documentação dentro do Sistema Nacional de Saúde;
6. Contribuir com as atividades intra e interinstitucionais nos âmbitos governamentais e não governamentais, visando à formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude, a ser desenvolvida em nível federal, estadual e municipal (BRASIL, 1989).

Este programa é dirigido aos jovens entre 10 a 19 anos, com o objetivo de garantir o acesso à saúde, através de ações multiprofissional; intersetorial e interinstitucional. Além disso, prioriza as seguintes ações: crescimento e desenvolvimento; sexualidade; saúde mental; saúde reprodutiva; saúde do escolar adolescente; prevenção de acidentes; violência, maus-tratos e família (BRASIL, 1989). Nos vinte e sete estados da federação o programa foi

implantado e cento e trinta multiplicadores foram capacitados em Atenção Integral à Saúde do Adolescente.

O PROSAD visa tratar de temas que promovam a saúde dos jovens, a prevenção de riscos e a luta pela cidadania (CARVALHO, 2002; MENDONÇA, 2002).

Na década de noventa, com a criação do Estatuto da Criança e do adolescente - ECA, diversas ações foram estabelecidas para a juventude, as quais são políticas públicas destinadas às crianças e adolescentes inclusive ofertada àqueles que fazem uso de álcool e drogas (BRASIL, 1990b). Entretanto, até os dias atuais questionamos a efetividade da implantação do estatuto, principalmente no que diz respeito à prática de políticas públicas. É urgente a elaboração de políticas transformadoras e a correta aplicação daquelas já aprovadas.

Em 1995, o Ministério da Justiça apresentou a Política de Promoção e Proteção Integral da Infância e da Adolescência, com o intuito de focalizar situações como: o controle de formas de violência e prevenção do uso de drogas, entre outros aspectos. Além disso, fomentou a implementação dos Conselhos e Fundo de Defesa da Criança e do Adolescente (MENDONÇA, 2002).

A criação de Conselhos Antidrogas na esfera nacional, estadual e municipal, permitiu a elaboração, aplicação, avaliação e articulação de Políticas Públicas relacionadas ao tema.

O Conselho Nacional Antidrogas – CONAD ou Conselho Federal de Entorpecentes - COFEN é um órgão colegiado, de natureza normativa e de deliberação coletiva. Integra a estrutura básica do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, que o preside. Desempenha os papéis político-estratégicos de assessorar o Presidente da República no provimento das orientações globais relativas à redução da demanda e da oferta de drogas no país e promove a articulação, a integração e a organização das ações.

No Estado de São Paulo, o Conselho Estadual de Entorpecentes – CONEN está vinculado à Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Instituído pelo Decreto nº 25.367, de junho de 1986, frente à necessidade do Estado em ter uma ação conjunta e articulada com órgãos federais, estaduais e municipais, com a finalidade de prevenir o uso indevido de drogas, sob orientação do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN). O CONEN do Estado de São Paulo apresenta uma relação dos COMADs - Conselhos Municipais Antidrogas, existentes.

Há setenta e dois Conselhos Municipais Antidrogas no Estado de São Paulo (Anexo H). Entretanto, lamentavelmente, o município de Ribeirão Preto não apresenta o seu Conselho. Salientamos a necessidade de haver tal órgão na cidade de forma que o município possa estar articulado com as ações estaduais e nacionais.

Os Conselhos Municipais Antidrogas - COMADs ou Conselhos Municipais de Entorpecentes – COMENs, são órgãos estabelecidos nos municípios, os quais buscam uma ação conjunta com o Estado e com as deliberações nacionais.

Há três anos na cidade de São Paulo, além do CONEN, há o Conselho Municipal de Políticas Públicas de Drogas e Álcool de São Paulo – COMUD vinculado administrativamente à Secretaria do Governo Municipal, instituído pela Lei municipal 13.321/2002 (SÃO PAULO, 2002a). Este Conselho tem o objetivo de propor e acompanhar a execução de prevenção ao uso indevido de drogas e substâncias que causem dependência física ou psíquica, além de coordenar, desenvolver e estimular programas de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social de dependentes.

De acordo com Kopp (1998), as políticas públicas para uso de álcool e drogas devem estar embasadas em três tipos de medidas clássicas: a) adoção de programas educativos

antidrogas, os quais devem desestimular o uso de drogas, b) a repressão (taxa ao consumo), sendo que neste caso os produtos ilícitos não poderiam ter um taxa, todavia, a prisão e punições seriam medidas repressivas utilizadas. No caso das substâncias lícitas poderia haver aumento da taxa sobre as drogas o que provavelmente diminuiria o consumo e c) redução forçada da demanda: nesta medida seria necessário ponderar sobre a ação antidroga, o custo social das drogas e suas implicações, cabendo desta forma as políticas públicas a diminuição do custo social, do consumo e do tráfico de drogas.

As políticas públicas funcionam como instrumentos de aglutinação de interesses em torno de objetivos comuns, que passam a estruturar uma coletividade de interesses.

Além da elaboração de políticas, também urge a avaliação efetiva de Políticas Públicas, as quais são instrumentos usados para conhecer, compreender, aperfeiçoar e orientar as ações Compreende-se esta como uma estratégia para decidir com enfrentar e resolver um determinado problema, com o objetivo de abordar três componentes: a estrutura, o processo e o resultado (TANAKA, 2001). Ainda segundo este mesmo autor, a avaliação deve:

servir para direcionar ou redirecionar a execução de ações, atividades, programas, e por conseguinte, deve ser exercida por todos aqueles envolvidos no planejamento e na execução dessas ações (TANAKA, 2001, p.14).

De acordo com Belloni, (2001, p.15) a avaliação deve ser um “[...] processo sistemático de análise de uma atividade que permite compreender, de forma contextualizada, todas as suas dimensões e implicações, com vistas a estimular seu aperfeiçoamento”.

Diante do acima disposto, é necessário que tenhamos políticas sustentáveis de ajuda aos jovens que necessitam de atenção devido ao uso de drogas, a fim de que lhes seja oferecidos modelos de atendimento variados, submetidos à avaliações para que possam

garantir uma atenção especial e efetiva a esta demanda. Sugerimos que outros estudos sejam realizados para que o tema seja aprofundado.

5. ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Para definirmos a abordagem teórico-metodológica utilizada no presente estudo, buscamos compreender alguns paradigmas, com o intuito de explicitar os motivos que nos levaram a tal opção.

“Toda pesquisa científica pressupõe sempre uma posição, uma postura que torna possível investigar os fenômenos a partir de uma certa perspectiva [...]” (MARTINS; BICUDO, 1994, p.65), o que possibilita ao pesquisador integrar a esta seus objetivos de pesquisa.

Diante de uma variedade de perspectivas teórico-metodológicas, na década de 60 Kuhn propôs o termo “paradigma” definindo-o como: “[...] imagem básica do objeto de uma ciência [...]” (VALLES, 1997, p.48). Sua proposição visava diferenciar os modos diversos de compreender o mundo, tendo como objetivo o esclarecimento de como se deve conduzir uma investigação, a coleta de dados e a interpretação dos mesmos (VALLES, 1997).

Conforme Gialdino (1993, *apud* SILVA, 1999)²⁹ paradigmas são “[...] marcos teórico-metodológicos de interpretação dos fenômenos criados e adotados pelo pesquisador de acordo com sua visão de mundo, suas estratégias de acesso à realidade, seus conceitos e teorias que fundamentam o entendimento dos fenômenos, o contexto cujo pesquisador esteja inserido e seu compromisso existencial [...]” (p.160).

²⁹ GIALDINO, I.V. **Metodos cualitativos**: los problemas teorico metodologicos. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1993.

De acordo com os pressupostos do paradigma escolhido, o pesquisador poderá definir de que forma ele buscará a natureza da realidade a ser investigada (pressuposto ontológico), qual será o modelo de relação entre o entrevistador e o entrevistado (pressuposto epistemológico) e a partir de qual método obterá o conhecimento sobre a realidade que deseja investigar (pressuposto metodológico). Propostos por Guba e Lincoln (1994, *apud* VALLES, 1997)³⁰ tais princípios devem estar relacionados de forma coerente norteando todo o processo da pesquisa.

Neste estudo, optamos por trabalhar com uma das perspectivas de metodologia qualitativa tendo como perspectiva teórica um enfoque compreensivista e interpretativista apresentando um caráter descritivo que tem como princípios descrever o objeto pesquisado e interpretá-lo frente a outras fontes de dados com vistas a respostas a questões das práticas cotidianas (GIL, 1999).

O paradigma Compreensivista ou Interpretativista pode ser considerado fundado a partir de Wilhem Dilthey (1833-1911) e Max Weber (1864-1920). Este enfoque tem a preocupação de capturar o ponto de vista dos atores sociais (VALLES, 1997), procurando compreendê-los e não explicá-los, como nas visões mais positivistas. Apresenta como princípio, a compreensão de aspectos subjetivos dos fenômenos ou dos fatos investigados. Conforme esta visão de mundo, a possibilidade de investigar temas através da subjetividade parece ser mais relevante, não havendo dessa forma interesse em realizar comparações, padronizações e generalizações.

A abordagem teórica metodológica adotada neste estudo opõe-se aos modelos pertencentes ao paradigma positivista. As reflexões realizadas acerca do positivismo tiveram por referência as idéias de seu fundador, Augusto Comte (1798-1857). Este enfoque não

³⁰ GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. Competing paradigms in qualitative research. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y. (Eds.) **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994, p.105-117.

apresenta como princípio a compreensão subjetiva dos fenômenos e sim a busca por explicá-los, visando generalizações (SILVA, 1999). Considera neutra a ação do pesquisador, enquanto um sujeito que recolhe os dados, mas não interfere nos mesmos. Busca a causalidade dos fatos e com isso arriscam algumas previsões.

As abordagens qualitativas de pesquisa têm por objetivo compreender os atos e comportamentos dos seres humanos (BOGDAN; BIKLEN, 1994). Sua ênfase está nas particularidades e na subjetividade dos fenômenos.

Diferentemente da pesquisa quantitativa, a abordagem qualitativa não busca dados quantificáveis, tampouco a generalização dos mesmos.

Para Valles (1997, p.104)

[...] a credibilidade de um estudo qualitativo relaciona-se à utilização que tenha sido feita de um conjunto de recursos técnicos [...]; a triangulação de dados, métodos e investigadores; do apoio de uma documentação escrita ou visual própria ao contexto; das discussões com os colegas; revisões de informações e interpretação com as pessoas componentes do estudo; e dos registros de diários de campo e diários de investigação [...].

Estas seriam as formas de se estabelecer credibilidade que substituiriam o rigoroso controle metodológico e da "aleatorização" realizada nos estudos positivistas clássicos em busca da denominada validade interna.

Para Flick (2004) uma das formas de triangulação utilizadas nas pesquisas qualitativas é a triangulação de dados que se obtém com a utilização de diferentes fontes de dados que podem ser confrontados e comparados.

Segundo Goldenberg (1997) “[...] os dados da pesquisa qualitativa objetivam uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais apoiados na relevância do aspecto subjetivo da ação social [...]” (p.49).

Nesta abordagem o investigador exerce um papel importantíssimo na coleta de dados, sendo inclusive considerado fundamental. Sua sensibilidade, intuição e experiência contribuirão para os resultados da pesquisa.

Outro aspecto a ser considerado é que a pesquisa qualitativa não trabalha com o realismo ingênuo. Vale dizer que, a idéia de que exista uma verdade única e objetiva que possa ser acessada por métodos neutros de pesquisa, não é aceita pelas diferentes abordagens qualitativas de pesquisa. Desta forma, a postura do pesquisador não é considerada neutra. O pesquisador deve ter clareza a respeito de seus posicionamentos e levá-los em conta em todas as etapas da pesquisa.

Para Denzin e Lincoln (2000) o pesquisador qualitativo não é um observador objetivo, autoritário, politicamente neutro que se posiciona acima e fora do contexto em que pesquisa. Pelo contrário, o pesquisador qualitativo é historicamente posicionado e localmente situado.

Esta pesquisa pretende descrever o funcionamento dos serviços de atendimento aos jovens que fazem uso de drogas na cidade de Ribeirão Preto, a partir dos relatos dos responsáveis pelos serviços, buscando triangular esses dados, com os obtidos através das entrevistas e do levantamento e análise da legislação vigente. Desse modo, temos como objetivo da análise compreender a atuação prática dos serviços públicos de atenção à questão da drogadição no município, suas proposições e suas capacidades de abrangência.

5.1 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para atingir os objetivos propostos neste estudo, escolhemos como instrumentos principais de coleta de dados: a entrevista e o levantamento documental. Além disso, o

registro de notas em diário de campo e as falas fortuitas foram instrumentos complementares utilizados durante todo o processo.

5.1.1 Entrevista

A entrevista é um método de coleta de informações intencional entre duas ou mais pessoas. É considerada por muitos autores como uma técnica muito utilizada nas Investigações Sociais (GIL, 1999).

As entrevistas são geralmente utilizadas em investigações sobre um tema complexo, delicado, ou quando o entrevistado tem muito a falar sobre o assunto e também quando os sujeitos estão dispersos (DEBUS, 1994).

Este estudo apresenta tais necessidades, visto que ao entrevistar os responsáveis por diferentes serviços temos uma amostra de sujeitos dispersos que descrevem realidades diferentes.

Conforme nossos objetivos, optamos por utilizar a entrevista, realizada com o roteiro semi-estruturado. Este tipo de entrevista é caracterizado por um roteiro norteador, o qual é composto por questões abertas e semi-abertas e propicia ao pesquisador a liberdade para fazer outras perguntas que considerar pertinentes.

Neste estudo, a entrevista foi utilizada como um dos instrumentos principais por ser compatível com os propósitos do pesquisador, com os pressupostos teóricos que norteiam esta pesquisa e por ser uma técnica capaz de atingir os objetivos da mesma (PINHEIRO, 2004).

A entrevista semi-estruturada permite ao pesquisador a descrição, explicação e a compreensão do tema investigado em sua totalidade (TRIVIÑOS, 1992).

Segundo Pinheiro (2004) a entrevista é uma ação situada num contexto, através do qual são produzidos sentidos, que são versões da realidade. Tais sentidos possibilitam reflexões de pensamentos anteriores, futuros e imaginários, o que permite haver uma interação entre um sujeito que fala e um que escuta.

Os roteiros são responsáveis pelas táticas de condução da entrevista, dizem respeito à forma que o investigador utilizará para formular suas perguntas e obter suas respostas (LODI, 1991).

As questões foram formuladas de modo a não induzir as respostas dos sujeitos, e buscando respostas pautadas no contexto de cada um deles, respeitando a coerência e a ética deste trabalho (MINAYO, 1998; TRIVIÑOS, 1992).

No roteiro, se considerou importante aludir à data da entrevista, assim como alguns dados pessoais do informante, os quais também farão parte da análise. Com relação à caracterização dos serviços de acordo com as informações prestadas por seus responsáveis obtivemos: dados sobre a instituição; sobre os profissionais envolvidos no serviço; sobre a população atendida; sobre a modalidade da demanda; sobre a rotina de atendimento; sobre as ações sócio-educativas e propostas pedagógicas.

Tais itens compõem um tópico do roteiro, sendo que cada um apresenta várias questões que investigam pontos específicos sobre um determinado assunto. Também neste roteiro consta uma questão em que o entrevistado pode colocar suas opiniões ou acrescentar, livremente, algo que considerar pertinente.

O roteiro da entrevista foi elaborado com base na literatura como propõe: Biklen e Bogdan (1994), Minayo (1998), Lodi (1991) e Delgado e Gutierrez (1995) e objetiva colher dados que caracterizem os programas, serviços e instituições, conforme os objetivos desta investigação (Roteiro de entrevista - Anexo C).

5.1.2 Levantamento Documental

“[...] Um recorte de jornal, uma fotografia de uma cena de rua ou o diário oficial de um governo são tão *presentativos (no sentido de estar presente)* quanto uma entrevista [...]” (SPINK, P., 2004, p.124).

A pesquisa documental foi escolhida para este trabalho por entendermos que a caracterização dos serviços somente através de entrevistas resultaria apenas em uma versão da realidade. O acesso aos documentos do passado e do presente, ou seja, a dados já existentes, permitiu a realização de um estudo mais abrangente, capaz de proporcionar a compreensão da realidade social municipal sobre esta temática nos dias atuais.

Realizamos levantamento das Leis, Portarias, Decretos e documentos em geral que estão relacionados ao tema de estudo. A fim de proporcionar melhor entendimento, apresentaremos a seguir, breves definições:

Leis são de competência do Poder Legislativo, sancionadas pelo respectivo Poder Executivo. Decretos são atos administrativos de competência exclusiva do chefe do Executivo, para atender situações previstas em leis. Portarias são instrumentos pelos quais ministros, secretários de governo ou outras autoridades editam instruções sobre a organização e o funcionamento de serviços. Resoluções e Deliberações são diretrizes ou regulamentos emanados de órgãos colegiados, tais como os Conselhos de Saúde (BRASIL, 2004a, p. 9).

Através destes instrumentos de coleta de dados tivemos acesso à ‘perspectiva social’. Em geral a apresentação dos documentos é considerada como um retrato brilhante e irrealista de como funciona a organização (BOGDAN; BIKLEN, 1994). É por esta razão que consideramos importante confrontar os documentos oficiais com a realidade prática dos serviços de atendimento.

5.1.3 Instrumentos Complementares

Com o objetivo de complementar as entrevistas e os documentos levantados, optamos por utilizar durante todo o processo de coleta de dados notas em diário de campo e falas fortuitas que contribuíssem com a caracterização dos serviços de atendimento.

O registro de notas em diário de campo foi realizado com o intuito de obter anotações de caráter descritivo e reflexivo, contribuindo com interpretações e reflexões da pesquisadora.

As anotações de caráter descritivo contiveram dados como: data, horário, local, fatos relevantes (como, por exemplo: olhares significativos, reações diversas, dentre outros) e falas fortuitas significativas. As anotações reflexivas compreenderam as reflexões da própria pesquisadora sobre os fatos e falas ocorridos.

Para Bogdan e Biklen (1994, p.150), “[...] as notas de campo são relatos escritos daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha dos dados [...]”.

Além disso, segundo Schatzman e Strauss (1973) as notas de campo, além de serem um instrumento de coleta de dados, oferecem parâmetros para reorientação da investigação.

As falas fortuitas são conversas corriqueiras, do cotidiano das pessoas, que ocorrem de maneira informal, o que permite que o sujeito fale, independente da sua classe social, da sua religião, profissão e outros aspectos. Elas foram coletadas sem a interferência da pesquisadora, dessa forma, são falas sem grau algum de formalização. O uso deste tipo de metodologia se faz presente neste estudo mediante ao entendimento desta como uma prática discursiva e devido aos objetivos a que este estudo se propõe (MENEGON, 2004).

6. PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

6.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisadora solicitou uma autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde para a realização deste estudo visto que o mesmo tem como objetivo caracterizar os serviços de atendimento aos jovens que fazem uso de drogas. Obtivemos a autorização, mediante um documento escrito que nos permitiu realizar as entrevistas com os responsáveis pelos serviços públicos municipais.

O Comitê de Ética desta Universidade conferiu parecer favorável à realização desta pesquisa no dia 23 de Março de 2005, de acordo com o processo número 173/2004 (Anexo D).

Além desses procedimentos preliminares, este estudo foi apoiado nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas que envolvem estudos com seres humanos (BRASIL, 1996).

As entrevistas foram realizadas somente após a leitura do *rapport* (Anexo A) e em concordância com o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B), que contemplava a explicitação dos objetivos da pesquisa, a garantia do sigilo com relação à identificação dos participantes, a apresentação do método adotado e o tratamento dos dados.

6.2 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

6.2.1 Procedimentos para coleta de dados junto aos responsáveis pelos serviços

Em princípio fizemos o levantamento dos serviços de atendimento a Saúde Mental no município de Ribeirão Preto, a fim de localizar quais deles ofereciam atendimento aos jovens que fazem uso de drogas. Esse primeiro levantamento foi realizado através dos nossos conhecimentos a respeito dos serviços oferecidos na cidade. A partir daí foi feita uma relação dos serviços que ofereciam atendimento na área de Saúde Mental. Diante destas informações, entramos em contato via telefone com cada um deles para verificar quais ofereciam atendimento a jovens usuários de drogas.

Nos quinze serviços levantados incluem-se: Hospital Psiquiátrico, Serviços Ambulatoriais, Hospital Geral, Hospital Dia, serviços oferecidos em Unidades Básicas, Comunidades Terapêuticas, serviços de Auto – Ajuda e serviço de treinamento para profissionais da área da saúde. Desses, três serviços relataram não oferecer atendimento e três atendem jovens, porém, não atendem usuários de drogas. Fomos ainda informados via telefone que um serviço não estava mais funcionando.

A partir desta primeira relação, estabelecemos uma lista de oito serviços que ofereciam atendimento a jovens usuários de drogas. Iniciamos nossa coleta, estabelecendo contato com os responsáveis pelos serviços, convidando-os a participarem desta pesquisa. Estes contatos foram realizados via telefone, nos quais a pesquisadora solicitou falar com o responsável pelo serviço; apresentou-lhes a pesquisa através de um *rapport* (Anexo A) e convidou a instituição a participar do estudo. Oferecíamos a possibilidade de agendar um horário em que a pesquisadora, pessoalmente, pudesse explicitar melhor os procedimentos da pesquisa.

Todas as instituições foram contatadas, por diversas vezes, para formalização do convite para participar da pesquisa e agendamento do primeiro encontro..

Por parte de alguns dos responsáveis pelos serviços encontramos grandes dificuldades em conversar, e principalmente em agendar a entrevista com três serviços *a priori*, devido ao número de seus compromissos profissionais, inerentes aos seus cargos, ou ainda em razão de suas férias. Mantivemos contato com estes serviços por diversas vezes durante todo o processo de coleta de dados, conseguindo enfim, ao final da mesma, realizar os encontros, de forma que os responsáveis aceitaram participar da pesquisa.

Sete entrevistas foram realizadas no próprio serviço de atendimento e uma foi realizada em praça pública. Os horários e dias foram combinados previamente em comum acordo.

Antes de iniciarmos a entrevista, novamente os objetivos da pesquisa eram esclarecidos, e o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B) era apresentado, solicitando a autorização expressa do entrevistado e seu consentimento em gravar a entrevista.

Foram realizadas sete entrevistas individuais, uma entrevista foi realizada com o responsável pelo serviço e sua assessora. A coleta foi realizada no período de agosto de 2004 a março de 2006.

Todas as entrevistas foram gravadas, utilizando para isto um pequeno gravador e fitas de áudio cassete. O tempo de duração de cada entrevista foi, em média, de duas horas. As transcrições foram realizadas com base nas normas sugeridas por Preti (1993) (Anexo F), logo após as entrevistas serem finalizadas, preservando-se todas as características da fala.

Nestas entrevistas foram abordadas questões relativas ao funcionamento do serviço, buscando compreender: os objetivos do programa, metodologia de trabalho, horários de funcionamento do programa, número de profissionais contratados, especialidade dos profissionais, linha de atendimento, tipos de atendimentos oferecidos, procedimentos de acolhimento e encaminhamento, critérios para participação no serviço e critérios de alta (Roteiro de Entrevista - Anexo C).

Ao final das entrevistas agradecemos pelas informações coletadas e pela disponibilidade em participar do estudo.

6.2.2 Procedimentos para coleta de dados com relação à pesquisa documental

Os documentos foram coletados entre o período de setembro de 2005 a abril de 2006. Foram selecionados: oito leis, sete portarias e sete documentos que de maneira geral regulamentam as Políticas Públicas de atendimento a questão da drogadição em todos os níveis, municipal, estadual e federal (Apêndice C – Quadro 1).

Para chegar a essas fontes, realizamos um levantamento dos documentos existentes em nível nacional, estadual e municipal que regulamentam as políticas públicas quanto a programas de atendimento à questão da drogadição. Este levantamento foi obtido através de consulta a sítios eletrônicos e pesquisa bibliográfica.

Em princípio, fizemos um levantamento de leis e portarias que abordam a questão do uso de drogas. Encontramos a legislação brasileira sobre drogas, encabeçada pela Lei nº 6.368/76 com suas diversas alterações (BRASIL, 1976). Em 11 de janeiro de 2002 foi

aprovada a Nova Lei sobre Tóxicos, sob o nº 10.409, a qual trouxe alterações mais substanciais no campo processual do que no campo técnico (BRASIL, 2002a).

Neste levantamento detectamos ainda a aprovação da Política Nacional Antidrogas (BRASIL, 2005a), a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas³¹ e a Lei nº 10.216³² que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, a qual proporcionou o redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Mental.

Num segundo momento, levantamos leis e portarias que regulamentassem os serviços existentes ou que amparassem a existência dos diferentes tipos de serviços oferecidos e suas ações múltiplas, procurando contemplar o objetivo proposto.

Realizamos a leitura de todos os documentos selecionados e analisamos cada um deles com vistas ao seu conteúdo e a prática em Ribeirão Preto.

³¹ Id., 2003.

³² Id., 2001b.

7. APROXIMAÇÃO AO CAMPO DA PESQUISA

7.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO

O município de Ribeirão Preto

A cidade está localizada na região nordeste do Estado de São Paulo. Apresenta sua unidade territorial equivalente a seiscentos e cinquenta quilômetros quadrados (650 Km²), sendo considerada a nona maior cidade do Estado de São Paulo (IBGE, 2005).

Ainda de acordo com censo do IBGE, a população no ano de 2006 era composta por quinhentos e cinquenta e nove mil e seiscentos e cinquenta e um (559.651) habitantes. Deste total, cento e cinquenta e três mil e novecentos e trinta e quatro (153.934) habitantes, correspondem a mais de 27% das pessoas entre 15 e 29 anos (jovens), tendo como prevalência o sexo feminino, como demonstra a tabela 2 (apresentada na página seguinte).

A cidade é considerada uma das mais ricas do Estado. Sua localização próxima a grandes centros contribui para o seu crescimento. Ribeirão Preto apresenta um alto padrão de vida, em relação aos municípios brasileiros, assim como bons indicadores com relação à saúde, saneamento e educação.

Pela alta produção de cana-de-açúcar são bons o desempenho econômico e a renda da região (RIBEIRÃO PRETO, 2006a). Na cidade, a educação é composta pela rede municipal, estadual e escolas particulares, sendo oferecido aos munícipes os ensinos, infantil, fundamental e médio. Ribeirão Preto apresenta ainda, diversas instituições que oferecem formação universitária, como: Universidade de São Paulo (USP), Universidade de Ribeirão

Preto (UNAERP), Universidade Paulista (UNIP), Faculdades COC (UNICOC), Centro Universitário Barão de Mauá, Instituição Moura Lacerda, Faculdades Bandeirantes, além de cursos profissionalizantes e de pós-graduação.

Tabela 2 - Distribuição da População no Município de Ribeirão Preto, em função da faixa etária e do sexo.

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2006			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos não detalhado	-	-	-
Menor 1 ano	4.359	4.092	8.451
1 a 4 anos	17.227	16.767	33.994
5 a 9 anos	23.088	22.141	45.229
10 a 14 anos	25.183	24.637	49.820
15 a 19 anos³³	27.226	27.532	54.758
20 a 29 anos	48.620	50.556	99.176
30 a 39 anos	42.285	45.761	88.046
40 a 49 anos	35.269	39.666	74.935
50 a 59 anos	22.373	26.126	48.499
60 a 69 anos	13.973	17.664	31.637
70 a 79 anos	7.414	10.581	17.995
80 anos e mais	2.354	4.757	7.111
Idade ignorada	-	-	-
Total	269.371	290.280	559.651

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

Segundo o portal virtual oficial da cidade de Ribeirão Preto, o município é conhecido nacionalmente como um pólo de saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2006b). De acordo com o IBGE, entre os anos de 2002 e 2003 a cidade apresentou cento e trinta e nove estabelecimentos de saúde (IBGE, 2005).

Atualmente o município está dividido em cinco Distritos de Saúde, ou seja, regiões com populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais que tem como objetivo oferecer melhores condições de atendimento à população. Os distritos agrupam

³³ Grifo nosso.

Unidades Básicas (UBS) e uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS), além de outros equipamentos sociais. Desta forma, cada distrito está localizado em uma determinada região, quais sejam: Distrito Central, localizado na região central (UBDS Central); na região leste, o Distrito Leste (UBDS Castelo Branco); na região norte o Distrito Norte (UBDS Quintino Facci II); o Distrito Oeste, localizado na região oeste (UBDS Sumarezinho); e na região sul está o Distrito Sul (UBDS Vila Virgínia). Cada distrito é composto por várias Unidades Básicas, ao todo o município apresenta cerca de trinta UBS, cinco UBDS e dezoito equipes de saúde da família as quais estão distribuídas pelos distritos. (RIBEIRÃO PRETO, 2006b).

Segundo a Secretaria Municipal da Saúde, a cidade apresenta três hospitais públicos, sete particulares e sete filantrópicos (RIBEIRÃO PRETO, 2006b).

Segundo dados do IBGE, entre os anos de 2002 e 2003 havia um total de dois mil cento e sessenta e seis leitos hospitalares, destes, apenas mil setecentos e um estavam disponíveis pelo SUS (IBGE, 2005).

O município conta ainda com um Ambulatório Regional de Saúde Mental, dois Ambulatórios de Saúde Mental, localizados nos Distritos Central e Oeste, um CAPS e um CAPSad, um Núcleo de Gestão Assistencial (NGA – 59), um Centro de Referência em Moléstias Infecto Contagiosas “Dr. José Roberto Campi”, um Programa de Assistência Saúde da Pessoa com Deficiência (PASDEF), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro Odontológico Pediátrico (COP) e um Complexo Regulador de Odontologia (C. Reg. Odonto) entre outros (RIBEIRÃO PRETO, 2006b).

Apesar da estrutura disponível, a cidade apresentou em 2006 o maior índice de casos de aids dentre os municípios do interior do Estado de São Paulo, com quatro mil quinhentos e vinte casos de pessoas infectadas, sendo que a grande maioria pertence ao sexo masculino.

Desse total, dois mil quatrocentos e quarenta e seis já faleceram, mil novecentos e noventa e duas pessoas estão vivas e de oitenta e duas pessoas não se conhece o estado de saúde. De quatro mil quinhentos e vinte casos, oitocentos e oitenta e dois foram infectados e contraíram a doença através do uso inadequado de seringas.³⁴

Além disso, Ribeirão Preto faz parte da “Rota Caipira” do tráfico internacional de drogas (ARBEX; TOGNOLLI, 1996). Através de aviões, helicópteros e ônibus intermunicipais a droga tem sido distribuída. São várias as indicações de que o município faz parte de rotas de tráfico. As polícias, Civil e Federal, que atuam na repressão ao tráfico estimam que cinco toneladas de drogas circulem por mês nesta região (AZEVEDO; SILVA, 2004).

De acordo com os percentuais do ‘Data SUS’, a cidade de Ribeirão Preto, apresenta altíssimos índices de mortalidade por causas externas, proporcionais à faixa etária, sendo equivalente a 46,2% o índice de adolescentes entre 10 e 14 anos, e 84,5%, dos jovens entre 15 a 19 anos (BRASIL, 2006a).

Com relação à morbidade hospitalar e à distribuição de internação por grupo de causas e faixas etárias no ano de 2004, 2,4 % dos adolescentes entre 10 e 14 anos e 3,3% dos jovens entre 15 e 19 anos apresentaram transtornos mentais e comportamentais (BRASIL, 2006b).

³⁴ QUARTIER, S. A Aids desafia a saúde em Ribeirão Preto. **Jornal A Cidade**. 26 mar. 2006. Disponível em: <http://www.jornalacidade.com.br/geral>. Acessado em 29 mar. 2006.

7.2 ACESSO AO CAMPO

Realizamos levantamentos documentais, em sítios eletrônicos e outras fontes oficiais, sobre as políticas públicas que regulamentam programas de atendimento à drogadição, leis, portarias e documentos referentes ao funcionamento dos serviços em nível estadual, municipal e federal.

Os serviços e programas existentes no município de Ribeirão Preto que oferecem atendimentos na área da Saúde Mental foram identificados através dos nossos prévios conhecimentos, sendo que, de algumas destas instituições, já se sabia sobre seu atendimento aos jovens usuários de drogas.

Os primeiros contatos foram feitos via telefone, durante os quais solicitamos falar com o responsável pelo serviço. Para estes, era apresentada a pesquisa e a instituição era convidada a participar da mesma, garantindo a possibilidade de agendar uma visita da pesquisadora, a fim de que pudesse melhor explicar o procedimento da pesquisa.

Todas as instituições relacionadas foram procuradas diversas vezes até que se conseguisse estabelecer o contato com o responsável.

A partir das primeiras entrevistas, passamos a conhecer a respeito de outros serviços que ofereciam atendimento aos jovens que fazem uso de drogas. A partir dessas informações realizamos contatos com esses serviços e posteriores visitas.

8- ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

8.1 PARTICIPANTES E FONTES

8.1.1 Participantes

Foram participantes deste estudo oito profissionais responsáveis por serviços de atendimento à questão da drogadição no município de Ribeirão Preto. (Quadro: caracterização dos responsáveis pelos serviços – Apêndice A).

8.1.2 Fontes

Os documentos, leis e portarias que fizeram parte deste estudo estão descritos no Quadro: caracterização das fontes - apêndice C.

Através da pesquisa documental, procuramos “[...] a diversidade de formas a partir das quais os processos sociais se fazem presentes e pela natureza coletiva das tentativas humanas de refletir sobre os sentidos” (SPINK, P., 2004, p.124). Com o intuito de abarcar as diversas maneiras de acesso ao foco, procuramos realizar uma conexão entre todos os aspectos desses documentos, promovendo um diálogo entre possíveis posicionamentos (SPINK; M. J., 2004).

8.2 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

A pesquisa qualitativa é naturalmente multi-método em foco (FLICK, 1998). Contudo o uso de múltiplos métodos de coleta de dados, ou triangulação dos mesmos, reflete uma tentativa para assegurar um entendimento profundo do fenômeno em questão. A realidade objetiva nunca pode ser capturada. Podemos conhecer uma coisa apenas através de suas interpretações.

A triangulação é uma estratégia ou alternativa de validação (FLICK, 1998). A combinação de múltiplas práticas metodológicas, materiais empíricos, perspectivas e observadores em um único estudo é uma estratégia que adiciona rigor, amplitude, complexidade, riqueza e profundidade a qualquer processo de investigação (FLICK, 1998).

A pesquisa qualitativa, como um conjunto de atividades interpretativas, não privilegia nenhuma prática metodológica sobre outra (DENZIN; LINCOLN, 2000). Para esses autores, o produto do trabalho do *bricoleur* interpretativo é uma bricolagem complexa e similar à colcha de retalhos, uma colagem ou montagem. Essa estrutura interpretativa é como uma colcha de retalhos, uma seqüência que busca conectar as partes ao todo.

Este tipo de pesquisa é interminavelmente criativo e interpretativo. O pesquisador não apenas deixa o campo com montanhas de materiais empíricos e então facilmente escreve suas descobertas. Interpretações qualitativas são construídas. O pesquisador primeiro cria um texto de campo que consiste de notas de campo e documentos de campo. O autor como intérprete move-se desse texto para um texto de pesquisa: notas e interpretações baseadas no texto de campo. Esse texto é então recriado como um documento interpretativo de trabalho que

contém as tentativas iniciais do autor para dar sentido ao que ele aprendeu. Finalmente o autor produz o texto público que chega ao leitor (DENZIN; LINCOLN, 2000).

Dessa forma, a análise dos dados foi iniciada ainda na fase do trabalho de campo, com a coleta dos documentos escritos e com a participação dos responsáveis pelos serviços. Após a realização de cada entrevista, as quais foram transcritas, seguindo as normas elaboradas por Pretti (1993)(Anexo F), eram elaborados os diários de campo.

A análise das entrevistas e das fontes começou com a leitura flutuante de todas elas, visando à imersão no conjunto de informações coletadas. Durante todo o desenvolvimento da pesquisa estávamos imersos no processo de interpretação dos dados, aspecto apontado como interessante ao bom andamento da investigação por Spink e Lima (2004).

Segundo Franco (2005) a primeira instância da análise é a pré-análise, este é o momento de contato e organização do material. É feita uma leitura “flutuante” dos dados que permite impressões e pensamentos. Neste momento estabelece-se o *corpus*. “*Corpus* é um conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (BARDIN, 1977, p.96).

Através de alguns passos, procuramos compreender o conteúdo dos documentos selecionados e das entrevistas.

Primeiramente classificamos dois *corpus*, sendo um composto pelo relato dos responsáveis pelos serviços e o segundo pelos conteúdos da pesquisa documental. Este momento possibilitou o conhecimento geral dos dados, a elaboração de determinadas questões norteadoras da caracterização de serviços buscadas na entrevista e na descrição dos documentos (quadros – apêndices A, B e C).

Após as etapas descritas, tendo como base o objetivo de caracterização dos serviços realizamos a sistematização dos dados colocando em quadros descritivos (Apêndice B) as respostas dadas pelos participantes às questões mais objetivas do roteiro de entrevista (Anexo C), assim como um quadro descrevendo os documentos levantados na pesquisa documental (Apêndice C).

Para Minayo (1998) essa classificação pode ser comparada a gavetas, “[...] onde cada assunto, tópico ou tema é cuidadosamente separado e guardado” (p.236).

A análise foi também permeada pela reflexividade onde a pesquisadora contribuiu com seus vieses e implicações com os temas, com seu ponto de vista e com seus investimentos.

8.3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS REFERENTES ÀS ENTREVISTAS

8.3.1 Resumo das atividades realizadas pelos serviços que participaram deste estudo

Serviço A

Este serviço é uma associação de pessoas que se reúnem para trocar experiências com o objetivo de recuperar alcoólicos através de um grupo de ajuda mútua. A instituição não apresenta quadro de funcionários, e não há limite de idade para a população atendida sendo que os interessados podem procurar o serviço espontaneamente ou serem encaminhados até o mesmo. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira no período noturno e aos

domingos no período da manhã. Apresenta como área de abrangência a região de Ribeirão Preto e para manter-se em funcionamento este serviço recebe doações de seus membros.

Serviço B

Este serviço oferece dois tipos de atendimento à população: **a) Casa de triagem** onde são realizadas triagens de casos e há um núcleo de apoio aos dependentes, neste caso o funcionamento ocorre de segunda a sexta-feira no horário comercial; e **b) Fazenda de recuperação** onde oferece internação a dependentes químicos e não químicos, em geral durante nove meses, com funcionamento vinte e quatro horas.

Esta instituição é uma fundação que foi criada em 1999. Sua área de abrangência é nacional, tendo como objetivo recuperar a auto estima e a vida de pessoas que são dependentes, procurando reinserí-las na sociedade. Doações, verba municipal e contribuições de empresas, voluntários e familiares são os recursos que mantêm este serviço. A maioria dos profissionais que a instituição apresenta são voluntários, sendo apenas os coordenadores contratados, razão pela qual o serviço não apresenta uma equipe multidisciplinar. São atendidos apenas homens entre 14 e 70 anos. Os interessados podem procurar o serviço espontaneamente ou através de encaminhamentos.

Serviço C

Serviço ambulatorial criado em 1996 com o objetivo de oferecer atendimento diferenciado dos serviços hospitalares e ambulatoriais existentes. A população atendida é composta de crianças até pessoas idosas que residem no município de Ribeirão Preto. Os interessados podem procurar o serviço espontaneamente ou podem chegar ao mesmo através de encaminhamentos. O serviço relaciona-se com outras instituições formando uma rede de referência e contra-referência. Apresenta uma equipe multidisciplinar suficiente para a

demanda atendida atualmente. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira nos períodos da manhã, tarde e noite e não há um tempo previsto de atendimento, pois este dependerá de cada caso. Os recursos para manutenção provêm de verbas públicas.

Serviço D

Este é um serviço estadual que oferece atendimento ambulatorial. Desde sua criação em 1996 atende jovens de ambos os sexos com idade entre 12 anos e 6 meses até 19 anos. O serviço tem como objetivo oferecer atendimentos a pessoas que apresentam algum transtorno psiquiátrico e residem na região de Ribeirão Preto, sendo que o atendimento é oferecido através de encaminhamentos. Composto por uma equipe multidisciplinar formada por profissionais contratados, estagiários e voluntários, os atendimentos funcionam apenas dois dias por semana.

Serviço E

Realiza treinamento de diversos profissionais da saúde com o objetivo de prepará-los para lidar com pessoas que fazem uso de álcool e drogas. Além disso, o serviço elabora materiais didáticos e oferece serviço ambulatorial. Em geral, este tipo de serviço é realizado quando solicitado por alguma prefeitura. Criado em 1999, este serviço tem como objetivo desenvolver estratégias e ações preventivas e de atenção aos problemas causados pelo uso de álcool e drogas. Para execução e manutenção o serviço recebe verba da Organização Mundial de Saúde e do Estado. Apresenta uma equipe multiprofissional formada por profissionais concursados, contratados, voluntários e estagiários.

Serviço F

Serviço estadual de emergência hospitalar criado em 1975, com o objetivo de oferecer atendimento de emergência psiquiátrica através de intervenção aguda a população que reside na região da DIR - XVIII. Oferece atendimento a jovens acima de 16 anos e as crianças (de 12 anos pra baixo) são encaminhadas para o setor de pediatria. Uma equipe formada por médicos psiquiatras, enfermeiros, equipe de serviço social e psicologia que atendem todo o hospital fazem parte do quadro de profissionais que atuam neste serviço. Para ter acesso a este é possível buscá-lo espontaneamente ou através de encaminhamentos. Seu funcionamento ocorre vinte e quatro horas e não há limite de faixa etária. O tempo de atendimento são algumas horas devido à escassez de leitos, a grande demanda e ao tipo de atendimento que este serviço oferece.

Serviço G

Associação de membros do mundo todo que se reúnem em um grupo de mutua ajuda para partilhar e trocar informações desde 1996 na cidade de Ribeirão Preto. O objetivo deste serviço é levar mensagem a um adicto que ainda sofre, trabalhando com este os doze passos e com as doze tradições. Este tipo de serviço não apresenta quadro de profissionais e não há limite de idade para ser atendido. Através de demanda espontânea ou de encaminhamentos é possível passar a freqüentá-lo. O serviço se mantém através de doações dos próprios membros.

Serviço H

Fundado em 2002, este serviço é uma associação que tem como objetivo recuperar a auto estima e ressocializar pessoas do sexo masculino a partir dos 11 anos que fazem uso de drogas. Em geral o tempo médio de atendimento é de seis a nove meses de internação em uma

casa onde todos devem se abster do uso de drogas, com exceção da nicotina. A área de abrangência deste serviço é o mundo todo. Com relação aos profissionais, esta instituição apresenta apenas um coordenador geral que trabalha voluntariamente. O serviço funciona vinte e quatro horas por dia e recebe pessoas que buscam o atendimento espontaneamente ou através de encaminhamentos. Para se manter este serviço recebe doações.

8.3.2 Dados referentes às entrevistas

No município de Ribeirão Preto, como já foi mencionado, identificamos quinze serviços que poderiam participar deste estudo. Destes, nove eram de natureza jurídico-social governamental e seis, não-governamental. Dentre os nove serviços governamentais, apenas três participaram da pesquisa e dos seis não-governamentais, cinco foram participantes deste estudo. Todos os serviços que fizeram parte deste estudo oferecem atendimento a jovens usuários de drogas.

Das oito entrevistas realizadas, cinco foram feitas com os responsáveis pelos serviços, duas com membros que participam das instituições e uma entrevista foi realizada com um profissional que trabalha no serviço, conforme está descrito no apêndice A. Dos oito entrevistados cinco são do sexo masculino e três do sexo feminino. A faixa etária varia de sessenta e um a vinte e oito anos. Quanto ao tempo em que os entrevistados trabalham na instituição o mesmo varia de seis meses a doze anos. Seis dos entrevistados informaram ter algum tipo de formação profissional, um declarou ser estudante e um não declarou se tinha formação profissional.

Com relação a esses dados encontramos pessoas de ambos os sexos, com diferentes faixas etárias e tempo variado de serviço, o que caracteriza a multiplicidade de colaboradores a esta população.

De maneira geral, os entrevistados demonstravam-se receosos no início das entrevistas, algumas vezes verbalizaram tal insegurança, pois temiam que as informações coletadas fossem usadas em prejuízo da instituição, entretanto nenhuma entrevista foi realizada sem o consentimento dos participantes. Com o transcorrer da entrevista os responsáveis pelos serviços ficaram mais tranquilos e ao final, todos estavam à vontade e reconheceram a importância deste estudo também para suas instituições. De acordo com alguns relatos descritos nos diários de campo, falar sobre o funcionamento e outros aspectos do serviço permitiu a reflexão sobre a boa execução do mesmo. Em alguns casos o responsável verbalizou a necessidade de levantar dados do serviço para verificar informações que não tinham sido apuradas e por isso eram desconhecidas:

*[...] trezentos e cinqüenta a quatrocentos atendimentos...por mês...mais não sei se eu to certa...assim...precisava...eu to precisando fazer um trabalhinho disso... levanta....(risos)[...]
(responsável serviço F).*

Um dos responsáveis ao fim da entrevista parabenizou a pesquisadora pelo estudo, solicitou seu e-mail e naquele momento enviou dois artigos científicos relacionados ao tema a fim de contribuir com o trabalho. Um outro entrevistado solicitou que as informações coletadas no estudo fossem divulgadas:

[...] essas informações...poderiam ser colocadas... em uma rede de informática... para facilitar... o acesso das pessoas [...](responsável pelo serviço A).

Outro responsável declarou ter sido um prazer participar, elogiou a iniciativa do estudo e relatou:

[...]se tivéssemos mais trabalhos como este estaríamos bem mais avançados[...] (responsável pelo serviço E).

De maneira geral os responsáveis pelos serviços se colocaram a disposição caso surgisse alguma dúvida, agradeceram pela reflexão acerca do tema e solicitaram que fossem informados quando o estudo estivesse finalizado.

Os dados das entrevistas foram sumarizados nos quadros numerados de 1 a 11, apresentados no apêndice B, nos quais as instituições foram identificadas por letras de “A” até “H”.

Apêndice A – Entrevistados deste estudo - Quadro 1: Caracterização dos entrevistados

SERVIÇOS	TIPO DE SERVIÇO	CARGO DO PROFISSIONAL ENTREVISTADO	TEMPO DE TRABALHO NA INST./SERV.	QUANTO TEMPO ESTÁ NO CARGO	FORMAÇÃO PROFISSIONAL	IDADE	SEXO M/F
1. Serviço A	Grupo de Auto Ajuda	Servidor de confiança/ Membro participante	3 anos	1 ano	³⁵	61 anos	M
2. Serviço B	Comunidade Terapêutica	Presidente	5 anos	1 ano	Tradutor Político	55 anos	M
3. Serviço C	Ambulatorial	Coordenador	7 anos	5 anos	Médico Psiquiatra	37 anos	M
4. Serviço D	Ambulatorial	Psicóloga contratada	4 anos e meio	4 anos e meio	Psicóloga	30 anos	F
5. Serviço E	Capacitação aos profissionais de saúde para que estes possam trabalhar com adolescentes que fazem uso de drogas.	Coordenador	5 anos	5 anos	Médico Psiquiatra		M
6. Serviço F	Hospitalar - Urgência	Coordenadora	12 anos	9 anos	Médica Psiquiatra	40 anos	F
7. Serviço G	Grupo de Auto Ajuda	Membro ativo/ Servidor voluntário	10 anos		Estudante de Psicologia, Micro empresário	28 anos	M
8. Serviço H	Comunidade Terapêutica	Administradora e terapeuta	6 meses	6 meses	Terapeuta holística	50 anos	F

³⁵ Nos quadros descritos abaixo, alguns responsáveis pelos serviços quando questionados sobre alguns aspectos não responderam ou consideraram que o questionamento não se aplicava ao serviço, nestes casos os itens ficaram em branco.

Ao todo, quinze instituições foram identificadas como pertinentes ao estudo.

Das oito instituições participantes, três são de natureza governamental estadual e cinco são de natureza não-governamental variada. Dessas cinco, todas são entidades sem fins lucrativos, sendo os ‘Serviços A e G’ associações; o ‘Serviço B’ uma fundação, estes três serviços apresentam gerenciamento laico; o ‘Serviço C’ não especificou sua caracterização juridicamente e nem a sua forma de gerenciamento, e o ‘Serviço H’ faz parte da Federação Nacional das Casas Dias - FENACAD, segundo informações do seu responsável.

Dentre as sete instituições que não participaram, seis são governamentais, das quais cinco de natureza estadual, uma municipal, e apenas uma instituição é não-governamental.

Com relação às instituições que não participaram deste estudo, a pesquisadora estabeleceu diversas tentativas de contato e até agendamentos de visitas. Entretanto, os representantes de três instituições informaram que não ofereciam atendimento a jovens, outras três instituições informaram que não atendiam jovens usuários de drogas e um serviço nos informou que não estava mais funcionando (informação verbal).³⁶ Fomos informados de que este serviço atendia jovens usuários de drogas desde 1989, porém, parou de funcionar no ano 2000. Durante este período, eles chegaram a atender três mil pessoas, entretanto, segundo informações do responsável pela instituição, eles deixaram de funcionar, em primeiro lugar porque a maneira como eles trabalhavam se tornou desatualizada devido às mudanças que ocorreram na legislação e em segundo lugar devido a dificuldades financeiras para manter o serviço em bom estado de funcionamento. Atualmente eles se dedicam apenas à triagem de casos, os quais são posteriormente encaminhados a outras cidades (que apresentam este mesmo tipo de serviço).

³⁶ Informação obtida através de um contato telefônico com o responsável pelo serviço.

O serviço governamental municipal que não foi incluído neste estudo oferece atendimentos em unidades básicas para jovens e crianças. Ao todo doze psicólogos e dois médicos psiquiatras atendem toda a demanda da cidade e da região. Entretanto, conforme critérios pré-estabelecidos, este serviço não atende pessoas que fazem uso de drogas³⁷ (Anexo E).

Tabela 3 - Distribuição do número das instituições participantes e não-participantes segundo a natureza jurídico-social

INSTITUIÇÕES			
Natureza Jurídico-Social	Número de Instituições que participaram	Número de Instituições que não participaram	Subtotais/ Total
Governamentais	3	6	9
Não-Governamentais	5	1	6
Subtotais/total	8	7	15

A) Caracterização geral das instituições participantes

A partir dos dados apresentados no quadro 1 (Apêndice B), das oito instituições que nos concederam entrevista, pudemos observar que duas delas são comunidades terapêuticas que atendem dependentes químicos (Serviço B e H); duas funcionam através de trocas de experiências (Serviço A e G); duas instituições participantes oferecem serviços ambulatoriais

³⁷ Estes critérios de atendimentos nos foram apresentados por um documento oficial que informa as características, os critérios de atendimento, bem como os encaminhamentos e agendamentos. Estes dados foram fornecidos durante uma entrevista realizada com o responsável pela área de Saúde Mental do município no ano de 2004.

(Serviço C e D). Também participou desta pesquisa um serviço que faz treinamento de profissionais na área da saúde (Serviço E) e um serviço hospitalar (Serviço F).

Apêndice B: Apresentação dos dados (quadros de 1 a 11).

Quadro 1: Caracterização das Instituições com seus programas, datas de criação e áreas de atuação.

INSTITUIÇÃO	SERVIÇOS	DATAS		NATUREZA JURÍDICO-SOCIAL	
		Criação	Instalação	Governamental ³⁸	Não-Governamental ³⁹ Tipo de gerenciamento
Serviço A	Associação	10/6/1935	10/6/1935		(A) Laica
Serviço B	Fazenda de recuperação de dependentes químicos e não químicos e Casa de triagem com o movimento (NATA)- Núcleo de Apoio aos Dependentes Químicos	1999	9 meses após criação		(F) Laica
Serviço C	Núcleo de Atenção Psicossocial.	Agosto de 1996	1996		
Serviço D	Ambulatório para adultos e adolescentes.	1996	1996	E	
Serviço E	Treinamento de profissionais na área da saúde, assistência e prevenção quanto ao desenvolvimento de estratégias. Serviço ambulatorial realizado no Ambulatório de Psiquiatria Juvenil.	1999	1999	E	
Serviço F	Serviço de Emergência Hospitalar e Enfermaria de atendimento Breve.	1975	1975	E	
Serviço G	Associação	1996	1996		A
Serviço H	Casa de Apoio ao Drogado e ao Alcoólatra	2002	2002		A

³⁸ Considerar que: Municipal (M); Estadual (E); Federal (F).

³⁹ Considerar que: Associação (A); Fundação (F); OSCIP (O); outra-especificar. Os tipos de gerenciamento são: Laica e Não Laica.

Em relação às datas de criação e instalação podemos observar que todos os serviços foram instalados e logo deram início as atividades. Cinco, dos oito serviços participantes, foram criados e começaram a funcionar na década de noventa. O representante do ‘Serviço A’, informou que a instituição foi criada na década de trinta, entretanto, esta data, corresponde à criação e implantação deste tipo de serviço em termos mundiais, não sendo, desta forma, a data de sua criação no município de Ribeirão Preto. Por fim, o ‘Serviço F’ foi criado na década de setenta e o ‘Serviço H’ no ano de 2002.

Com estes dados, verifica-se que na década de noventa houve a criação de novos serviços dirigidos a jovens. Este fato pode estar relacionado à necessidade daquele momento por tal espécie de serviço que atendesse esta demanda crescente. Ao mesmo tempo, é necessário lembrar que nessa década surgiu o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, o que provavelmente contribuiu com a implementação de novos serviços.

Os objetivos das oito instituições, conforme descrito no quadro 2 (Apêndice B), incluem atendimentos à saúde mental de jovens sob diferentes perspectivas, incluindo um serviço que desenvolve estratégias, ações e materiais. Dessa forma, verificamos que apesar de serem serviços que apresentam diferentes modelos de atenção os objetivos dos mesmos são similares.

O ‘Serviço A e G’, de acordo com o relato de seus representantes, tem como objetivo recuperar pessoas através de trocas de experiências visando manter a sobriedade de seus membros.

Os ‘Serviços B e H’ têm como objetivo recuperar a vida e a auto-estima de pessoas que são dependentes químicos com o intuito de reinserí-las na sociedade.

O 'Serviço C' oferece um serviço de atendimento intermediário entre o nível ambulatorial e o nível hospitalar a farmacodependentes.

O 'Serviço D' oferece serviço ambulatorial aos jovens e grupos de discussão aos seus familiares.

O 'Serviço E' tem como objetivo desenvolver estratégias e ações que promovam a prevenção e atenção ao uso de drogas. Este serviço também desenvolve materiais e intervenções precoces.

O 'Serviço F' tem como objetivo formar profissionais, realizar um diagnóstico diferencial, interconsultas e intercorrências, além de oferecer atendimento de emergência psiquiátrica.

Quanto à área de abrangência dos serviços, conforme está demonstrado no quadro 2 (Apêndice B), dois serviços oferecem atendimentos ao município de Ribeirão Preto e região; um atende apenas a cidade de Ribeirão Preto, dois apresentam abrangência nacional, dois mundial e um atende a região da DIR - XVIII.

Observa-se que as abrangências previstas por estes serviços são muito grandes, em termos de extensão territorial. Isto, por sua vez, gera uma alta expectativa de atendimento de grande parte da demanda. Há um grande número de jovens que necessitam receber esses atendimentos ligados à dependência ou uso problemático de drogas em muitos municípios da região.

Estes dados se tornam relevantes se refletirmos sobre as dificuldades de acesso existentes para os possíveis usuários destes serviços e também sobre a própria capacidade dos serviços em atender uma grande extensão territorial.

O município apresenta grande quantidade de jovens que teriam necessidade de atendimento, entretanto, os serviços podem estar preenchidos por pessoas de outros estados ou países, sendo desta forma questionável se tais serviços conseguiriam atender a toda demanda municipal. Um outro aspecto diz respeito à centralidade dos serviços, praticamente inexistente descentralização nesta área de atuação. Um jovem que opta por um tipo de atenção deve estar disposto a buscar este serviço, mesmo que pra isso ele tenha que ir a pé, diante da falta de condições em pagar um ônibus e devido à centralização dos locais de atendimento.

Com relação ao estabelecimento de parceria com outras instituições, descrito no quadro 3 (apêndice B), dos oito responsáveis entrevistados, cinco informaram estabelecer parcerias, sendo que quatro realizam com outras instituições, profissionais e estagiários e uma instituição informou que estabelece parceria financeira com a Organização Mundial de Saúde. Além disso, as outras três instituições informaram que não estabelecem relações de parceria.

Quanto à cooperação com outras instituições, conforme os relatos dados pelos informantes, todas as instituições realizam este tipo de vínculo. Estes ocorrem regularmente em três instituições e em cinco acontecem de forma esporádica. De maneira geral, as instituições estabelecem vínculos de cooperação com: escolas, Secretaria de Educação, Fundação Estadual do Bem-estar do Menor - FEBEM, penitenciárias, hospital psiquiátrico, ambulatório regional de saúde mental, CAPS, Justiça, grupos de mútua ajuda, serviços que atendem crianças, adolescentes ou adultos em situação de rua, abrigos, albergues e clubes.

Quadro 02: Objetivos e regiões de abrangência, registros e recursos para manutenção

INSTITUIÇÃO	OBJETIVOS	REGIÃO DE ABRANGÊNCIA	RECURSOS PARA MANUTENÇÃO			
			Verba Pública ⁴⁰	Doação	Outros.Quais?	Sem Informação
Serviço A	Recuperação de alcoólicos com base na troca de experiências, procurando manter a sobriedade destes.	Região do município			Contribuição voluntária dos participantes	
Serviço B	Recuperar a auto estima e a vida das pessoas que têm dependência química para reinserí-las na sociedade.	Nacional	M	X	Empresas, voluntários e familiares dos usuários	
Serviço C	Alternativa de atendimento aos farmacodependentes intermediário entre o nível hospitalar fechado e o ambulatorial. O programa tem como proposta a ressocialização, não estigmatização, não institucionalização do usuário.	Municipal	Repasse de verba pública (SUS) e M.	X		
Serviço D	Ambulatório criado com a intenção de oferecer aos adolescentes um tipo de atendimento mais adequado às demandas dessa clientela: menor rotatividade de terapeutas, maior envolvimento da família no tratamento, orientação constante aos pais, maior espaço para discussão clínica e teórica dos casos.	Intermunicipal/ Regional	E			

⁴⁰ Considerar que: Municipal (M), Estadual (E), Federal (F) e Conselho Municipal dos direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA).

INSTITUIÇÃO	OBJETIVOS	REGIÃO DE ABRANGÊNCIA	RECURSOS PARA MANUTENÇÃO			
			Verba Pública ⁴¹	Doação	Outros. Quais?	Sem Informação
Serviço E	Desenvolver estratégias e ações voltadas para a prevenção e atenção aos problemas causados pelo uso de álcool e drogas, desenvolver materiais, introdução de técnicas de diagnóstico precoce, intervenção precoce ao nível de atenção primária.	Não há definição, já foram feitos trabalhos na região de Ribeirão Preto e de São José dos Campos.	E		Organização Mundial de Saúde	
Serviço F	Oferecer atendimento de emergência psiquiátrica através de uma intervenção aguda, realizar um diagnóstico diferencial, oferecer atendimento a interconsultas e intercorrências. Formar profissionais.	Região da DIR – XVIII.	E			
Serviço G	Que nenhum adicto sofra ou morra dos horrores da adicção. O propósito primordial é levar a mensagem ao adicto que ainda sofre. Seguir os dozes passos e as doze tradições.	Mundo todo.		Membros participantes		
Serviço H	Recuperação da auto estima e ressocialização do ser humano na sociedade.	Mundo todo		X		

⁴¹ Considerar que: Municipal (M), Estadual (E), Federal (F) e Conselho Municipal dos direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA).

‘Serviço A’, segundo relato do seu representante, estabelece cooperação com serviços de tratamento, apoio e recuperação de dependentes químicos. Por outro lado, o ‘Serviço B’ relata estabelecer cooperação com empresas. Interessante observar que apenas três instituições estabelecem cooperação com serviços de atendimento à mesma demanda, o que dificulta trocas de informações, encaminhamento de casos, o estabelecimento de redes de apoio e atendimento, assim como a referência e a contra-referência. A falta deste tipo de cooperação promove apenas trabalhos isolados e não serviços que se complementam e se interligam como sugere Mattos (2004).

Além das relações de parceria e cooperação algumas das instituições pesquisadas estabelecem relacionamentos com outros serviços, como apresentado no quadro 4 (Apêndice B), informando os aspectos positivos e negativos de seus estabelecimentos.

O representante do ‘Serviço B’ relatou que a instituição relaciona-se com organizações para produzir eventos com o intuito de obter verbas para auxiliar na manutenção da instituição.

Dois serviços informaram que não se relacionam com outras instituições. Por outro lado, cinco instituições, relacionam-se com diferentes serviços da área da saúde, para os quais são feitos encaminhamentos, e uma instituição se relaciona com outros tipos de serviços.

Os ‘Serviços C e F’ destacaram como aspecto positivo destes relacionamentos a rede de referência e contra-referência, prevista nos serviços de saúde. O informante do ‘Serviço C’ destacou que os aspectos negativos, é que não foram feitos contatos posteriores. Ou seja, relata que não há contra-referência.

Quadro 03: Parcerias e cooperação com outras instituições

INSTITUIÇÃO	PARCERIAS COM OUTRAS INSTITUIÇÕES			COOPERAÇÃO COM OUTRAS INSTITUIÇÕES			TIPO DE COOPERAÇÃO			NECESSIDADE DE VÍNCULOS DE COOPERAÇÃO		
	SIM		NÃO	SIM Com Qual (is) Instituição (ões)	NÃO	S/ INF	Regular	Esporádica	S/ INF	Sim		Não
	Financeira (Qual (is))	Recursos humanos (tipo)								Com qual (is)	Por que não foram estabelecidos	
Serviço A		Reuniões informativas		Serviços de tratamento, apoio e recuperação de dependentes químicos e albergues			X					
Serviço B		Amor Exigente		Profissionais da área da saúde, empresas e fornecedores de ração				.X		Prefeituras Municipais		
Serviço C		Estagiários da USP, UFSCAR, Rede Crescer, voluntários para ações da área administrativa.		Pedagogia de Rua, CETREM, Rede Crescer, Abrigo Casa Travessia			Quinzenais			Secretaria da Cidadania, Poder Judiciário, ONGS, Empresas, Associações, Universidade (pesquisa) Entidades Nacionais e Internacionais		

INSTITUIÇÃO	PARCERIAS COM OUTRAS INSTITUIÇÕES			COOPERAÇÃO COM OUTRAS INSTITUIÇÕES			TIPO DE COOPERAÇÃO			NECESSIDADE DE VÍNCULOS DE COOPERAÇÃO		
	SIM		NÃO	SIM Com Qual (is) Instituição (ões)	NÃO	S/ INF	Regular	Esporádica	S/ INF.	Sim		Não
	Financeira (Qual (is))	Recursos humanos (tipo)								Com qual (is)	Por que não foram estabelecidos	
Serviço D		Estagiários, e profissionais		Orientações para a FEBEM				Reuniões ou atendimentos agendados para alguns adolescentes e discussão de casos com a equipe da instituição.		Com organizações que possam oferecer outros serviços aos adolescentes		
Serviço E	Organização Mundial de Saúde - OMS	A Secretaria Estadual de Saúde, envia um psiquiatra, e uma assistente social.		FEBEM na região de Ribeirão Preto e Sertãozinho, Unidade Penitenciária de Casa Branca, Unidade de Farmacodependência do Hospital Santa Tereza.				Quando houve solicitação.				

INSTITUIÇÃO	PARCERIAS COM OUTRAS INSTITUIÇÕES		COOPERAÇÃO COM OUTRAS INSTITUIÇÕES			TIPO DE COOPERAÇÃO			NECESSIDADE DE VÍNCULOS DE COOPERAÇÃO			
	SIM		NÃO	SIM Com Qual (is) Instituição (ões)	NÃO	S/ INF	Regular	Esporádica	S/ INF.	Sim		Não
	Financeira (Qual (is))	Recursos humanos (tipo)								Com qual (is)	Por que não foram estabelecidos	
Serviço F			X	Hospital Santa Tereza e Caps, Ambulatório Regional de Saúde Mental.			Reuniões semanais			Com serviços de saúde mental do município e da região		
Serviço G			X	Justiça, outras instituições similares.				X				X
Serviço H			X	Grupos Carismáticos, Grupos de Auto ajuda, Clube da Associação do Hospital das Clínicas.				X				

Quadro 04: Instituições e relacionamentos com outros programas serviços ou instituições

INSTITUIÇÃO	Relaciona-se com outros programas/ serviços ou instituição				Como são os relacionamentos?		
	Sim			Não	Aspectos Positivos	Aspectos Negativos	S/ Inf.
	Com qual(is)	De que tipo?	S/ inf.				
Serviço A				X			
Serviço B	SESC e outras organizações	Organização de eventos					X
Serviço C	Escolas, Hospital Santa Tereza, o HC (tanto na parte de internações quanto urgências), Fazenda do padre Aroldo, Hospital Psiquiátrico em Sorocaba, Hospital Psiquiátrico Vera Cruz e o Hospital Psiquiátrico de Campinas	Encaminhamentos			Uma rede de referência e contra referência	Não são feitos contatos posteriores	
Serviço D	DIR-XVIII e NAICA	Encaminhamentos					
Serviço E	DIR-XVIII e prefeituras que tenham interesse pelo serviço.	Reuniões para estabelecimento de parcerias					X
Serviço F	DIR-XVIII, Hospital Psiquiátrico Santa Tereza, Serviços de Saúde Mental da região, Ambulatório Regional de Saúde Mental, Caps, Unidades Básicas.	Reuniões para discussões de casos e encaminhamentos.			Uma rede de referência e contra referência		
Serviço G	Com outros grupos de apoio da mesma irmandade, setor judiciário, médicos, psicólogos, profissionais de saúde, advogados.	Cooperação e encaminhamentos			X		
Serviço H				X			

B) Caracterização dos recursos humanos existentes na instituição, necessidades de ampliação e formação

O número de profissionais, suas diferentes funções, bem como a carga horária semanal, o tempo de trabalho, o tipo de vínculo com a instituição e se o profissional trabalha em outros locais, foram aspectos caracterizados neste estudo, dispostos no quadro 5 (Apêndice B).

Desta forma, podemos visualizar a estrutura da instituição quanto aos seus recursos humanos, bem como a diversidade de profissionais.

Todos os serviços, com exceção dos ‘Serviço A e G’, que têm suas características diferenciadas das dos serviços públicos, apresentam vários profissionais que trabalham em áreas diversificadas.

Nos ‘Serviços A e G’ não há profissionais que trabalhem ou coordenem as atividades. Os próprios participantes colaboram com as atividades. Para que isso ocorra é feito um revezamento entre os membros que se colocam a disposição para colaborar voluntariamente. O representante do ‘Serviço G’ relatou que a instituição apresenta cargos como: secretário, tesoureiro, coordenador de reunião, representante de serviço de grupo, suplente de representantes de serviço de grupo e auditor, sendo este um profissional contratado.

Por outro lado, o ‘Serviço C’, apresenta uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de diversas áreas, sendo que todos eles são contratados com carga horária média de vinte horas semanais.

O 'Serviço B' tem uma equipe mínima responsável pela coordenação e monitoramento da fazenda onde se realizam internações e na casa de triagem, sendo que todos os outros serviços oferecidos às pessoas que estão internadas são realizados por voluntários.

No 'Serviço D' além de uma equipe mínima de profissionais contratados, há os serviços prestados por estagiários e por profissionais voluntários.

Com relação ao 'Serviço E', também se constata que há uma equipe mínima de profissionais, formada por médicos psiquiatras que coordenam o serviço. O restante da equipe é composta por profissionais que trabalham no 'Serviço D' e colaboram com os serviços prestados pelo 'Serviço E'.

O 'Serviço F' é composto por profissionais da área médica, (seis médicos psiquiatras sendo um deles o coordenador do serviço, três médicos residentes e alunos do sexto ano de medicina), enfermagem, assistência social e psicologia. E por fim o 'Serviço H' não apresenta uma equipe de profissionais, há apenas o coordenador do serviço que declara realizar trabalho voluntário.

De acordo com esses dados apenas metade dos serviços investigados apresentaram diversos profissionais contratados. Com relação aos outros quatro serviços, três funcionam sem profissionais e um apresenta dois profissionais contratados, o que evidencia que este tipo de serviço esteja voltado para o voluntariado e a caridade, neste caso em cinquenta por cento dos casos.

Conforme demonstram os dados do quadro 6 (Apêndice B) os 'Serviços B e D' consideram que o número de profissionais não é suficiente. Por outro lado, o 'Serviço C' considerou que o número de profissionais existentes é suficiente. Entretanto, em outro momento, quando questionado sobre a necessidade de mais profissionais, o responsável pelo

‘Serviço C’ relatou existir a necessidade de um profissional que buscasse parcerias com outras instituições e mais “oficineiros” para coordenar as oficinas ali realizadas.

O responsável pelo ‘Serviço B’, apesar de considerar insuficiente o número de funcionários, acredita que seriam necessários apenas mais dois coordenadores para a fazenda, os quais devem ser ex-internos de alguma fazenda de recuperação. Dessa forma, não vislumbram a necessidade de ter uma equipe de profissionais diversificados.

Por outro lado o responsável pelo ‘Serviço D’ considerou que há necessidade de mais profissionais para que seja possível atender a demanda existente.

Os ‘Serviços A e G’ não responderam a este questionamento por não apresentarem profissionais.

O responsável pelo ‘Serviço F’ informou que a equipe médica é suficiente, porém considerou a necessidade de mais profissionais para a equipe de enfermagem e que o serviço de assistência social precisaria de uma carga horária maior.

De maneira geral, os profissionais que são considerados necessários são os que apresentam curso superior.

Os ‘Serviços C e D’ consideram que há descontinuidade nos serviços devido à troca e o rodízio de profissionais. A troca de funcionários pode estar associada à insatisfação dos mesmos, por outro lado, o rodízio é um método utilizado pelos aprimorandos e estagiários. Esses serviços informaram que a demora considerável na substituição dos funcionários que deixam o serviço, atrapalha o andamento das atividades. O ‘Serviço B’ relatou não enfrentar este tipo de problema, posto que apresenta grande número de voluntários. Apenas três instituições relataram realizar trabalho interdisciplinar.

Quadro 05: Descrição de cargos de cada um dos profissionais e/ ou estagiários envolvidos com o programa/ serviço/instituição

INSTITUIÇÃO	Cargo	Formação profissional	Carga Horária Semanal	Tempo de Instituição	Tipo de Vínculo com a instituição Concursado – (CS), Contratado (CT), Voluntário (V), Estagiário (E)				Vínculo empregatício/ trabalho em outra instituição	
					CS	CT	V	E	Sim C. hor.	Não
Serviço A										
Serviço B	02 Dentista	Dentista					X			X
	01 Médico	Médico					X			X
	09 Membros da diretoria						X			X
	Psicólogos	Psicologia					X			X
	Padres						X			X
	01 Agrônomo						X			X
	01 Coordenador Geral		40hs	5 anos		X				
	03 Coordenadores da fazenda	Terem sido internos em alguma fazenda (critério para ser coordenador)	168hs ⁴²	1 coord. 5 anos, 2 coord. 4 anos						
	01 Monitor da fazenda		168hs	1 ano		Cedido pela prefeitura				
	01 Monitor da Casa de triagem						X			X
Veterinários	Medicina Veterinária					X			X	

⁴² Trabalham uma semana sim e a outra não.

INSTITUIÇÃO	Cargo	Formação profissional	Carga Horária Semanal	Tempo de Instituição	Tipo de Vínculo com a instituição Concursado – (CS), Contratado (CT), Voluntário (V), Estagiário (E)				Vínculo empregatício/ trabalho em outra instituição	
					CS	CT	V	E	Sim C.hor.	Não
Serviço C	Assistente Social	Serviço Social	24hs	8 anos		X			30hs	
	Assistente Social	Serviço Social	20hs	3 anos		X			X	
	Terapeuta Ocupacional (Coord.)	Terapia Ocupacional	20hs	6 anos		X				
	Terapeuta Ocupacional	Terapia Ocupacional	24hs	6 anos		X			X	
	Psicólogo	Psicologia	20hs	8 anos		X			X	
	Psicólogo	Psicologia	30hs	8 anos		X			X	
	Psicólogo	Psicologia	20hs	4 anos		X			X	
	Psiquiatra	Medicina	20hs	2 anos		X			X	
	Psiquiatra	Medicina	24hs	1 ano		X			X	
	Psiquiatra	Medicina	14hs	6 anos		X			X	
	Médico Clínico	Medicina	10hs	2 anos		X			X	
	02 Auxiliares de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	36hs	8 anos		X				
	02 Enfermeiras	Enfermagem	24hs	4 anos		X				
	Secretária		24hs			X				
	Escrituraria		36hs	8 anos		X				
	Guarda		30hs			X				
Professor de Capoeira		5hs				X				

INSTITUIÇÃO	Cargo	Formação profissional	Carga Horária Semanal	Tempo de Instituição	Tipo de Vínculo com a instituição Concurado – (CS), Contratado (CT), Voluntário (V), Estagiário (E)				Vínculo empregatício/ trabalho em outra instituição	
					CS	CT	V	E	Sim C.hor.	Não
Serviço D	Psiquiatra	Medicina	20hs	13 anos	X					
	Psicólogo	Psicologia	20hs	4 anos e meio		X				
	Terapeuta Ocupacional	Terapia Ocupacional	20hs	5 anos e meio		X				
	Psiquiatra Adido	Medicina		1 ano			X	X		
	Estagiários	Psicologia		1 ano				X		
	Aprimorando	Psicologia		1 ano				X		
	Aprimorandas	Terapia Ocupacional		1 ano				X		
Serviço E	Coordenador Geral	Medicina		10 anos	X					
	Comissão de Coordenação	Medicina								
	Comissão de Coordenação	Medicina								
	Psicóloga	Psicologia	integral	5 anos						
	Psiquiatra	Medicina								
	Assistente Social	Assistência Social								
	Estagiários							X		
	Secretária*									
	Psiquiatra*	Medicina	20hs	13 anos	X					
Psicólogo*	Psicologia	20hs	4 anos e meio		X					

INSTITUIÇÃO	Cargo	Formação profissional	Carga Horária Semanal	Tempo de Instituição	Tipo de Vínculo com a instituição				Vínculo empregatício/trabalho em outra instituição		
					Concursado – (CS), Contratado (CT), Voluntário (V), Estagiário (E)				CS	CT	V
Serviço E (continuação)	Terapeuta Ocupacional*	Terapia Ocupacional	20hs	5 anos e meio		X					
	Psiquiatra Adido*	Medicina		1 ano			X	X			
	Estagiários*	Psicologia		1 ano				X			
	Aprimorando*	Psicologia		1 ano				X			
	Aprimorandas*	Terapia Ocupacional		1 ano				X			
Serviço F	Coordenador Geral	Médico Psiquiatra			X						
	Médico Assistente	Médico Psiquiatra	20/32 hs ⁴⁴	13 anos	X						
	Médico Assistente	Médico Psiquiatra	20/32 hs	13 anos	X						
	Médico Assistente	Médico Psiquiatra	20/32 hs	07 anos	X						
	Médico Assistente	Médico Psiquiatra	20/32 hs	05 anos	X						
	Médico Assistente	Médico Psiquiatra	20/32 hs		X						
	Médicos Residentes	Psiquiatria ⁴³			X						
	Médicos Residentes	Medicina da Família			X						
	Médicos Residentes	Clínica Médica			X						

⁴³ Não informou o número de médicos residentes, sendo este variante.

⁴⁴ Carga horária varia de vinte a trinta e duas horas.

*Equipe que trabalha no serviço D e contribui com o serviço E

INSTITUIÇÃO	Cargo	Formação profissional	Carga Horária Semanal	Tempo de Instituição	Tipo de Vínculo com a instituição				Vínculo empregatício/ trabalho em outra instituição	
					Concursado – (CS), Contratado (CT), Voluntário (V), Estagiário (E)				Sim	C.hor
					CS	CT	V	E		
Serviço F (continuação)	Alunos do sexto ano	Alunos de Medicina						X		
	Serviço Social	Assistente Social			X					
	Serviço de Psicologia	Psicologia			X					
	Equipe de Enfermagem	Enfermagem			X					
	Auxiliares de enfermagem	Auxiliar - Enfermagem			X					
Serviço G	Servidores (membros ativos) - Secretário						X			
	Servidores (membros ativos) - tesoureiro						X			
	Servidores (membros ativos) - Coordenador das reuniões						X			
	Servidores (membros ativos) – Representante de serviço de grupo						X			
	Servidores (membros ativos) – suplente de representante de serviço de grupo							X		
	Pessoa contratada – Auditor						X			
Serviço H	Coordenador	Terapeuta Holística	24 hs ⁴⁵	6 meses			X			X

⁴⁵ O coordenador do serviço informou que reside na instituição e que atende a hora que for necessário.

Quadro 06: Número de profissionais e trabalho em equipe.

INSTITUIÇÃO	O número de profissionais é suficiente?		Você considera que precisa de mais profissionais?		Há problemas de descontinuidade dos serviços devido aos tipos de vínculos?		Há trabalho em equipe multi ou interdisciplinar?	
	Sim	Não	Sim (especificar número e especialidade)	Não	Sim. Explique	Não	Sim. Explique	Não
Serviço A								
Serviço B		X	02 coordenadores para a fazenda			X		X
Serviço C	X		Alguns profissionais que pudessem buscar novas parcerias, aproximação de entidades nacionais/ internacionais que trabalham nesta área. Também é necessário ter oficinairos, pois os atuais são o psiquiatra, o psicólogo, etc., tocando oficinas como hobby.		Algumas vezes a substituição de funcionários demora um pouco		Sim, tem de tudo, enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeuta ocupacional e professor de educação física.	
Serviço D		X	Deveria ter mais funcionários para que pudesse absorver maior demanda. Maior número de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e que tivesse uma assistente social na equipe.		Há o rodízio de aprimorandos e estagiários, mas parte da equipe é fixa.		Os pacientes recebem atendimento de diferentes profissionais ao mesmo tempo. É traçado um plano terapêutico e os casos são constantemente discutidos por toda a equipe.	
Serviço E								
Serviço F	X		Equipe de enfermagem maior, maior carga horária de serviço social.			X	Sim.	
Serviço G								
Serviço H	X			X		X		X

C) Caracterização da população atendida pelos Serviços.

A faixa etária atendida nas instituições é diversificada, conforme as informações apresentadas no quadro 7 (Apêndice B). No geral, as instituições atendem crianças, jovens, adultos e idosos. Somente um serviço se dedica especificamente aos jovens, o ‘Serviço D’.

O ‘Serviço F’ atende crianças, jovens e adultos, entretanto o atendimento é realizado em locais diferentes, oferecendo atendimento especializado para cada faixa etária.

Em relação ao número de jovens atendidos segundo os gêneros, a maioria das instituições não apresentou este dado por não o registrarem ou não o contabilizarem. A falta destes dados torna indisponível o conhecimento público de quantos jovens têm sido atendidos no município de Ribeirão Preto e se há necessidade que haja outros serviços para atender esta demanda. O representante do ‘Serviço C’ foi o único que relatou o número médio de atendimentos igual a quatro pessoas. O mesmo não especificou se era por mês ou por ano, mas, por se tratar de um número muito baixo e devido aos outros números apresentados, percebe-se que este seria o número médio de atendimentos mensais.

Dos oito serviços que participaram deste estudo, dois (Serviços B e H) oferecem atendimento apenas para pessoas do sexo masculino. Não identificamos nenhum serviço na cidade que atenda apenas pessoas do sexo feminino. Fomos informados por um dos entrevistados que havia uma instituição que atendia somente mulheres, mas a mesma fechou.

Com relação à capacidade média de atendimento, três instituições apresentaram estas informações. O representante do ‘Serviço C’ informou que apresenta quarenta vagas para o “Intensivo” de crianças, jovens e adultos; sessenta vagas para o “Semi-intensivo”; noventa vagas para o “não Intensivo” e quinze vagas para o noturno, por mês. Desta forma,

constatamos que a capacidade de atendimento não está sendo alcançada, se considerarmos que apenas quatro jovens são, em média, atendidos por mês. Logo, a capacidade de atendimento deste serviço, verifica-se muito maior ou então deve-se considerar que as outras duzentas e uma vagas são preenchidas por crianças e adultos.

O ‘Serviço F’ apresenta seis leitos no atendimento emergencial e vinte e dois leitos divididos em duas enfermarias, sendo que neste caso em geral os leitos estão sempre ocupados e apresentam inclusive fila de espera. Segundo o responsável pela instituição a média mensal é de trezentos a quatrocentos atendimentos.

O ‘Serviço H’ tem capacidade para atender vinte e seis pessoas, entretanto no dia em que foi realizada a entrevista, a instituição estava apenas com sete pessoas, conforme relato do responsável pelo serviço:

“[...] porque aqui eu tenho agora...o/é:::sete pessoas[...].”

O responsável pelo ‘Serviço G’ informou que em média duzentas pessoas são atendidas em grupo, sendo vinte pessoas por grupo o que corresponde a oitenta pessoas por semana.

O ‘Serviço B’ não apresenta dados de quantos jovens são atendidos por mês ou por ano, entretanto o responsável pela instituição informou que a capacidade de atendimento é de quarenta e duas pessoas, entretanto conforme o seu relato o serviço nunca esteve lotado.

“[...] olha...capacidade física da fazenda...deve estar ai...por volta de...quarenta...quarenta e dois...atual...com aquilo que a gente...tem lá...nós conseguiríamos atender até uns...uns quarenta e dois...nós nunca tivemos mais do que...acho que...trinta e seis...alguma coisa assim [...]”

O responsável informou que quase metade das pessoas que buscam atendimento neste serviço são jovens.

“[...] bom... a grande maioria ...na faixa de::: dezesseis a vinte e poucos anos... dezesseis a vinte cinco...eu diria ...ah::: hoje dos trinta e cinco... trinta e três...eu diria que uns:::... quase metade tá nessa faixa aí entre dezesseis e vinte dois...vinte três ...não é tão adolescente... mas que saiu da adolescência né.. quase metade tá nessa faixa[...].”

Os serviços apresentaram dinâmicas diferentes com relação à maneira de controlar a capacidade de atendimento. Os ‘Serviços A, D e G’ não apresentam uma capacidade determinada, o ‘Serviço E’ também não funciona com capacidade de atendimento, os outros quatro serviços relataram ter capacidade de atender, um total de duzentos e oitenta e seis jovens. Se considerarmos que a população jovem em Ribeirão Preto é em torno de cento e cinquenta mil, a capacidade de atendimento no município para esta demanda está muito reduzida. Se os outros quatro serviços que não apresentaram a capacidade de atendimento atendessem essa mesma quantidade ainda assim teríamos poucas vagas para os jovens. Logo, a partir dos dados encontrados nesta amostra, a cidade de Ribeirão Preto precisaria ter mais vagas disponíveis para atender a esta demanda. Entretanto, as poucas vagas não têm sido preenchidas. Não podemos afirmar que não há demanda, pois esta pode estar reprimida, não ter sido alvo de estudos epidemiológicos. Além destes, faz-se necessário pesquisas o que tem impossibilitado os jovens com dependência de drogas de chegarem até os serviços de atendimento, e ainda sobre o que temos que oferecer aos jovens para que eles possam chegar e permanecer em atendimento.

Quadro 07: Dados sobre população atendida

INSTITUIÇÃO	Faixa etária atendida a partir dos 12 anos	Nº médio de jovens atendidos por mês (m) ou ano (a) segundo gênero			Capacidade média de atendimento por dia(d), mês (m) ou ano (a) – especificar
		M	F	M e F	
Serviço A	Não há limite de idade	Sem este registro	Sem este registro	Sem este registro	
Serviço B	14 a 70 anos	Sem este registro	Não atendem		Capacidade geral de atendimento: 42 pessoas
Serviço C	Desde crianças até idosos	Sem este registro	Sem este registro	04	Intensivo – 40 vagas (criança, adolescente e adulto), Semi-intensivo- 60 vagas, não intensivo- 90 vagas e noturno – 15 vagas. Capacidade mensal.
Serviço D	12 anos e 6 meses a 19 anos	Sem este registro	Sem este registro	Sem este registro	
Serviço E					
Serviço F	Emergência: 16 anos para cima . Enfermaria: abaixo de 16 anos. Pediatria: de doze anos para baixo.	Sem este registro	Sem este registro	Sem este registro	Seis leitos – Emergência (paciente podem ficar no máximo sessenta e duas horas), oito leitos Enfermaria B, e 14 leitos na Enfermaria A. Média de trezentos e cinquenta a quatrocentos atendimentos por mês.
Serviço G	Não há limite de idade.	Sem este registro	Sem este registro	Sem este registro	200 pessoas por mês por grupo; 20 pessoas por dia em um dos grupos; oitenta pessoas por semana.
Serviço H	A partir dos 11 anos	Sem este registro	Não atendem	Sem este registro	Capacidade geral de atendimento: 26 pessoas

D) Caracterização da demanda

Com relação a modalidades de demandas, cujos resultados descritivos são apresentados no quadro 8 (Apêndice B), os representantes dos serviços foram questionados sobre o tipo de demanda atendida, não atendida, e sobre uma estimativa quanto ao número de jovens que necessitariam de atendimento.

O representante do ‘Serviço A’ informou que a demanda chega ao serviço de forma espontânea ou através de encaminhamento da Justiça. O ‘Serviço B’ também recebe demanda através destas duas formas, além de encaminhamento de familiares, sendo, porém, imprescindível à aceitação por parte do jovem.

O representante do ‘Serviço C’ relatou que a demanda chega através de busca espontânea, de encaminhamentos feitos pelo Conselho Tutelar, Justiça, empresas, associações, igrejas, prefeituras e secretarias, escolas, profissionais que não têm vínculo com a instituição e unidades básicas de saúde. Por outro lado, o ‘Serviço D’ não atende demanda espontânea, seu representante relatou que a demanda atendida provém de encaminhamentos do Conselho Tutelar, alguns provenientes da Justiça, frequentemente recebem encaminhamentos da Secretaria de Saúde – postos de saúde e do Núcleo de Atendimento Integral à Criança e ao Adolescente - NAICA⁴⁶. Salientou ainda que qualquer instituição pode realizar encaminhamento para o serviço desde que faça parte da região circunscrita pela DIR-XVIII.

O ‘Serviço E’ atende mediante o interesse que as prefeituras tenham em oferecer aos seus funcionários o treinamento.

⁴⁶ Realiza atendimentos a crianças e adolescentes que apresentem distúrbios de comportamento e dificuldades de aprendizagem.

O 'Serviço F' atende demanda espontânea, e encaminhamentos do Conselho Tutelar, unidades básicas, distritais e da central de regulação de atendimentos.

O representante do 'Serviço G' informou que o serviço atende demanda espontânea e encaminhamentos da Justiça, padres, Ministério Público, prefeitura e profissionais da área da saúde. Por fim o 'Serviço H' atende demanda espontânea através do encaminhamento de familiares.

Do total de oito serviços, seis recebem demanda espontânea, sendo que destes cinco também atendem através de encaminhamentos. A demanda espontânea facilita o acesso direto aos serviços, não havendo necessidade de alcançar o local procurado a partir de outros serviços que realizem o encaminhamento. O 'Serviço D' só atende através de encaminhamentos e o 'Serviço E' só através de solicitações. Dessa forma a maioria dos serviços investigados oferece atendimento tanto a demanda espontânea quanto através de encaminhamentos facilitando assim o acesso da população. Evidentemente que os serviços de saúde têm que seguir a lógica de referência e contra-referência, porém, o representante do 'Serviço C' relata que o serviço apresenta uma demanda reprimida que não se exprime em fila de espera, uma vez que, os jovens sequer chegam ao serviço, e com isto, a capacidade plena de atendimento não é alcançada. Este dado é muito importante e nos propicia reflexão sobre as razões pelas quais os jovens não chegam ao serviço, uma vez que, o município de Ribeirão Preto apresenta índices preocupantes de jovens que fazem uso de drogas. O foco desta questão pode recair sobre a forma como são feitos os encaminhamentos, sobre aquilo que o serviço está oferecendo, a forma como o realiza, e também a questão da localização física do mesmo, que pode estar dificultando o acesso para algumas pessoas que moram em bairros distantes. É necessário que sejam identificados os motivos que levam os jovens a não buscarem ou permanecerem nos serviços de atendimento.

O ‘Serviço C’ é um serviço que oferece atendimento ambulatorial e que apresenta uma variedade de formas de ser acessado, inclusive por procura espontânea. Mesmo assim, a capacidade de atendimento não tem sido preenchida por jovens, como apresentamos anteriormente.

Os representantes dos ‘Serviços A, B, G e H’ quando questionados com relação à população não atendida, relataram não apresentar demandas reprimidas e nem filas de espera.

Por outro lado, os ‘Serviços D e F’ relatam apresentar demandas reprimidas e filas de espera. No caso de ‘Serviço F’ a fila de espera demora no máximo vinte e quatro horas, por se tratar de um serviço de urgência. Já o ‘Serviço D’ não oferece acesso espontâneo à população e apresenta demanda reprimida e fila de espera, este dado sinaliza as diferenças de contextos dos serviços e a multiplicidade de conseqüências.

O representante do ‘Serviço G’ informou haver demanda reprimida de pais e familiares que buscam atendimento, já que a instituição não oferece este tipo de atendimento, desta forma, são realizados encaminhamentos.

Quando questionados sobre o número de jovens que necessitariam de atendimento nas instituições, nenhum dos Serviços participantes informou suas estimativas, evidenciando novamente a falta de dados que poderiam facilitar as diferentes ações dos serviços e as possíveis interligações entre os mesmos.

Quadro 08: Modalidades de demanda.

INSTITUIÇÃO	TIPO DE DEMANDA ATENDIDA			EXISTE DEMANDA NÃO ATENDIDA			ESTIMATIVA DO NUMERO DE ADOLESCENTES COM DEMANDA DE ATENDIMENTO NA INSTITUIÇÃO
	Espontânea	Encaminhamento De onde? (a, b, c, d, e, f, g, h, i, j – especificar) ⁴⁷	Outras. Especificar	Demandas Reprimidas	Fila de espera	Outro. Especificar	
Serviço A	X	X b		Não	Não	Não	Não
Serviço B	X	b) algumas vezes o juiz encaminha e j) em geral o encaminhamento é feito por parte da família	Mesmo com o encaminhamento do juiz, o adolescente precisa querer ir para a fazenda.	Não	Não		
Serviço C	X	a, b, c, d, e, g, h, i, j.	Unidades básicas de saúde.			Existe uma demanda reprimida no sentido de sabermos que tem muitos adolescentes dependentes de droga que não chegam ao serviço.	
Serviço D		a, b, (algumas vezes). g, (postos de saúde e NAICA freqüentemente)	Qualquer serviço pode estar encaminhando desde que seja da DIR - XVIII.	Sim	Sim		
Serviço E			Interesse das prefeituras em oferecer aos seus funcionários o treinamento.				

⁴⁷ Esses são itens mencionados no roteiro de entrevista que se encontra no anexo C e significam: a) Conselho Tutelar; b) Justiça; c) Empresas; d) Associações; e) Igreja; f) Ministério Público; g) Prefeitura; h) Escola; i) Profissionais sem vínculo com a instituição; j) Outros-especificar.

INSTITUIÇÃO	TIPO DE DEMANDA ATENDIDA			EXISTE DEMANDA NÃO ATENDIDA			ESTIMATIVA DO NUMERO DE ADOLESCENTES COM DEMANDA DE ATENDIMENTO NA INSTITUIÇÃO
	Espontânea	Encaminhamento De onde? (a, b, c, d, e, f, g, h, i, j – especificar) ⁴⁸	Outras. Especificar	Demandas Reprimidas	Fila de espera	Outro. Especificar	
Serviço F	X	a	Central de regulação de atendimento, Unidades Básicas, Distritais.	Sim	Sim, mas o paciente deve ficar menos de 24 hs na fila.		
Serviço G	X	b, e (padre), f, g, i (profissionais da área da saúde)	Clínicas de internação, propaganda, panfletos, cartaz, linha telefônica.	Não	Não	Outras demandas, como pais em busca de ajuda, o serviço realiza os encaminhamentos	
Serviço H	X		Encaminhamento de familiares	Não	Não		

⁴⁸ Esses são itens mencionados no roteiro de entrevista que se encontra no anexo C e significam: a) Conselho Tutelar; b) Justiça; c) Empresas; d) Associações; e) Igreja; f) Ministério Público; g) Prefeitura; h) Escola; i) Profissionais sem vínculo com a instituição; j) Outros-especificar.

E) Dados sobre a rotina de atendimentos

Os horários de funcionamento das respectivas instituições são apresentados no quadro 9 (Apêndice B) e se diferenciam conforme os objetivos de cada serviço. Das instituições que participaram deste estudo, três funcionam como serviços de internação (B, F e H) e os outros funcionam durante os dias da semana.

O responsável pelo 'Serviço B' informou que a fazenda funciona em período integral durante todos os dias da semana, mas a casa de triagem funciona de segunda a sexta-feira no horário comercial. Assim também funciona o 'Serviço D', porém, neste caso, os atendimentos são realizados apenas as quintas e sextas-feiras. O 'Serviço A' também funciona nos dias da semana, porém, no período noturno e aos domingos pela manhã. Já o 'Serviço C' funciona nos dias da semana nos períodos da manhã, tarde e noite. Os 'Serviços F e H' funcionam todos os dias da semana vinte e quatro horas, já o 'Serviço G' apresenta dois grupos em funcionamento de segunda a domingo em horários variados.

Apenas os 'Serviço A e B' apresentam sistema de plantão através de um celular que, conforme relato de seus representantes, permanece ligado vinte e quatro horas por dia. O representante do 'Serviço C' informou que durante o período de funcionamento do serviço há um profissional que permanece de plantão para atender alguma necessidade. O 'Serviço F e H' apresentam plantão e o 'Serviço G' apresenta linhas telefônicas de ajuda.

Verifica-se, então, que dentre as oito instituições apenas dois serviços oferecem sistema de plantão efetivo nos finais de semana, feriados e durante o período noturno.

O sistema de plantão é muito importante porque muitos casos podem necessitar de atendimento justamente no momento em que o serviço está fechado, e por se tratar de uma questão de saúde não há como prever horários em que haverá necessidade do atendimento.

Sabemos que nem todos os serviços apresentam estrutura para funcionar desta maneira, mas alguns devem funcionar para que os munícipes possam ter respaldo quando houver necessidade.

Quanto aos critérios para aceitação do adolescente nas instituições, apenas o ‘Serviço A’ não apresenta critérios. Todas as outras instituições apresentam critérios estabelecidos pelo próprio serviço. O primeiro critério do ‘Serviço B’ diz respeito ao interesse do jovem em querer ser atendido, o que também acontece nos ‘Serviços C e H’. Além deste critério, o ‘Serviço B’ solicita que o indivíduo faça exames médicos e que frequente o Núcleo de Apoio a Toxicômanos e Alcoólatras - NATA⁴⁹, três vezes por semana. Além disso, a família precisa frequentar o “Amor Exigente”, grupo de auto-ajuda para pais de usuários de drogas, durante o período em que o jovem estiver internado. Salientamos a importância da participação familiar neste processo entretanto, de acordo com a nossa prática observamos que vários jovens que precisavam de atendimento não tinham referências familiares e em outros casos a família se recusava a participar de tais atividades, em ambos os casos, o jovem estaria impossibilitado de frequentar o atendimento. O ‘Serviço D’ só atende casos que se enquadram no nível de atenção terciária⁵⁰ e o ‘Serviço F’ atende quando é necessário internar o jovem. Neste caso, a pessoa deve pertencer à região da DIR-XVIII. Por fim, o critério para aceitar uma pessoa no ‘Serviço G’ é que esta queira parar de usar drogas.

Os ‘Serviços C, D, F e G’ fazem encaminhamentos quando o jovem não se enquadra nos critérios dos serviços. O representante do ‘Serviço B’ informou que aplica advertência quando acontece do jovem não se enquadrar. Para este serviço, os critérios dizem respeito às regras de comportamento estabelecidas com os internos. Os representantes dos ‘Serviços A, E

⁴⁹ Este núcleo acontece na casa de triagem deste serviço.

⁵⁰ Nível terciário de atenção à saúde: hospitais de referência.

e H' não responderam a este questionamento por considerarem não aplicados ao tipo de serviço oferecido.

Os representantes também foram questionados em relação aos procedimentos iniciais, de rotina, realizados quando os jovens se enquadravam nos critérios dos serviços, os quais estão apresentados de forma objetiva no quadro 10 (Apêndice B).

Diversos são os procedimentos iniciais e observamos que cada serviço realiza determinadas atividades a fim de que sua contextualização e seus objetivos sejam aplicados. Não encontramos uma padronização dos procedimentos o que caracteriza a variedade de possibilidades e por tanto uma maior chance de atender seres humanos, com diferentes tipos de usos quanto ao nível de consumo e drogas utilizadas, além da inserção em variados contextos.

Quadro 09: Rotinas Institucionais

INSTITUIÇÃO	HORÁRIOS DE ATENDIMENTO		CRITÉRIOS PARA ACEITAÇÃO NA INSTITUIÇÃO		Quando o adolescente NÃO se enquadra nos critérios
	Dias da Semana 2ª a 6ª – A 2ª a Sáb. – B 2ª a Dom. – C Outro- O	Períodos Manhã – M Tarde- T Noite- N Plantão – P Como?	Sim. Qual (is)?	Não	
Serviço A	A e O – aos domingos	A: N; aos domingos: M; P: telefônico		X	
Serviço B	Fazenda: C; Casa de triagem: A	Fazenda: M, T, N, P- 24 hs e na Casa de triagem: M e T. O P. funciona com o coordenador geral que fica com um celular 24hs.	Sim. Que o adolescente queira ir para a fazenda, faça exames médicos, freqüente o grupo NATA três vezes e que a família freqüente as reuniões do Amor Exigente durante todo o tempo que o adolescente estiver internado.		Recebe advertência (lavar panela, não assistir TV, varrer a varanda), com três advertências ele é excluído. Quando percebe-se que o adolescente não quer ficar na fazenda, conversa com ele e chama a família para levá-lo embora.
Serviço C	A	M, T, N. P- funciona durante o horário de funcionamento do serviço (8 às 21 hss) com algum profissional mais disponível caso apareça alguém para atender.	Estar disposto a participar do serviço.		Se o caso necessitar de uma internação, a equipe fará uma avaliação e encaminhará.

INSTITUIÇÃO	HORÁRIOS DE ATENDIMENTO		CRITÉRIOS PARA ACEITAÇÃO NA INSTITUIÇÃO		Quando o adolescente NÃO se enquadra nos critérios
	Dias da Semana 2ª a 6ª – A 2ª a Sáb. – B 2ª a Dom. – C Outro- O	Períodos Manhã – M Tarde- T Noite- N Plantão – P Como?	Sim qual (is)?	Não	
Serviço D	O: predominantemente às quintas e sextas-feiras.	Não há sistema de plantão.	Casos terciários.		São realizados encaminhamentos para o NAICA ou para o CPA.
Serviço E					
Serviço F	C	Plantão de sábado, domingo e feriados.	Pertencer a DIR XVIII, quando é necessário a internação.		São feitos encaminhamentos para serviços ambulatoriais, e outros equipamentos da rede.
Serviço G	C (grupo I e II)	Grupo I: N (3 vezes na semana) Grupo II: N (4 vezes na semana). P: linhas telefônicas de ajuda e telefones de membros.	Desejo de querer parar de usar drogas.		Encaminhamentos para outros serviços ou profissionais.
Serviço H	C	M, T, N, 24 horas. P: atende em qualquer horário.	Que a pessoa queira ser internada e queira mudar os seus hábitos.		

Quadro 10: Propostas Pedagógicas ou de Atendimentos.

INSTITUIÇÃO	TIPOS DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS (enumerar cada uma)	ROTINA DE ATENDIMENTO (descrever a rotina para cada uma das atividades enumeradas na coluna anterior)
Serviço A		
Serviço B	1. Terapia Laboral, 2. grupos de orações uma vez por semana, 3. O A.A. vai até a fazenda conversar com os internos uma vez por semana, 4. Profissionais de diversas áreas vão às vezes conversar com os internos, 5. Atividade de recreação, 6. Hora de descanso, 7. Missa uma vez por semana, 8. Cuidar da cozinha, 9. Cuidar do gado, 10. Cuidar da horta, 11. Cuidar da criação de suínos, 12. Limpeza, ou seja, os afazeres de manutenção da fazenda.	As atividades são divididas por equipes, que devem executá-las durante uma semana. Os horários de trabalho são das 8:00 às 11:00, sendo que às 11:00 eles têm o almoço, depois do almoço eles podem descansar até às 14:00. Das 14:00 às 16:00 eles continuam os trabalhos, depois das 16:00 eles podem fazer um lazer, mais tarde eles jantam e vão dormir às 21:30. Entre essas atividades tem vários momentos de oração.
Serviço C	1. grupo de acolhimento para adolescentes, 2. grupo de acolhimento familiar, 3. grupo de acolhimento para mulheres adultas, 4. grupos terapêuticos, 5. oficina de prevenção de DST /aids, 6. oficina de expressão artística, 7. oficina jornal vivo, 8. oficina de vídeo, 9. oficina de recreação musical, 10. oficina de capoeira, 11. oficina de papel reciclado, 12. oficina de mosaico, 13. assembléia geral, 14. atividade física, 15. psicoterapia individual, 16. acompanhamento psiquiátrico medicamentoso, 17. acompanhamento com clínico geral, 18. acompanhamento de enfermeiros, 19. academia, 20. passeios externos. *(Grupo de acolhimento geral, oficina de relaxamento, oficina de escrita livre I e II, oficina de culinária, oficina de consciência corporal, oficina de teatro, oficina de bijuterias, oficinas de jogos, oficina de contos, reunião nuclear da família, psicoterapia de casal, psicoterapia de família, avaliação psicodiagnóstica). *Estas atividades foram citadas apenas no projeto escrito do serviço, o qual foi entregue a pesquisadora.	a) Oficina de Capoeira - duas vezes por semana, b) Academia – treinos de musculação, c) Passeios Externos- culturais e lazer, d) Oficina de DST/aids , distribuição de preservativos e orientações de AVD quando necessário.

INSTITUIÇÃO	TIPOS DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS (enumerar cada uma)	ROTINA DE ATENDIMENTO (descrever a rotina para cada uma das atividades enumeradas na coluna anterior)
Serviço D	1. Entrevista com os jovens, pelo menos três encontros, 2. Entrevistas com os pais; 3. Reuniões semanais com a equipe multidisciplinar para discutir os casos; 4. Entrevistas com a família toda, quando necessário; 5. Fechamento de um diagnóstico; 6. Terapia ocupacional; 7. Psicoterapia individual ou grupal; 8. Psicodiagnóstico; 9. Medicamentos; 10. Orientação de pais individual ou coletivamente; 11. Seminários de formação da equipe.	a) entrevista com os pais; b) entrevista com os familiares; c) entrevista com os jovens, pelo menos três entrevistas; d) Fechamento de diagnóstico, e) Encaminhamentos: orientação dos pais, psicoterapia individual ou grupal, acompanhamento medicamentoso, terapia ocupacional, psicodiagnóstico. Atividades realizadas apenas com os membros da equipe: reuniões semanais com toda a equipe, apresentação de seminários.
Serviço E	1. Realizar treinamentos gerais com os profissionais da rede de atenção primária, as equipes do programa de saúde da família, profissionais que trabalham com a atenção básica, 2. Desenvolver materiais didáticos, 3. Avaliação de necessidades e planejamento de recursos, 4. Desenvolvimento de estratégias.	O treinamento tem duração de 16 horas (programa de saúde da família). Essas horas são divididas em quatro módulos, sendo que cada módulo tem quatro horas. A carga teórica do treinamento equivale a oito horas e as outras oito horas são divididas entre: dinâmicas de grupo, exercícios práticos. O treinamento pode ser realizado pela manhã ou no período da tarde. Também têm outro treinamento para profissionais, o estágio, com duração mínima de 360 horas, ao longo de um ano inteiro.
Serviço F	1. Atendimento dos casos emergenciais; 2. Modelo médico de atendimento de emergências; 3. Entrevista psiquiátrica de emergência: (história do problema atual, da moléstia atual, quais são os antecedentes, internações anteriores, medicamentos, faz algum tratamento, etc) com objetivo de buscar sinais e sintomas; 4. Protocolos de avaliação; 5. Exame físico; 6. Exame neurológico; 7. Exames complementares; 8. Tomografia; 9. Exames para verificar uso de drogas; 10. Discussão de casos; 11. Precisão do diagnóstico.	Atendimentos e discussão de casos.

INSTITUIÇÃO	TIPOS DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS (enumerar cada uma)	ROTINA DE ATENDIMENTO (descrever a rotina para cada uma das atividades enumeradas na coluna anterior)
Serviço G	<p>1. Reuniões abertas – para membros e não membros: reuniões de partilha, troca de informações; 2. Reuniões Fechadas - apenas para membros, essas são reuniões administrativas para resolver assuntos internos, questões burocráticas; 3. Levar a mensagem a adictos que ainda sofrem; 4. Visitas à presídios, FEBEM, escolas; 5. Trabalho baseado nos doze passos e nas doze tradições; 7. Fazer o café antes das reuniões (durante as reuniões são servidos café e é permitido fumar cigarros); 8. Passar uma vassoura na sala, depois da reunião; 9. Arrumar as cadeiras; 10. Recolher o lixo; 11. Programação diária; 12. Estabelecem um padrinho para cada membro: alguém que está a mais tempo no serviço e poderá auxiliar o novo membro; 13. Sugestão de contatos diários com membros; 14. Explicação do funcionamento do serviço para membros novos; 15. Uso de literatura própria.</p>	<p>Reuniões abertas e explicações sobre o funcionamento do serviço para membros iniciantes.</p>
Serviço H	<p>1. Seis alimentações diárias; 2. Recebem os familiares todo segundo domingo de cada mês das 13:00 às 17:00; 3. Atividades esportivas no clube da Associação do Hospital das Clínicas às segundas-feiras durante quatro horas; 4. Reuniões com voluntários; 5. Reuniões de espiritualidade; 6. Reunião sobre os Doze passos; 7. Cuidados com a casa e horta; 8. Passar o regulamento antes do indivíduo ingressar na casa.</p>	<p>8:00 hs da manhã: café da manhã; 9:00 hs espiritualidade: leitura da bíblia e todos fazem comentários, cada dia um escreve uma frase sobre o que foi discutido; 10:00 hs Laborterapia: organização da casa, cuidados com a horta, preparo das alimentações, essas atividades são realizadas através de rodízio feito com os internos; 12:00 hs Almoço; das 12:00 hs às 14:00 hs: horário livre, é permitido assistir televisão exceto programas ou filmes que estimulam o crime e programas regionais; 14:30 hs Reunião com voluntários ou reunião com coordenação sobre os doze passos; 16:00 hs lanche; 18:15 hs Começa o banho; Jantar; Reunião com voluntários; 22:30 hs cada um vai para o seu quarto, aos sábados eles ficam até meia noite, no domingo eles acordam às 9:00 hs sendo este um dia livre; as pessoas não podem sair da casa sem estarem acompanhados pelo responsável da mesma.</p>

F) Caracterização das propostas pedagógicas

O quadro 10 (Apêndice B) mostra resumidamente as propostas pedagógicas de cada instituição, no caso daquelas nas quais a questão se aplicava, visto que alguns serviços não apresentam tais propostas, para estas, questionamos a respeito dos tipos de atendimentos propostos.

O representante do ‘Serviço A’ não respondeu a estas informações por considerar que não se aplicava. Os outros serviços especificaram os tipos de atividades que são desenvolvidas, a rotina de atendimento e a metodologia empregada.

O ‘Serviço B’ apresenta atividades como: terapia laboral (atividades para a manutenção da fazenda), grupos de orações, hora de descanso, atividades de recreação e missas semanais. As rotinas são divididas por equipes que devem executar as atividades durante uma semana, com uma carga horária de cinco horas por dia. Todos os dias eles têm direito de fazer o que eles chamam de lazer (um esporte, jogar sinuca, ping-pong, etc). Não mencionaram uma metodologia e também não relataram fazer divisão por faixas etárias.

O ‘Serviço C’ apresentou grupos de acolhimentos para: adolescentes, familiares, mulheres e homens adultos; grupo terapêutico; diferentes tipos de oficinas; assembléia geral; psicoterapia individual, terapia de casal e familiar; avaliação psicodiagnóstica; atividades físicas; acompanhamento psiquiátrico medicamentoso e acompanhamento com um clínico geral; passeios culturais voltados para o lazer. Utilizam a abordagem psicodinâmica com enfoque psicanalítico. Os grupos são divididos por faixas etárias e em alguns há divisão por gênero. Oferecem também oficinas específicas para jovens.

O 'Serviço D' realiza pelo menos três entrevistas com os jovens que chegam ao serviço, são realizadas entrevistas com os pais e se necessário com toda a família. Também são realizadas sessões de psicodiagnóstico e a partir desses primeiros contatos, a equipe discutirá o caso e fechará o diagnóstico do caso. Com o diagnóstico definido o jovem poderá participar de terapia grupal ou individual, terapia ocupacional, acompanhamento medicamentoso, o serviço oferece ainda orientação individual ou em grupo para pais. A equipe realiza reuniões semanais, nas quais serão discutidos os casos, há também apresentações de seminários que complementarão os conhecimentos dos profissionais.

O 'Serviço E' realiza treinamentos gerais destinados a profissionais da rede de atenção primária à saúde, além disso, desenvolvem materiais didáticos, avaliam necessidades, planejam recursos e elaboram estratégias. Os treinamentos em geral duram dezesseis horas, as quais são divididas em quatro módulos. Oferecem também treinamentos que funcionam como um estágio, com duração mínima de trezentas e sessenta horas, ocorrendo no período de um ano.

O 'Serviço F' realiza atendimento de casos emergenciais a partir de um modelo médico de atendimento de emergências. Utilizam a entrevista psiquiátrica de emergências para investigar a história do problema e da moléstia atual, os antecedentes, se houve internações anteriores, tratamentos e o uso de medicação, todas essas informações têm como objetivo buscar sinais e sintomas. Realizam ainda protocolos de avaliação, exames físicos, neurológicos, para verificar o uso de drogas e complementares, além disso, fazem discussão dos casos para garantir a precisão do diagnóstico.

O 'Serviço G' realiza reuniões abertas nas quais ocorrem as partilhas. A programação é diária e os trabalhos são baseados em literaturas sobre os doze passos e as doze tradições. Já as reuniões fechadas têm como objetivo resolver assuntos administrativos. Visitar outras

instituições com o objetivo de levar informações para pessoas que usam drogas também é uma atividade realizada por este serviço. Com relação à rotina de atendimento, as reuniões abertas ocorrem várias vezes por semana e são oferecidas explicações sobre o serviço para pessoas que estão indo pela primeira vez. Os membros participantes são responsáveis pelo preparo do café antes da reunião. Ao fim da mesma os membros devem passar uma vassoura no chão, arrumar as cadeiras e recolher o lixo, com o intuito de deixar o local arrumado.

O 'Serviço H' oferece seis alimentações diárias. Todo segundo domingo de cada mês os participantes do serviço recebem a visitas dos familiares das 13:00 às 17:00 horas. Às segundas-feiras durante quatro horas eles realizam atividades esportivas em um clube próximo ao local de atendimento, fazem reuniões sobre os dozes passos e reuniões de espiritualidade com voluntários. Cuidam da horta, das atividades e limpeza da casa.

G) Tempos de atendimento e critérios para alta e desligamento

O quadro 11 (Apêndice B) apresenta o tempo de permanência no serviço, a duração média dos atendimentos, a existência de critérios para encerrar o acompanhamento ou realizar um desligamento, e demonstra o que acontece quando um caso não se enquadra no atendimento oferecido pela instituição.

Os tempos de permanência nos serviços variam, segundo os relatos dos entrevistados, de algumas horas a vida toda. No 'Serviço B' a permanência é de nove meses e o 'Serviço C' considera que depende da necessidade de cada caso. Por outro lado, o 'Serviço A' considera que estes questionamentos não se aplicam aos tipos de atendimentos por eles realizados, assim como o 'Serviço E'.

No caso do ‘Serviço D’, o tempo de permanência é entre um e dois anos, sendo no mínimo seis meses. No ‘Serviço F’ é necessário ficar o mínimo de tempo possível, devido a grande demanda, a pequena capacidade de atendimento e os objetivos do serviço. Em geral, os profissionais aguardam doze horas e quando é possível o paciente permanece internado por no máximo sessenta e duas horas, para fazer a liberação do leito.

O ‘Serviço G’ sugere aos participantes que freqüentem o serviço durante toda a vida. A única sugestão feita é no sentido dos participantes estarem presentes todos os dias durante os primeiros noventa dias. O ‘Serviço H’ apresenta o tempo de permanência de seis a nove meses, mas este período pode ser prorrogado se houver necessidade.

Dessa forma, constatamos que os diferentes tempos de permanência nos serviços de atendimento estão relacionados aos objetivos de cada instituição.

Com relação aos critérios para alta e desligamento, com exceção dos ‘Serviço B’ que estabelece um período de nove meses de atendimento, o ‘Serviço F’ que oferece atendimentos emergenciais e o ‘Serviço H’ que considera que se o indivíduo não está mais dependente o atendimento deverá ser encerrado, os demais consideram que não há critérios para o término do atendimento. Desta forma, consideram que os jovens deixam de ir ao serviço quando não mais julgarem necessário tal acompanhamento. Neste item, nem todos os serviços responderam a este questionamento, alguns consideraram que o mesmo não se aplicava.

A falta de tais critérios pode significar por um lado, a possibilidade do indivíduo sempre poder contar com aquele serviço, mesmo depois de muito tempo do primeiro atendimento. Por outro lado, pode significar que o tratamento ou atendimento a usuários de drogas é infinito, deixando implícito que o indivíduo que um dia usou droga sempre precisará de atendimento. Questionamos a falta de finitude dos serviços, é sabido que os propósitos de

alguns serviços não condizem com esta situação, mas se considerarmos que os mesmos não têm fim, talvez estaremos estabelecendo que todos aqueles que já usaram drogas sempre precisarão de atendimento e, portanto, serão eternos necessitados de atendimento. Aos familiares talvez caiba então a condição de cuidar eternamente. Sabemos que existem muitos de recuperação. Pessoas que conseguiram abandonar o uso viver sem as drogas e lembrar que os serviços de atendimento foram momentos do passado. Por outro lado temos serviços que estabelecem um prazo mínimo de permanência, provavelmente por considerarem que antes deste prazo os indivíduos não têm condições de viver sem as drogas. E por fim, serviços que analisam caso a caso, a partir dos quais estabeleceram critérios de alta e desligamento.

Quanto aos critérios para o desligamento por não cumprimento do que é esperado, dos oito serviços, cinco responderam a este item. No 'Serviço B', aplicam-se advertências, suspensão e pode ainda ocorrer expulsão. O 'Serviço C' tenta rediscutir o programa, buscando alguma alternativa. Alguns casos são desligados, outros são suspensos por motivos de delinqüência. Por outro lado, o 'Serviço D' desliga casos por motivos de faltas ou desistências. No 'Serviço H' os critérios para o desligamento são: uso de drogas, desrespeito das regras dentro da casa, roubo e sexo. Para os demais serviços o desligamento ocorre devido às faltas sucessivas sem justificativas. E por fim, quando o adolescente não se enquadra no atendimento, os serviços realizam encaminhamentos para outras instituições, apenas o representante do 'Serviço G' informou que não há casos de pessoas que não se enquadram neste tipo de serviço.

Quadro 11: Tempos de atendimento e critérios para alta e desligamento.

INSTITUIÇÃO	TEMPO DE PERMANÊNCIA NO PROG./INTERV.	TÊM UM TEMPO MÉDIO PREVISTO DE ATENDIMENTO		ADOTAM CRITÉRIOS PARA ENCERRAR ATENDIMENTO?		ADOTAM CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO POR NÃO CUMPRIMENTO DO QUE É ESPERADO?		EXISTEM CASOS EM QUE O ADOLESCENTE NÃO SE ENQUANDRA NO ATENDIMENTO?	
		SIM (qual, tempo ideal)	NÃO	SIM (qual,(is) critério(s) de alta)	NÃO	SIM (qual (is) critério(s))	NÃO	SIM (qual (is) casos e o que é feito?)	NÃO
Serviço A									
Serviço B	9 meses, alguns não se adaptam e saem antes e alguns ficam um ou dois meses a mais	9 meses		Finalização do tempo de 9 meses, para receber a graduação, que ocorre duas vezes ao ano. O adolescente deve ao fim de seus 9 meses e ao sair da fazenda frequentar as reuniões de grupo do NATA. A graduação ocorre em uma missa, na qual o adolescente é devolvido para a família. Esta por sua vez deveria continuar participando do Amor Exigente, mas em geral isso não acontece.		Se receber três advertências está excluído. Se a ,pessoa diz que não quer ficar os familiares são comunicados e a pessoa é entregue a família.		Se o adolescente não se enquadra ou ele demonstra interesse de ir embora ou ele descumprir regras para receber 3 advertências e ser expulso.	

INSTITUIÇÃO	TEMPO DE PERMANÊNCIA NO PROG./INTERV.	TÊM UM TEMPO MÉDIO PREVISTO DE ATENDIMENTO		ADOTAM CRITÉRIOS PARA ENCERRAR ATENDIMENTO?		ADOTAM CRITÉRIOS PARA DESLIGAMENTO POR NÃO CUMPRIMENTO DO QUE É ESPERADO?		EXISTEM CASOS EM QUE O ADOLESCENTE NÃO SE ENQUANDRA NO ATENDIMENTO?	
		SIM (qual, tempo ideal)	NÃO	SIM (qual(is), critério(s) de alta)	NÃO	SIM (qual (is) critério(s))	NÃO	SIM (qual (is) casos e o que é feito?)	NÃO
Serviço C	Dependendo da necessidade e demanda de cada caso, ele poderá freqüentar atividades do Intensivo (8hs), do Semi-intensivo (4hs), e do Ambulatorial (alguns grupos e oficinas específicos).	Depende da necessidade de cada caso.		Não existe alta, o que temos é abandono ou uma auto alta, o paciente considera que já está melhor e não precisa mais ir ao serviço.		Sim. Rediscuti-se o programa em busca de alguma alternativa. Tem alguns casos em que é feito um rompimento, por exemplo, no caso de delinquência dentro do serviço (levar uma arma e ameaçar pessoas). Nesses casos o paciente é então convidado a não freqüentar mais o programa. Alguns são suspensos por um determinado tempo e outros são totalmente desligados do serviço.		Sim, casos mais graves que tem necessidade de mternação, e que são encaminhados para o HC ou para o Padre Aroldo.	

INSTITUIÇÃO	TEMPO DE PERMANÊNCIA NO PROG./INTERV.	TÊM UM TEMPO MÉDIO PREVISTO DE ATENDIMENTO		ADOTAM CRITÉRIOS PARA ENCERRAR ATENDIMENTO?		ADOTAM CRITÉRIOS PARA DESLIGAMENTO POR NÃO CUMPRIMENTO DO QUE É ESPERADO?		EXISTEM CASOS EM QUE O ADOLESCENTE NÃO SE ENQUANDRA NO ATENDIMENTO?	
		SIM (qual, tempo ideal)	NÃO	SIM (qual(is), critério(s) de alta)	NÃO	SIM (qual (is) critério(s))	NÃO	SIM (qual (is) casos e o que é feito?)	NÃO
Serviço D	Entre um e dois anos.	No mínimo 6 meses.				Apenas para os casos de alta por inassistência,(falta s/desistências)		Quando os casos são considerados apropriados à atenção primária ou secundária, podem receber encaminhamento para serviços da rede, após feito o diagnóstico e o controle da queixa (“ou crise”), mas é raro que isso aconteça..	
Serviço E									
Serviço F	É necessário liberar o mais breve possível devido a pressão da demanda, mas se possível, o serviço aguarda doze horas de internação para liberar o paciente.	Algumas horas, no máximo 62 horas.		O oferecimento de atendimento de caráter emergencial e o encaminhamento do caso para outros serviços, quando este se faz necessário.				Quando o caso não necessita de internação, o serviço realiza encaminhamento s pra outros tipos de serviço.	

INSTITUIÇÃO	TEMPO DE PERMANÊNCIA NO PROG./INTERV	TÊM UM TEMPO MÉDIO PREVISTO DE ATENDIMENTO		ADOTAM CRITÉRIOS PARA ENCERRAR ATENDIMENTO?		ADOTAM CRITÉRIOS PARA DESLIGAMENTO POR NÃO CUMPRIMENTO DO QUE É ESPERADO?		EXISTEM CASOS EM QUE O ADOLESCENTE NÃO SE ENQUANDRA NO ATENDIMENTO?	
		SIM (qual, tempo ideal)	NÃO	SIM (qual(is), critério(s) de alta)	NÃO	SIM (qual(is) critério(s))	NÃO	SIM (qual(is) casos e o que é feito?)	NÃO
Serviço G	Vida toda. O serviço sugere que os primeiros noventa dias o membro freqüente reuniões todos os dias.		X		X		X		X
Serviço H	De 6 a 9 meses.	De 6 a 9 meses, este poderá ser prorrogado.		Se o indivíduo não está mais dependente.		Uso de drogas, desrespeito das regras da casa, roubo, agressão, sexo. Depois que sai da casa antes de um mês não pode voltar.			

8.4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS REFERENTES AO LEVANTAMENTO DOCUMENTAL

8.4.1 Resumo do levantamento documental

Apêndice C: Quadro 1: Caracterização das fontes

TIPO DE ATO NORMATIVO	ANO
1. Lei Ordinária nº 6.368 (BRASIL)	1976
2. Constituição Federal (BRASIL)/ referência 2004a	1988
3. Constituição do Estado de São Paulo (SÃO PAULO)/ referência 2004	1989
4. Lei Ordinária 8.080 (BRASIL)	1990a
5. Lei Ordinária 8.069 (BRASIL).	1990b
6. Lei Ordinária 5.972 (RIBEIRÃO PRETO)	1991
7. Lei 8.054 (RIBEIRÃO PRETO)	1998
8. Portaria 04 (SENAD)	2000
9. Lei Ordinária 10.817 (SÃO PAULO)	2001
10. Lei Ordinária 10.216 (BRASIL)	2001b
11. Resolução RDC 101(BRASIL)	2001c
12. Lei Ordinária 10.409 (BRASIL)	2002a
13. Portaria GM/MS 336 (BRASIL)	2002b
14. Portaria SAS/MS 189 (BRASIL)	2002c
15. Portaria GM/MS 816 (BRASIL)	2002d
16. Portaria GM/MS 817 (BRASIL)	2002e
17. Portaria SAS/MS 305 (BRASIL)	2002f
18. Decreto 46.860 (SÃO PAULO)	2002b

TIPO DE ATO NORMATIVO	ANO
19. Política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. (BRASIL)	2003
20. Portaria GM/MS 2.197(BRASIL)	2004b
21. Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL)	2004c
22. Relatório da Comissão especial destinada a acompanhar e estudar propostas de políticas públicas para a juventude (BRASIL)	2004d
23. Política Nacional Antidrogas (BRASIL)	2005a
24. Declaração de Brasília de Políticas Públicas sobre álcool (BRASIL)	2005b
25. Documento do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (NAÇÕES UNIDAS)	2006
26. Lei Orgânica Municipal (RIBEIRÃO PRETO)	2006c

8.4.2 Dados referentes ao levantamento documental

1. Lei Federal 6.368/ 1976: Conhecida como Lei de Tóxicos, este documento incrimina tanto o tráfico de entorpecente quanto o porte de drogas para uso próprio. Medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e ao uso indevido de substâncias entorpecentes encontram-se dispostas nesta lei, além de outras medidas. Em 2002, alguns artigos foram alterados, buscando a melhoria das propostas (BRASIL, 1976).

Art. 2º: É dever de todas as pessoas, físicas ou jurídicas, nacionais ou estrangeiras com domicílio ou sede no País, colaborar na prevenção da produção, do tráfico ou uso indevidos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica.

Art. 12. (VETADO)

§ 1º O tratamento do dependente ou do usuário será feito de forma multiprofissional e, sempre que possível, com a assistência de sua família.

§ 2º Cabe ao Ministério da Saúde regulamentar as ações que visem à redução dos danos sociais e à saúde.

Nesta primeira Lei observa-se que desde a década de setenta o modelo preventivo já vinha sendo apresentado como uma ação. Entretanto, é importante ressaltarmos que até os dias atuais este modelo tem sido indicado como umas das atuações possíveis nesta área, sendo ainda pouco utilizado no município de Ribeirão Preto. Além disso, esta Lei estabelece a necessidade de ter vários modelos de atendimento aos usuários de drogas, evidenciando que a diversidade de atendimentos muito explorada nos dias atuais já vinha sendo mencionada há mais de 30 anos.

2. Constituição Federal/1988: A Constituição da República Federativa do Brasil foi promulgada com o objetivo de oferecer um Estado democrático que garantisse os direitos sociais, individuais, a liberdade, segurança, bem-estar, desenvolvimento, igualdade e justiça. Foram selecionados, para este estudo, alguns artigos e parágrafos que garantem aos cidadãos os direitos sociais (saúde, moradia, educação, trabalho, lazer, proteção e assistência). O direito a saúde deve permitir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Além disso, garante proteção às crianças e adolescentes que participam de programas de prevenção e atendimento especializado para dependentes de entorpecentes e drogas afins (BRASIL, 1988).

Cap. II – Art. 6º Direitos sociais: a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

Seção II Saúde - Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 200 Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde [...].

Cap. VII - Art. 227 (§ 3º, VII) É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente: § 3º O direito a proteção especial abrangerá os

seguintes aspectos: **VII** programas de prevenção e atendimento especializado à criança e ao adolescente dependente de entorpecentes e drogas afins.

A Constituição Federal prevê que o Estado deva garantir a todos, acesso aos diferentes tipos de serviços de saúde através de políticas sociais. Como está previsto no artigo 200, as crianças, adolescentes e jovens devem receber proteção especial e adequada por estarem em fase de desenvolvimento.

Atualmente, as diretrizes da Constituição Federal ainda precisam ser efetivamente aplicadas à prática, a fim de que a teoria possa ser utilizada nas ações oferecidas, garantido realmente o direito e a proteção especial aos jovens.

3. Constituição do Estado de São Paulo/1989: Foi promulgada com o objetivo de oferecer ao povo paulista a democratização dos direitos. Neste estudo, selecionamos apenas os artigos referentes à questão da Saúde, com o intuito de demonstrar que o Estado paulista estabelece algumas diretrizes para o funcionamento de serviços de atenção (SÃO PAULO, 1989).

Título VII da Ordem Social, Capítulo II, seção II da Saúde: **Art. 219** a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Art. 220 as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.

Art. 223 compete ao sistema único de saúde, respeitadas as necessidades específicas de todos os segmentos da população; [...] f) saúde da criança e do adolescente.

A Constituição do Estado de São Paulo estabelece que as ações de Saúde, assim como as aplicações das necessidades específicas aos jovens devam ser fiscalizadas pelo poder público. Desta forma, salientamos a necessidade da efetivação destas medidas para que possamos ofertar ações adequadas à população.

4. Lei Federal 8.080/1990: Implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, através das diretrizes e dos seguintes objetivos:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990a).

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico [...];

[...] VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde[...];

[...]IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; [...].

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública; [...]

[...] XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

O SUS prevê que o acesso aos serviços de saúde deva ser universal, integral, igualitário e descentralizado. Para que isso ocorra é necessário que haja organização e fiscalização das ações ofertadas, a fim de que tais primícias sejam cumpridas. Lamentavelmente a teoria tem sido pouco aplicada à prática, o que tem inviabilizado as atuações.

Em Ribeirão Preto, por exemplo, os serviços que oferecem atendimento aos jovens usuários de drogas não são descentralizados, o que pode estar dificultando o acesso dos

mesmos. É necessário que outros serviços sejam implantados de tal forma que seja facilitado o acesso da população.

5. Lei Federal 8.069/1990: Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA. Esta Lei garante os direitos e deveres das crianças e adolescentes. Para esta pesquisa, selecionamos alguns artigos de acordo com os objetivos da mesma. O referido documento estabelece a proibição de venda, consumo ou entrega de drogas às crianças e adolescentes e prevê medidas de proteção, tais como ações que possam orientar e tratar aqueles que fazem uso de drogas (BRASIL, 1990b).

Art. 81, II e III – É proibida a venda a crianças e adolescentes: II bebidas alcoólicas; III produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica; [...].

Art. 101, VI – Medidas de proteção: [...] VI inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos.

Art. 243 Vender, fornecer ainda que gratuitamente, ministrar ou entregar, a crianças ou adolescentes produtos que possam causar dependência física ou psíquica.

No Brasil, infelizmente tais medidas não têm sido estabelecidas. Crianças, adolescentes e jovens não apenas têm acesso, como também fazem uso de substâncias que causam dependência física e ou psíquica.

As medidas de proteção não estão sendo corretamente aplicadas evidenciando a dificuldade de acesso e encaminhamentos aos serviços. É urgente a aplicação destas medidas a fim de que se possa preservar e proteger a juventude.

6. Lei Municipal 5.972/91: Discorre sobre a implantação do Sistema Único de Saúde na cidade de Ribeirão Preto e a participação da comunidade na fiscalização, organização, gestão

e controle do SUS através da Conferência Municipal da Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Comissão Municipal de Saúde e Comissões Locais de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 1991).

Art. 7º Respeitadas as diretrizes para a formulação da política de saúde no Município, aprovadas pela conferência Municipal da Saúde, e as diretrizes dos Conselhos Nacional e Estadual de Saúde, compete ao Conselho Municipal de Saúde:

- I – atuar na formação da estratégia e no controle da execução da política de saúde no município;
- II – estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;
- III – aprovar o Plano Municipal de Saúde, articulado com os Planos Estadual e Nacional de Saúde;
- IV – opinar sobre tudo o que diga respeito à organização e ao funcionamento do SUS e a promoção, preservação e recuperação da saúde, no âmbito do Município;
- V – Propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do SUS;
- VI – estabelecer normas para as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação;
- VII – acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos e tecnológicos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do Município;
- VIII a acompanhar, fiscalizar e controlar os procedimentos e o desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde no município;
- IX – opinar sobre a constituição de consórcios intermunicipais para execução de ações e serviços de saúde;
- X – opinar sobre a celebração de convênios e contratos com entidades públicas ou privadas para execução de ações e serviços de saúde;
- XI – acompanhar, fiscalizar e controlar a atuação, no Município, do setor privado da área de saúde credenciado mediante convênio ou contrato;
- XII – fiscalizar a movimentação dos recursos repassados à Secretaria Municipal da Saúde e ao Fundo Municipal de Saúde, sem prejuízo da competência da Câmara Municipal e dos Tribunais de Contas do Estado e da União nessa matéria;
- XIII – aprovar o Pagamento Interno da Conferência Municipal de Saúde;
- XIV – aprovar o regimento Interno da Comissão Municipal de Saúde; e,
- XV – aprovar o Regimento Interno das Comissões Locais de Saúde.

Esta Lei Municipal prevê que o Conselho Municipal de Saúde deve opinar sobre a organização e o funcionamento dos variados modelos de atenção, além de propor medidas de aperfeiçoamento.

A efetivação destas ações proporcionaria diversas melhorias, as quais já teriam sido apresentadas aos serviços de atendimento de jovens usuários de drogas, contribuindo para que cada vez mais pessoas participem das ações de Saúde no município.

7. Lei Municipal 8.054/98: Autorização de convênio entre a prefeitura municipal de Ribeirão Preto e a Secretaria Estadual de Saúde com vista à implantação do Programa de Redução de Danos no município (RIBEIRÃO PRETO, 1998).

Art. 1º Fica por esta lei autorizada a Administração Pública Municipal a firmar convênio com a secretaria Estadual da Saúde para a implantação do “PROGRAMA DE REDUÇÃO DE DANOS”, no município de Ribeirão Preto.

Em 1998, ocorre a implantação deste modelo de atendimento na cidade de Ribeirão Preto. Podemos dizer que o município foi um dos pioneiros neste serviço em todo o Estado de São Paulo uma vez que a Lei Estadual que permitiu a implantação deste modelo é do mesmo ano da Lei Municipal. Quando o serviço foi implantado contava com oito redutores de danos e chegava a recolher cerca de seiscentas seringas por mês.

Atualmente, segundo informações verbais⁵¹ o serviço conta com apenas um redutor e tem recolhido em torno de cento e vinte seringas em apenas um bairro da cidade. Fomos informados que no município não há um serviço de Redução de Danos específico para jovens. O modelo existente atende pessoas de todas as idades. Além disso, a redução de danos do município parece ater-se somente à troca de seringas.

Desta forma, consideramos que este tipo de atendimento deva ser ampliado a fim de que mais pessoas possam ser atendidas com formas mais amplas de redução de riscos. Além disso, o serviço não deve ser centralizado, facilitando o acesso de todos. Serviços especializados e adequados aos jovens é também uma necessidade eminente em Ribeirão Preto.

⁵¹ Informações obtidas através de um contato telefônico com o responsável pelo serviço

8. Portaria 04 SENAD/2000: A Secretaria Nacional Antidrogas estabelece quais devem ser os procedimentos e os documentos necessários para que uma instituição possa abrir um serviço que oferece atenção a usuários de drogas. Além disso, as instituições públicas e privadas que atuam na área de prevenção, pesquisa, tratamento e reinserção social de dependentes químicos e já se encontram em funcionamento devem ser recenseadas e cadastradas. Este cadastro será válido por doze meses, devendo o mesmo ser revalidado (BRASIL, 2000).

Mediante esta portaria, o Governo Federal estabeleceu um órgão responsável pelo controle dos atendimentos desenvolvidos pelas instituições públicas e privadas que oferecem atendimentos aos usuários de drogas.

Em Ribeirão Preto, tais ações não têm sido efetivamente realizadas, dificultando o recenseamento das instituições. Por outro lado, a falta de cadastramento dos serviços permite que qualquer pessoa monte um serviço independente dos procedimentos realizados. Desta maneira, a população pode estar vulnerável a qualidade dos serviços oferecidos. Logo, é preciso, com urgência, que esta portaria seja efetivamente aplicada na cidade de Ribeirão Preto.

9. Lei Estadual 10.817/2001: Através deste documento, ficou sendo obrigatória a implantação de serviços que oferecessem atendimento a crianças, adolescentes e jovens que fizessem uso de drogas. O Estado de São Paulo determina que o Programa de Atendimento a crianças e adolescentes dependentes de álcool e outras drogas deverá oferecer às pessoas, desta faixa etária, internações emergenciais, serviço ambulatorial, atenção aos familiares e ações preventivas (SÃO PAULO, 2001).

Artigo 1º Fica obrigado o Poder Executivo a implantar o Programa Estadual de Atendimento a Crianças e Adolescentes Dependentes de Álcool e outras Drogas,

conforme disposto no artigo 101, inciso VI, da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

Artigo 2º O Programa Estadual de Atendimento a Crianças e Adolescentes Dependentes de Álcool e outras Drogas deverá abranger internação emergencial, apenas para casos agudos de overdose e abstinência, tratamento ambulatorial, orientação e apoio às famílias e ações de prevenção.

Artigo 3º O Programa Estadual de Atendimento a Crianças e Adolescentes Dependentes de Álcool e outras Drogas será realizado em conformidade com as diretrizes gerais definidas pelos Conselhos Estaduais dos Direitos da Criança e do Adolescente e de Saúde.

Esta Lei prevê a criação de serviços adequados a faixa etária de crianças, adolescentes e jovens que fazem uso de drogas. Salientamos a efetivação destas ações a fim de que esta parte da população possa estar efetivamente protegida e acompanhada. Além disso, este documento estabelece que serviços de atendimento deverão ofertar internações emergenciais, orientação e apoio às famílias e ações preventivas. Apesar dos diferentes modelos de atenção e dos respectivos objetivos as ações previstas pela Lei estadual garantem o oferecimento de apoio a esta demanda.

10. Lei Federal 10.216/2001b: Modifica toda a forma de trabalhar com as pessoas portadoras de transtornos mentais, garantido-lhes direitos, proteção e o redirecionamento do modelo assistencial até então em vigor. Determina que cabe ao Estado o desenvolvimento da Política de Saúde Mental, as ações de promoção e assistência ao setor de saúde (BRASIL, 2001b).

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

De acordo com esta Lei as pessoas que apresentam transtornos mentais devem ter seus direitos respeitados. Entretanto, sabemos que o fim dos preconceitos e a efetiva garantia dos direitos ainda necessitam ser alcançados.

Atualmente muitas ações são desenvolvidas propiciando as medidas previstas na Lei, porém, ainda faltam ações que garantam totalmente os direitos dessas pessoas.

Pelos nossos contatos e o de colegas com jovens usuários de drogas, o que se sabe é que muitos são mal tratados e desacreditados, muitas vezes pelos próprios profissionais que realizam os atendimentos. Isto, nos leva a pensar ser necessária a implantação de ações que garantam à atenção despreconceituosa e eficaz, tendo como objetivo a promoção do ser humano.

11. Resolução RDC 101/2001: Esta resolução estabelece as regras mínimas de funcionamento de clínicas e comunidades terapêuticas. Prevê que todo serviço deve estar devidamente licenciado pela autoridade sanitária competente do Distrito Federal, Estado ou Município e estabelece-se ainda que os serviços devem ser fiscalizados ao menos uma vez por ano (BRASIL, 2001c).

Art. 2º Todo serviço, para funcionar, deve estar devidamente licenciado pela autoridade sanitária competente do Estado, Distrito Federal ou Município,

atendendo aos requisitos deste Regulamento Técnico e legislação pertinente, ficando estabelecido o prazo máximo de 2 (dois) anos para que os serviços já existentes se adequem ao disposto nesta Resolução.

Art. 6º Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas devem ser avaliados e inspecionados, no mínimo, anualmente. Para tanto, deve ser assegurado à autoridade sanitária livre acesso a todas as dependências do estabelecimento, e mantida à disposição toda a documentação pertinente, respeitando-se o sigilo e a ética, necessários às avaliações e inspeções.

A efetivação desta resolução garante aos usuários qualidade nos serviços oferecidos e a certeza de que os mesmos estão sendo regulamentados e fiscalizados. Em Ribeirão Preto, os serviços que participaram desta pesquisa não estavam cadastrados na Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas – FEBRACT (Anexo G), com isso, não se pode garantir que os mesmos estejam regulamentados e ainda que haja fiscalização de suas ações.

É de fundamental importância que tais medidas sejam realizadas a fim de que os serviços possam oferecer ações autorizadas. Com isso, os usuários terão a certeza de que o serviço oferece ações que são fiscalizadas e, portanto, se encontra devidamente apto ao funcionamento.

12. Lei Federal 10.409/2002: Prevenção contra a produção, tráfico ilícito e uso de drogas (artigo 2º, cap. II, seção I artigo 8º). A produção é permitida apenas com fins medicinais, os quais devem ser controlados e fiscalizados, além de ter a autorização da autoridade sanitária para funcionamento (art. 8º § 1º, art. 9º). O artigo descrito abaixo informa que todo estabelecimento que implementar ações preventivas nesta área deve ter os seguintes objetivos:

Art. 10º § 2º: incentivar atividades esportivas, artísticas e culturais, promover debates de questões ligadas à saúde, cidadania e ética, manter nos estabelecimentos de ensino serviços de apoio, orientação e supervisão de professores e alunos, manter nos hospitais atividades de recuperação de dependentes e de orientação de seus familiares (BRASIL, 2002a).

Segundo esta lei o tratamento deve ser acompanhado por uma equipe multiprofissional além de contar com o apoio familiar (BRASIL, 2002a, art. 12 § 1º). O texto dispõe ainda dos procedimentos penais e as suas conseqüências.

Conforme disposto no artigo 3º institui-se o Sistema Nacional Antidrogas formado pelos poderes municipais, estaduais e federal, com as seguintes atividades: prevenção do uso indevido, tratamento, recuperação e reinserção social de dependentes de substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou psíquica; e a repressão ao uso indevido, a prevenção e a repressão do tráfico ilícito e da produção não autorizada de substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou psíquica (BRASIL, 2002a).

Ações preventivas devem estar presentes em todos os municípios. Em Ribeirão Preto, neste estudo, apenas o representante de um dos serviços informou que eles oferecem algumas ações preventivas. Com os dados coletados nesta pesquisa constatamos que existe um déficit de atuações preventivas na cidade. Temos o conhecimento de outras atividades tais como a realizada pelo Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência - PROERD, o qual é um programa social preventivo realizado pela Polícia Militar nas escolas junto aos alunos de 9 a 12 anos. Devido ao reduzido número de profissionais, este trabalho se torna limitado. Duas escolas particulares desenvolvem trabalhos de promoção de saúde e cidadania, nos quais o tema uso indevido de drogas é abordado. Desta forma, constatamos que existem ações isoladas. Escolas públicas solicitam freqüentemente às universidades trabalhos na área, mas sem oferecerem condições de implementação de uma proposta eficaz por terem de cumprir conteúdos programáticos. Além disso, uma proposta eficaz de prevenção ao uso indevido de drogas demanda articulação de diferentes setores da administração pública em seus diferentes níveis (a Portaria 816/2002 faz referências às redes de atendimento, inclusive a

rede de atendimento psicossocial). A superação das dificuldades para implementação de ações preventivas caracteriza-se pela urgência na efetivação das medidas previstas pela Lei em questão.

A equipe multiprofissional pouco presente nos serviços que participaram deste estudo, é uma necessidade, assim como o apoio familiar. Logo, precisamos ofertar ações que estejam fundamentadas e equipadas de forma que os atendimentos sejam devidamente oferecidos.

13. Portaria GM/MS 336/2002: Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II e CAPS III, devendo estes atender suas respectivas demandas, dando preferência aos casos mais severos e aqueles que residem na localidade do serviço, oferecendo-lhes atendimento semi intensivo, intensivo e não intensivo (artigo 1º § 1º). Este tipo de serviço deve ser independente de uma estrutura hospitalar (artigo 3º).

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

O artigo 4º define as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º:

CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com características, algumas das quais citadas abaixo (selecionamos as que eram mais interessantes para este estudo): 1. responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; 2. possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde

(NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; 3. supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; 4. funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana. São oferecidos atendimentos: individuais (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); grupais (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

O CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com características, algumas das quais citadas abaixo (selecionamos as que eram mais interessantes para este estudo): 1. responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; 2. supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; 3. funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas. Este tipo de serviço oferece atendimento: individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), grupal (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras), em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social, os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

O CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com algumas características, como as abaixo citadas: 1. constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana; 2. responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; 3. supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, 4. estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica. Oferece atividades, tais como: atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros), grupais (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras), atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social, acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação.

O CAPSi – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com características, como algumas das citadas abaixo: 1. constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais, 2. possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local, 3. funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas. A esses pacientes são oferecidas as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), grupal (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros), atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio, visitas e

atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social, desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça.

O CAPSad – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com características, algumas das quais citadas abaixo: 1. constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local, 2. sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território, 3. funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas, 4. manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

Oferece atividades, tais como: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), grupal (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras), atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social, os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, atendimento de desintoxicação (BRASIL, 2002b).

Em Ribeirão Preto há apenas um Centro de Atenção Psicossocial voltado para atender jovens, CAPSad, os demais serviços atendem adultos.

Diante da demanda de jovens usuários de drogas se faz necessário mais CAPSads e CAPSi, a fim de que o atendimento seja descentralizado o que certamente facilitará o acesso dos jovens. Na cidade poucos jovens têm sido atendidos no CAPSad, (de acordo com os dados obtidos nesta pesquisa), o que evidencia a necessidade de que as ações oferecidas sejam repensadas de forma que possam facilitar o acesso e a permanência desta população.

14. Portaria SAS/MS 189/2002: Esta portaria estabelece que nos CAPS III sejam realizados atividades de acolhimento/observação/repouso à pacientes quando é necessária a utilização do leito (parágrafo único art. 1º). Prevê variados procedimentos de acordo com a nomenclatura

estabelecida pelo SIA/SUS, ficando determinado as diferentes ações nos vários tipos de CAPS.

No caso do atendimento e acompanhamento aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, que demandem cuidados intensivos em saúde mental estão previstos atendimentos diários, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, através de uma equipe multiprofissional especializada em saúde mental com no máximo quarenta pacientes/mês. Por outro lado, no caso dos atendimentos semi intensivos estão previstos um conjunto de freqüentes atendimentos, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental, no máximo são atendidos sessenta pacientes/mês. No caso de atendimentos não intensivos em Saúde Mental estão previstos atendimentos quinzenais/ mensais, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental, com no máximo noventa pacientes/mês.

Por fim, com relação ao acompanhamento de pacientes usuários de álcool e outras drogas no período das 18:00 às 21:00 horas, estão previstos atendimentos desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada, atendendo no máximo quinze pacientes/mês (BRASIL, 2002c).

Estas previsões foram estabelecidas, entretanto questiona-se, se tais ações têm sido efetivamente realizadas e fiscalizadas. É imprescindível que estas sejam certificadas e que a efetiva realização destes procedimentos se concretize.

15. Portaria GM/MS 816/2002: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de atenção comunitária integrada a usuários de álcool e outras drogas o qual tem como objetivo:

Art. 1º I – Articular as ações desenvolvidas pelas três esferas de governo destinadas a promover a atenção aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool ou outras drogas;

II – Organizar e implantar rede estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos pacientes com esse tipo de transtorno, articulada à rede de atenção psicossocial;

III – Aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e à saúde representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas;

IV – Realizar ações de atenção/assistência aos pacientes e familiares, de forma integral e abrangente, com atendimento individual, em grupo, atividades comunitárias, orientação profissional, suporte medicamentoso, psicoterápico, de orientação e outros;

V – Organizar/regular as demandas e os fluxos assistenciais;

VI – Promover, em articulação com instituições formadoras, a capacitação e supervisão das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental locais [...].

No artigo 3º está previsto a implantação de duzentos e cinquenta Centros de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas entre os anos de 2002 a 2005.

Art. 3º Estabelecer que, em virtude dos diferentes níveis de organização das redes assistenciais existentes nos estados e no Distrito Federal, da diversidade das características populacionais existentes no País e da variação da incidência dos transtornos causados pelo uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, deverão ser implantados no País, nos próximos três anos, 250 Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas [...].

Em anexo, este documento discrimina quais são as atividades que compete a Secretaria Municipal de Saúde, tais como:

a) elaborar, em parceria com a respectiva Secretaria Estadual de Saúde, por intermédio da Comissão Intergestores Bipartite, as estratégias de implantação, em seu âmbito de atuação, do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas;

b) criar as condições para a estruturação/criação/implantação/cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial e adotar as providências necessárias para integrá-lo(s) na rede estadual estratégica de serviços extra-hospitalares de atenção aos transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas;

c) alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento/incremento do Programa;

d) monitorar o desempenho do Programa em seu município e os resultados alcançados;

e) executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária no que se refere aos transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e drogas;

- f) executar programas de treinamento e capacitação de recursos humanos nas áreas de prevenção, vigilância e assistência aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- g) manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade, que deverão ser notificados ao gestor estadual do SUS (BRASIL, 2002d).

As atividades que competem a Secretaria Municipal da Saúde devem ser efetivamente aplicadas de forma que aqueles que recebem o serviço possam ser devidamente atendidos e que os atendimentos sejam monitorados e controlados efetivamente.

16. Portaria GM/MS 817/2002: Institui na tabela do SIA/SUS os procedimentos de internação, tratamento de síndrome de abstinência e de intoxicação aguda de pessoas com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002e).

Esses procedimentos por serem instituídos pelo SIA/SUS devem ser realizados nos diversos modelos de atenção, a fim de que a população possa escolher o tipo de serviço que considerar mais apropriado. Além disso, os próprios profissionais poderão avaliar os casos e encaminhar os mesmos para os serviços mais apropriados.

17. Portaria SAS/MS 305/2002: Estabelece as normas de funcionamento e cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos causados pelo uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas. As Secretarias Municipais da Saúde deverão se organizar, habilitar e cadastrar tais centros.

Art 1º - Aprovar, na forma do Anexo I desta Portaria, as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas.

Parágrafo Único – As secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde deverão adotar as medidas necessárias à organização/habilitação/cadastramento dos Centros de que trata o caput deste Artigo em seus respectivos âmbitos de atuação.

No artigo 2º fica estabelecida a necessidade de haver Centros de Referências em cada estado.

Art 2º Designar Centros de Referência nos estados, atribuindo-lhes a responsabilidade de, junto aos gestores estaduais e sob a coordenação de Grupo de Trabalho constituído pela Secretaria de Assistência à Saúde, implementar a primeira etapa do Programa Permanente de Capacitação para a Rede de CAPSad, na forma descrita no Anexo II desta Portaria (BRASIL, 2002f).

As normas de funcionamento e o cadastramento destes Centros de Referência garantem a regulamentação dos mesmos assim como a fiscalização. É de fundamental importância que essas normas sejam seguidas para que os modelos sejam apropriados.

18. Decreto Estadual 46.860/2002: O Ministério da Saúde demonstrou que no ano de 2002 23% das internações psiquiátricas eram devido ao uso de drogas. Diante desses dados o governo do Estado de São Paulo criou o Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras drogas que tem por finalidade ser referência na definição de políticas públicas para promoção de saúde, prevenção e tratamento dos transtornos decorrentes do uso indevido de álcool, tabaco e outras drogas; desenvolver conhecimento e tecnologia voltados ao enfrentamento:

(SÃO PAULO, 2002b, Art. 3º itens II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI e XII):

II. a) dos problemas causados à saúde, relacionados ao uso indevido de álcool, tabaco e outras drogas; b) de outros transtornos compulsivos, dentre os quais os alimentares e sexuais; c) de outros transtornos causados por álcool, tabaco e outras drogas no período da adolescência;

- III. prestar assistência médica intensiva e não intensiva a pacientes com transtornos decorrentes de álcool, tabaco e outras drogas, nas diversas faixas etárias, incluindo o período de adolescência;
- IV. elaborar, promover e coordenar programas, cursos, projetos de capacitação, treinamento ou aperfeiçoamento de recursos humanos, em consonância com a especificidade do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas;
- V. contribuir para formação e desenvolvimento de recursos humanos especializados;
- VI. desenvolver programas especiais de educação preventiva e promover campanhas educativas e de informação à população;
- VII. orientar as organizações de apoio, quanto aos aspectos assistenciais e psicossociais;
- VIII. atuar de forma articulada e integrada com as demais unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde - SUS, bem como com entidades públicas e privadas;
- IX. desenvolver e avaliar processos de investigação e pesquisa científica e criar mecanismos para a sua divulgação;
- X. propor e executar as ações de vigilância epidemiológica;
- XI. estabelecer parcerias com universidades para consolidação e validação de tecnologia e com organizações nacionais e internacionais para intercâmbio de experiências;
- XII. proporcionar campo de treinamento e estágio adequado nos programas de prevenção e controle de álcool, tabaco e outras drogas.

Este Centro também oferecerá atendimentos intensivos, semi-intensivos e não intensivos, através de uma equipe multiprofissional. Os atendimentos serão realizados através de ações integradas que promovam atendimento e acolhimento de pacientes que fazem uso de álcool e outras drogas. Os núcleos de atividades foram divididos, tais como: Núcleo de programa I, II, III, Núcleo de ação comunitária e residência terapêutica, Núcleo de projetos especiais, Núcleo de apoio técnico, Núcleo de pesquisa e investigação epidemiológica, Núcleo de informação, Núcleo de recursos humanos, Núcleo de finanças e suprimentos e o Núcleo de administração patrimonial e atividades complementares (SÃO PAULO, 2002b).

A definição de Políticas Públicas que possibilitem a promoção, prevenção e tratamento dos transtornos decorrentes do uso indevido de álcool e outras drogas devem ser implementadas em todos os serviços de atendimento do Estado, se tornando assim referência para todos. Consideramos que tais ações são imprescindíveis apesar de ainda não estarem efetivamente aplicadas.

19. Política para o Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de drogas/2003: Proposição de uma política que visa à implantação de programas preventivos, educativos, tratamento e programas de promoção de saúde adaptado as diferentes necessidades (BRASIL, 2003).

Com base nesta política e nas práticas atuais é necessário que os municípios ofereçam modelos diversificados de atendimento a fim de que a população possa ter diferentes opções.

Em Ribeirão Preto há uma variedade de serviços, porém, observamos que são insuficientes perante a população existente e a provável demanda. Logo, sugerimos a implantação de outros serviços.

20. Portaria GM/MS 2.197/2004: Esta portaria institui o Programa de Atenção Integral a Usuários de álcool e outras Drogas, o qual deverá ser desenvolvido de forma articulada com o Ministério da Saúde, pelas Secretarias de Saúde do Estado, do Distrito Federal e dos Municípios, com os seus principais componentes:

I – Atenção Básica, II – Atenção no CAPSad, ambulatorios e outras unidades extra-hospitalares especializadas, III – Atenção hospitalar de referência e IV – Rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS (BRASIL, 2004b).

Em Ribeirão Preto, este Programa não foi implementado. Salientamos a importância do mesmo e a necessidade de sua implantação na cidade o que garantiria a oferta de serviços diversificados a população.

21. Centros de Atenção Psicossocial/2004: A portaria 336/2002, apresentada previamente, estabelece os diferentes tipos de CAPS e explica o funcionamento de cada um deles. Este documento foi elaborado no ano de 2004 pelo Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, com o objetivo de discorrer sobre os diferentes tipos de CAPS inseridos na rede de atenção à Saúde Mental, sua relação com a rede básica de saúde, e quais são as formas de organizar um CAPS em sua cidade (BRASIL, 2004c).

Com base neste documento observa-se o que é necessário para formar um CAPS e quais são suas relações com os outros tipos de serviços. Ressaltando a importância da comunicação entre diferentes modelos de atenção.

22. Relatório da Comissão especial destinada a acompanhar e estudar propostas de políticas públicas para a juventude/2004: Esta comissão composta por parlamentares propôs o estudo de propostas de políticas públicas para a juventude. A partir da legislação vigente este estudo procurou traçar estratégias para reduzir a oferta e a demanda de jovens que apresentem dificuldades relacionadas aos transtornos mentais. Verificou ainda, a necessidade de promover atenção integral ao usuário de droga (BRASIL, 2004d).

Salientamos a importância deste relatório e a necessidade de que haja outros relatórios e estudos interessados em contribuir com este tema, a fim de que possamos oferecer à demanda, melhores condições de atenção.

23. Política Nacional Anti drogas/2005: A partir da resolução 03 GSIPR/CH/CONAD/2005 o Conselho Nacional Antidrogas – CONAD aprovou esta política que apresenta como objetivo:

- conscientização da sociedade brasileira sobre os prejuízos sociais, as implicações negativas representadas pelo uso indevido de drogas e suas conseqüências;
- promover a educação, informação, capacitação e formação de pessoas em todos os segmentos sociais são ações efetivas e eficazes de redução da demanda, da oferta e de danos, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem-sucedidas, adequadas à nossa realidade;
- conhecer, sistematizar e divulgar as iniciativas, ações e campanhas de prevenção do uso indevido de drogas em uma rede operativa, com a finalidade de ampliar sua abrangência e eficácia;
- implantar e implementar rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, de acordo com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento;
- avaliar e acompanhar sistematicamente os diferentes tratamentos e iniciativas terapêuticas, fundamentados em diversos modelos, com a finalidade de promover aqueles que obtiverem resultados favoráveis;
- reduzir as conseqüências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para a pessoa, a comunidade e a sociedade; difundir o conhecimento sobre os crimes, delitos e infrações relacionados às drogas ilícitas e lícitas, prevenindo-os e coibindo-os por meio da implementação e efetivação de políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida do cidadão;
 - combater o tráfico de drogas e os crimes conexos, em todo território nacional, dando ênfase às áreas de fronteiras terrestres, aéreas e marítimas, por meio do desenvolvimento e implementação de programas que busquem a promoção da saúde e a reparação dos danos causados à sociedade;
 - assegurar, de forma contínua e permanente, o combate à corrupção e à lavagem de dinheiro, como forma de estrangular o fluxo lucrativo desse tipo de atividade ilegal, que diz respeito ao tráfico de drogas;
 - manter e atualizar, de forma contínua, o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID, para fundamentar, dentro de outras finalidades, o desenvolvimento de programas e intervenções dirigidas à redução de demanda (prevenção, tratamento e reinserção psicossocial), redução de danos e de oferta de drogas, resguardados o sigilo, a confidencialidade e seguidos os procedimentos éticos de pesquisa e armazenamento de dados; garantir rigor metodológico às atividades de redução da demanda, oferta e danos, por meio da promoção de levantamentos e pesquisas sistemáticas, avaliados por órgão de referência da comunidade científica;
 - garantir a realização de estudos e pesquisas visando à inovação dos métodos e programas de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde;
 - instituir, em todos os níveis de governo, com rigor metodológico, sistema de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde;
 - assegurar, em todos os níveis de governo, dotação orçamentária e efetivo controle social sobre os gastos e ações preconizadas nesta política, em todas as etapas de sua implementação, contemplando os preceitos estabelecidos pelo CONAD, incentivando a participação de toda a sociedade (BRASIL, 2005a).

A efetivação desta política em todo o território nacional promoverá um avanço significativo quanto a atenção aos usuários de drogas. Consideramos imprescindível que esta efetivação aconteça rapidamente de maneira que possamos ter uma política em cumprimento e não apenas uma teoria que não é aplicável à prática.

24. Declaração de Brasília de Políticas Públicas sobre o álcool/2005: Os participantes da Conferência Pan-Americana de Políticas Públicas sobre o álcool, realizada no ano de 2005 recomendaram: a prevenção e redução de danos ambos considerados como prioridade de saúde pública; produção de informação e mais estudos científicos; uma rede regional de pontos focais nacionais para trabalhar a redução de danos relacionado ao consumo de álcool (BRASIL, 2005b).

As Políticas Públicas determinadas nesta declaração necessitam ser urgentemente aplicadas com o objetivo de reduzir a demanda cada vez mais precoce de usuários de álcool no Brasil.

Devido a legalização do álcool, muitos jovens fazem uso desta substância e não buscam atendimento. Desta forma, é imprescindível que tenhamos novos estudos, os quais promoverão dados atuais que certamente contribuirão com a realidade existente.

25. Documento do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas/2006:

[...] o Brasil se compromete em implementar as recomendações adotadas na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV/ Aids, as quais apresentam a redução de danos como um objetivo a ser alcançado[...] (ONU, 2006, p.2).

A Comissão de Drogas Narcóticas declara através deste documento que a Redução de Danos também deve ser uma estratégia utilizada no Brasil. Reafirma a necessidade de haver diferentes tipos de abordagens no trabalho com usuários de drogas, e não apenas aqueles que prezam pela abstinência, mas também os que visam reduzir os riscos a saúde (ONU, 2006).

Com este documento salientamos mais uma vez a necessidade de ofertarmos diferentes modelos de atenção. A Redução de Danos é um modelo que necessita ser efetivamente implantado em todo Brasil. Na cidade de Ribeirão Preto a ampliação do serviço se faz urgente, assim como a implementação de ações voltadas para os jovens.

26. Lei Orgânica do município de Ribeirão Preto/2006: Com vista a uma sociedade democrática que garanta os direitos sociais e individuais, a liberdade, igualdade, justiça e o bem-estar, esta lei foi promulgada.

No capítulo VI, da Seguridade Social, seção I da Saúde, **Art. 166** O Município, integrado ao Sistema Único de Saúde, na forma da lei, exercerá ações e serviços mediante:

I - políticas integradas que abranjam as diversas áreas de atuação, visando ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade;

II - atendimento integral, tanto individual quanto coletivo, abrangendo a promoção, preservação e recuperação da saúde, mediante programas adequados às diversas realidades epidemiológicas, inclusive as decorrentes do meio ambiente natural, artificial ou do trabalho;

III - planejamento das ações e implantação dos serviços de saúde com base em parâmetros demográficos; (Nova redação dada pela Emenda nº 7, de 22 de setembro de 1992);

IV - constituição de rede de serviços básicos de saúde, com unidades próximas aos locais de moradia e trabalho, que executem ações de saúde de nível primário com alto poder de resolutividade;

V - instituição de sistema de referência e contra-referência com definição de território de ação das unidades de saúde;

VI - adscrição da clientela do território à respectiva unidade de saúde e/ou a consultório da unidade;

VII - acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis;

VIII - assistência farmacêutica global, sob responsabilidade de profissional farmacêutico, na forma da lei;

IX - gratuidade dos serviços prestados, vedada a cobrança ao usuário de taxas ou quaisquer despesas, inclusive pelos serviços conveniados ou contratados;

X - promoção de programas de educação em saúde, de caráter interinstitucional, em consonância com os planos nacionais e estaduais sobre educação sanitária em geral e problemas específicos, epidemiologicamente definidos [...];

[...] XII - instituição de central de controle de vagas para internação hospitalar, com funcionamento ininterrupto, objetivando garantir, de forma ágil, o direito à internação hospitalar [...];

[...] XV - participação da comunidade;

XVI - funcionamento ininterrupto das unidades de saúde cujas áreas de abrangência correspondam às áreas dos respectivos distritos sanitários. (Criado pela Emenda nro. 7, de 22 de setembro de 1992);

XVII - participação no controle e fiscalização dos procedimentos, produtos e substâncias de interesse da saúde; (Criado pela Emenda nº 9, de 8 de dezembro de 1992).

XVIII - execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como de saúde do trabalhador; (Criado pela Emenda nro 9, de 8 de dezembro de 1992).
XIX - participação na formulação política e na execução das ações de saneamento básico; (Criado pela Emenda nro. 9, de 8 de dezembro de 1992) [...].(RIBEIRÃO PRETO, 2006c).

A Lei Orgânica do município estabelece que os serviços de Saúde devem cumprir com as diretrizes implementadas pelo SUS. Com isso salientamos a urgência destas ações a fim de que as atuações na Saúde em Ribeirão Preto sejam reconhecidas e aprovadas.

Quadro 2 - Caracterização dos documentos analisados

TIPO DE ATO NORMATIVO	NÚMERO	DATA DA PUBLICAÇÃO	ALCANCE TERRITORIAL	DISPÕE SOBRE
1. Lei Ordinária (BRASIL, 1976).	6.368	21 de out. 1976	Federal	Medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, além de outras providências.
2. Constituição Federal (BRASIL, 2004a).		05 de out. 1988	Federal	Constitui as normas e os direitos previstos no Brasil.
3. Constituição Estadual (SÃO PAULO, 2004)		05 de out. 1989	Estadual	Constitui as normas e os direitos previstos no Estado de São Paulo.
4. Lei (BRASIL, 1990a)	8.080	19 de set. de 1990	Federal	As condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de outras providências.
5. Lei Ordinária (BRASIL, 1990b)	8.069	13 de jul. 1990	Federal	Estatuto de Criança e do Adolescente, o qual apresenta os direitos e os deveres das pessoas que se encontram nesta fase de desenvolvimento.
6. Lei Ordinária (RIBEIRÃO PRETO, 1991)	5.972	23 de abr. 1991	Municipal	A participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde em Ribeirão Preto e além de outras providências.
7. Lei (RIBEIRÃO PRETO, 1998)	8.054	17 de abr. 1998	Municipal	A criação do Programa de Redução de Danos no Município de Ribeirão Preto.

TIPO DE ATO NORMATIVO	NÚMERO	DATA DA PUBLICAÇÃO	ALCANCE TERRITORIAL	DISPÕE SOBRE
8. Portaria (BRASIL, 2000)	SENAD ⁵² 4	13 de nov. 2000	Federal	O recenseamento e cadastramento das instituições públicas e privadas com atuação nas áreas de prevenção, pesquisa, tratamento e reinserção social de dependentes químicos.
9. Lei Ordinária (SÃO PAULO, 2001)	10.817	08 de jun. 2001	Estadual	Determina a obrigatoriedade de implantação de programa de atendimento a crianças e adolescentes dependentes de álcool e outras drogas.
10. Lei Ordinária (BRASIL, 2001b)	10.216	06 de abr. 2001	Federal	A proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental.
11. Resolução RDC (BRASIL, 2001c)	RDC ⁵³ 101	30 de mai. 2001	Federal	Estabelece regras para as clínicas e comunidades terapêuticas.
12. Lei Ordinária (BRASIL, 2002a)	10.409	11 de jan. 2002	Federal	A prevenção, tratamento, fiscalização, controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, e providências.
13. Portaria (BRASIL, 2002b)	GM/MS ⁵⁴ 336	19 de fev. 2002	Federal	Definições de CAPSad, distinção entre os CAPS: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

⁵² SENAD: Secretaria Nacional Antidrogas.

⁵³ RDC: Resolução da Diretoria Colegiada.

⁵⁴ GM/MS: Gabinete do ministro, Ministério da Saúde.

TIPO DE ATO NORMATIVO	NÚMERO	DATA DA PUBLICAÇÃO	ALCANCE TERRITORIAL	DISPÕE SOBRE
14. Portaria (BRASIL, 2002c)	SAS/MS ⁵⁵ 189	20 de mar. 2002	Federal	Criação no âmbito do SUS entre outros serviços o de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em Saúde Mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas.
15. Portaria (BRASIL, 2002d)	GM/MS 816	30 de abr. 2002	Federal	Criação do programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras drogas. Este enfatiza, a reinserção social e a reabilitação de usuários de álcool e drogas.
16. Portaria (BRASIL, 2002e)	GM/MS 817	30 de abr. 2002	Federal	Procedimentos de internação, tratamento da síndrome de abstinência e de intoxicação.
17. Portaria (BRASIL, 2002f)	SAS/MS 305	30 de abr. 2002	Federal	Aprovação de normas de funcionamento de Centros de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e drogas.
18. Decreto (SÃO PAULO, 2002b)	46.860	25 de jun. 2002	Estadual	Criação e organização do centro de Referência de álcool, tabaco e outras drogas.
19. Política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2003)		mar. 2003	Federal	Proposição de diretrizes para uma Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas.

⁵⁵ SAS/MS: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde.

TIPO DE ATO NORMATIVO	NÚMERO	DATA DA PUBLICAÇÃO	ALCANCE TERRITORIAL	DISPÕE SOBRE
20. Portaria (BRASIL, 2004b)	GM/MS 2.197	14 de out. 2004	Federal	Instituição no âmbito do SUS do Programa de Atenção Integral a usuários de álcool e drogas.
21. Os Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2004c)		2004	Federal	Publicação que tem como objetivo oferecer informações sobre o funcionamento dos CAPS e suas relações com o Sistema Único de Saúde.
22. Relatório da Comissão especial destinada a acompanhar e estudar propostas de políticas públicas para a juventude (BRASIL, 2004d)		nov. 2004	Federal	O relatório sintetiza o trabalho da Comissão Especial destinada a acompanhar propostas de políticas públicas voltados para a juventude. O Item 4.5 do relatório diz respeito a saúde, sexualidade e dependência química. São apresentados dados estatísticos, dados referentes a legislação e informações sobre programas e projetos públicos.
23. Política Nacional Anti Drogas (BRASIL, 2005a)		28 de out. 2005	Federal	Nova política Nacional AntiDroga que tem como objetivo realinhar a Política até então vigente no Brasil.
24. Declaração de Brasília de Políticas Públicas sobre álcool (BRASIL, 2005b)		nov. 2005	Federal	Constatações a respeito do uso de álcool e sugestões de estratégias que desenvolvam e implementem programas que possam reduzir as consequências negativas sociais e da saúde referente ao uso nocivo do álcool.
25. Documento do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (NAÇÕES UNIDAS, 2006)		13 a 17 de mar. 2006	Federal	Intervenção brasileira com relação à Redução de Danos como estratégia de saúde pública, mantendo tal iniciativa como parte da estratégia de redução da demanda em sua Política Nacional sobre drogas.

TIPO DE ATO NORMATIVO	NÚMERO	DATA DA PUBLICAÇÃO	ALCANCE TERRITORIAL	DISPÕE SOBRE
26. Lei Orgânica Municipal (RIBEIRÃO PRETO, 2006c)	Atualizado até a ementa nº 34/2006	31 de mai. 2006	Municipal	Assegura os direitos sociais e individuais, a democracia e a liberdade, igualdade, justiça e o bem estar. O capítulo VI da Seguridade Social Seção I da Saúde descreve os principais aspectos a serem considerados no âmbito da saúde.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados da literatura sobre os serviços de atendimento aos jovens usuários de drogas, o relato sobre a prática dos serviços de atenção à questão da drogadição no município de Ribeirão Preto e as políticas públicas ligadas ao tema, foi proposto este estudo que visava caracterizar os modelos de atenção realizados no município e verificar se o que estava previsto nas Leis, Portarias, Decretos e documentos em geral estava sendo aplicado.

A análise dos dados possibilitou a caracterização dos serviços nos seguintes aspectos: modelos de atendimento, data de criação dos serviços, natureza jurídico-social, objetivos, região de abrangência, recursos para manutenção, recursos humanos, população atendida, demanda existente, as rotinas de atendimento, assim como as propostas pedagógicas, o tempo previsto de cada atendimento e os critérios para alta ou desligamento. Possibilitou-nos ainda verificar que grande parte do que é descrito nos documentos analisados, que descrevem o que deveria ser desenvolvido enquanto políticas públicas de atendimento, lamentavelmente não é colocado em prática, evidenciando a existência de lacunas entre o que está previsto e o que é realizado na prática.

Entretanto, é preciso que os conteúdos previstos nos documentos já existentes sejam efetivamente cumpridos a fim de que a prática na área da saúde seja cada vez mais aprimorada. Caso não sejam aplicadas as diretrizes estabelecidas nos documentos, a elaboração dos mesmos servirá apenas para termos a certeza de que o que é previsto não é cumprido.

A SENAD, por exemplo, estabeleceu a Portaria nº 04/2000, que deveria efetivamente cumprir com seus objetivos, fiscalizando as instituições que ofertam atendimento e propiciando acompanhamento das práticas. Em Ribeirão Preto efetivamente tais ações não têm sido aplicadas.

No Estado de São Paulo determinou-se a existência de Programas Especiais que atendam crianças e adolescentes. Entretanto, em muitas cidades, infelizmente isso ainda não é uma realidade. Dos serviços que participaram desta pesquisa apenas um oferece atendimento somente para jovens, o que evidencia a inaplicabilidade das premissas apresentadas nos documentos.

Em 2001 foi desenvolvida a Política de Saúde Mental, a qual também precisa ser melhor implementada, garantido efetivamente os direitos aos portadores de transtornos mentais.

Diversos documentos estabelecem que os serviços devem ser realizados por uma equipe multidisciplinar. Entretanto, em Ribeirão Preto, nem todos nem todos os serviços que foram investigados apresentam esta característica. Isto deve ocorrer tanto pelas concepções sobre drogadição e seus modos de tratamento que ainda existem em alguns serviços, como pela falta de verbas públicas destinadas as instituições que não permitem as realizações de mais contratações de profissionais necessários para a composição de equipes multidisciplinares. Devemos considerar que as pessoas, de um modo geral, têm receio de serem avaliadas. Dificilmente percebem a avaliação como uma possibilidade de revisão e aperfeiçoamento de suas ações. Geralmente não percebem que são os serviços e suas contingências que seriam caracterizados e avaliados. E, que isto, poderia ser fonte de reivindicações para melhorias e mudanças. É preciso um trabalho no sentido de sensibilizar as pessoas para as valiosas contribuições da prática de avaliações periódicas

Dos oito serviços que participaram deste estudo, apenas dois utilizam o sistema de referência, previsto pelo SUS. A contra referência, por outro lado só é realizada por um deles. Assim parece que ao fazer o encaminhamento o profissional responsável retira suas responsabilidades sobre o caso e passa a não se preocupar com o mesmo, como se este retorno não fosse importante.

A Lei que estabelece a implantação do SUS determina que os serviços deveriam obter informações (*feedback*) sobre o que aconteceu com cada caso que foi encaminhado para outros serviços, ou aqueles que se desvincularam da instituição. Com isso seria possível verificar se os procedimentos realizados foram adequados, o que permitiria avaliar as decisões tomadas.

O fluxo entre os serviços deve ser realizado de maneira que garanta a efetivação dos conceitos de referência e contra referência através de uma rede de atenção planejada e implementada sistematicamente através de políticas de atenção aos jovens usuários de drogas.

A discussão de casos entre diferentes tipos de serviços seria uma oportunidade dos profissionais partilharem as experiências e ações implementadas, assim como acompanhar os casos em andamento. No entanto, dos oito serviços que participaram deste estudo, apenas um dos responsáveis informou que participa de reuniões com profissionais de um serviço de internação. Serviço este que não participou deste estudo porque o responsável pelo mesmo nos informou que eles não atendiam jovens. Porém, através de informações recolhidas durante as entrevistas, sabemos que dois serviços que não participaram do estudo por relatarem que não atendem jovens, na realidade atendem a esta demanda.

O que se relata acima, somando-se ao fato de que em quinze serviços detectados pela pesquisadora, como potenciais participantes do estudo, sete deles praticamente não aceitaram

dar informações, deixa-nos a questão da pouca familiaridade de alguns serviços a respeito do ato de tornar público os procedimentos de atendimento e seus resultados. De modo geral, podemos pensar que temos uma cultura na qual pensar em avaliação é de alguma forma ameaçador.

Este dado evidencia a falta de preocupação com a obrigação de avaliar o serviço, assim como a escassa preocupação em dar um retorno para a sociedade sobre o que tem sido oferecido.

Na realidade este é um dever de todos os serviços de atendimento, porém parece-nos que isso ainda está longe de ser alcançado.

Evidenciamos a falta de registro de dados nos serviços que participaram desta pesquisa. Apenas um responsável soube informar a quantidade de jovens que em média são atendidos por mês, e nenhum soube dizer quantos jovens necessitariam de atendimento. A ausência destes dados impossibilita que os serviços sejam avaliados, influenciando na melhoria e na necessidade de ampliação dos mesmos, além de impedir que dados informativos possam ser acessados pelos munícipes que desejarem obter estas informações. As Universidades de Ribeirão Preto poderiam desenvolver propostas de trabalho (estágios) nestas instituições que entre outras ações visasse a elaboração de instrumentos para registro de dados, assim o município teria essas informações.

Quanto à ampliação da rede de serviços em Ribeirão Preto, verificou-se que são necessários outros serviços. Conforme demonstram os dados deste estudo há na cidade cerca de duzentas e oitenta e seis vagas para atendimento de jovens. Considerando o tamanho da população ribeirão-pretana de jovens, o número de vagas é insignificante. Além disso,

devemos considerar a extensa região de abrangência dos serviços investigados, o que promove a ampliação da demanda.

Com isso, consideramos importante a ampliação dos serviços ou a instalação de novas unidades, e que estas sejam instaladas em regiões que garantam a descentralização dos serviços.

Apesar das poucas vagas oferecidas dos oito profissionais responsáveis pelos serviços que foram entrevistados, apenas dois relataram que os serviços apresentam demanda reprimida e filas de espera, o que pode evidenciar alta rotatividade de pessoas ou ainda a baixa procura pelos serviços que apresentam vagas disponíveis.

Com base nas nossas experiências profissionais, e a de vários outros profissionais da saúde, educação e serviços sociais do município, sabemos que há uma demanda reprimida aos serviços de atenção à questão do uso problemático ou indevido de drogas, não só, mas, prioritariamente por parte dos jovens. Se considerarmos que, entre as internações em leitos psiquiátricos, de urgências, há uma estimativa de que pelo menos vinte e três por cento deles seja por problemas de abuso de drogas psicoativas; e que os relatos apresentados, neste estudo, pelo representante deste tipo de serviço, dão conta de que a frequência de internações é intensa, e, que os leitos não podem ser ocupados por muito tempo, pois há muita demanda pelos mesmos; podemos refletir sobre quantos casos de uso problemático de drogas estão ocorrendo no município, sem que os mesmos tenham chegado à necessidade de internação e ao mesmo tempo não tenham acesso aos demais serviços. Além disso, em nossos cotidianos de trabalho, observamos inúmeros casos de jovens que percebiam suas necessidades de atenção, na área em questão, e não conseguiam acesso ou encaixar-se nos moldes dos serviços disponíveis. Com isto, podemos questionar se os tipos de serviços e as formas da população chegar a eles estejam cumprindo suas funções.

Consideramos que seria necessário haver: regras mínimas de funcionamento a fim de que os serviços pudessem ser mais bem organizados; sistema de avaliação periódica de tal forma que os procedimentos e as ações fossem sempre aprimorados; fiscalização das ações por órgãos do governo, como prevêem alguns documentos, de maneira que a população se sinta assegurada quanto aos atendimentos que recebe; informações a população sobre o funcionamento dos modelos de atenção garantindo o conhecimento sobre as diferentes atuações.

10. REFERÊNCIAS⁵⁶

ALCOOLICOS ANONIMOS. **A.A. num relance**. Folheto informativo, 1987. 2p.

_____. **Alcoólicos Anônimos: primeiras noções**. Livreto informativo, 1996. 20p.

ALMEIDA FILHO, N.; SANTANA, V.S. **Consumo de drogas entre escolares de Salvador**. [Relatório de pesquisa apresentado à DINSAM/ Ministério da Saúde, 1988].

ANDRADE, L.H. et al. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 5, set/out., 1999.

ARBEX JÚNIOR, J.; TOGNOLLI, C. J. **O século do crime**. São Paulo: Bom Tempo, 1996. 221p.

AZEVEDO, P., SILVA, C. Geografia do tráfico se aproxima da classe média. **Assessoria de Comunicação e Imprensa- UNICAMP**. Correio Popular- Cidades, 20 jun. 2004. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/unicamp/html>>. Acesso em 11 abr. 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 226p.

BELLONI, I.; MAGALHÃES, H.; SOUSA, L.C. **Metodologia de avaliação em políticas públicas: uma experiência em educação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001. (Coleção Questão da Nossa Época, v. 75). 96p.

BERTOLETE, J. M. Os custos econômicos e sociais do alcoolismo. In: RAMOS, S. P.; BERTOLETE, J.J. (Org.) **Alcoolismo hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 240p.

⁵⁶ Elaborada de acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Portugal: Porto, 1994.335p.

BRASIL. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 out. 1976.

_____. Constituição Federal. (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. (Org.) Alexandre de Moraes. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2004, artigos 6º, 196, 200 e 227 § 3º VII.

_____. Portaria nº 980/GM, de 21 de dezembro de 1989. Dispõe sobre um programa que tem como objetivo garantir aos jovens o acesso à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 dez.1989.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990b, artigos: 81 II e III, 101 VI, 243.

_____. MINISTERIO DA SAÚDE. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Conselho Nacional de Saúde. Programa Nacional de DST/aids, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Políticas de Saúde: metodologia de formulação**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 1999.15p.

_____. Secretaria Nacional Anti Droga (SENAD). Portaria nº 4, de 13 de novembro de 2000. Dispõe sobre o recenseamento e cadastramento das instituições públicas e privadas com atuação nas áreas de prevenção, pesquisa, tratamento e reinserção social de dependentes químicos. **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, 13 set. 2000.

_____. MINISTERIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional DST – aids. **Manual de redução de danos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.(Série manuais, 42).

_____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 abr. 2001b.

_____. Resolução RDC nº 101, de 30 de maio de 2001. Estabelece regras para as clínicas e comunidades terapêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 mai. 2001c.

_____. Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, tratamento, fiscalização, controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, e providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 jan. 2002a.

_____. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as definições de Caps ad II, distinção entre os CAPS: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, fev. 2002b.

_____. Portaria SAS/MS nº 189, de 20 de março de 2002. Dispõe sobre a criação no âmbito do SUS entre outros serviços o de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em Saúde Mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, set. 2002c.

_____. Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002. Dispõe sobre a criação do Programa Nacional de atenção comunitária integrada a usuários de álcool e outras drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 abr. 2002d.

_____. Portaria GM nº 817, de 30 de abril de 2002. Dispõe sobre os procedimentos de internação, tratamento da síndrome de abstinência e de intoxicação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, out. 2002e.

_____. Portaria SAS/MS nº 305, de 30 de abril de 2002. Dispõe sobre aprovação de normas de funcionamento e cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, set. 2002f.

_____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Secretaria- Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde, CN-DST/aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série B. Textos básicos de saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria- Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990 – 2004.** 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.339p.

_____. Portaria GM nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Institui no âmbito do SUS o Programa de Atenção Integral a usuários de álcool e drogas. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 14 de out.2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, Comunicação e educação em saúde, 2004c. (série F.). 84p.

_____. Comissão Especial destinada a acompanhar e estudar propostas de políticas públicas para juventude. **Relatório final.** 2004. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/comissoes/temporarias/especial/encerradas/cejuvent/relatorios.html>>. Acesso em 20 abr. 2004d.

_____. Política Nacional Antidrogas. Nova política Nacional Antidroga. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 28 out. 2005a.

_____. **Declaração de Brasília de políticas públicas sobre o álcool.** Dispõe sobre constatações a respeito do uso de álcool e sugestões de estratégias que desenvolvam e implementem programas que possam reduzir as conseqüências negativas sociais e da saúde do uso nocivo do álcool. Disponível em: <<http://www.senad.gov.br>>. Legislação 09 de março de 2006. Acesso em 15 mar. 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATA SUS). **Indicadores Municipais de mortalidade em 2002.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm>>. Acesso em 15 mar. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS). **Indicadores Municipais de morbidade hospitalar em 2004.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm>>. Acesso em 15 mar. 2006b.

BUCHER, R.;TOTUQUI, M. L. Conhecimento e uso de drogas entre alunos de Brasília. **Psicologia Teoria Pesquisa,** v. 3, p.178-94, 1987.

_____. (Org.) **Prevenção ao uso indevido de drogas**. v.1. 2. ed. Brasília: UNB, 1991. 97p.

_____. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 323p.

BUENO, R. The Latin American harm reduction network (RELARD): successes and challenges. **Internacional Journal of Drug Policy**, v.18, p.145-147, 2007.

CARLINI-COTRIM, B.H. & CARLINI, E.A. O consumo de solventes e outras drogas em crianças e adolescentes de baixa renda na cidade de São Paulo. Parte I: Estudantes de primeiro e segundo grau da rede estadual. **Rev. ABP-APAL**, v. 9, n. 2, p. 49-58, 1987.

CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo – EPM, São Paulo, 2002. 355p.

CARNEIRO, C.B.L.; COSTA, B.L.D. Exclusão social e políticas públicas: algumas reflexões a partir das experiências descritas no programa gestão pública e cidadania. **Caderno Gestão Pública e Cidadania**, v. 28, p. 5-24, jul. 2003.

CARVALHO, G.C.A. **O jovem nas políticas públicas de Florianópolis**: descaso e desproteção. 108f. Dissertação de mestrado – Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **Questões sobre drogas e classificação do uso**. Departamento de Psicobiologia da UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo – EPM, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br>>. Acesso em 04 mai. 2004.

_____. **Drogas Psicotrópicas**. Livreto informativo. Departamento de Psicobiologia da UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo – EPM, São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br>>. Acesso em 27 mar. 2007. 64p.

_____. **Tratamento para dependentes de drogas**. Departamento de Psicobiologia da UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo – EPM, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/questdrogas/tratamento.htm>>. Acesso em 15 abr. 2007.

COSTA, J.F. Prefácio. In: LIMA, S.A. **A clínica do possível: tratando de dependentes de drogas na periferia de São Paulo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p.15-17.

CUNHA, E.P.; CUNHA, E.S.M. Políticas públicas sociais. In: CARVALHO, A. et al. (Org.) **Políticas públicas**. Belo Horizonte: UFMG, Proex, 2002. cap. 1, p.11-26.

CURSINO, E.A. **Sexualidade, aids e drogas: informações, concepções e percepções de alunos e professoras de uma escola de primeiro grau**. 2000. 240f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

DEBUS, M. **Manual para excelência em la investigación mediante grupo focales**. Washington: Health Com Agency for Internacional Development, 1994. 72p.

DELAY, J.; DENIKER, P. **Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie**. Paris: Masson, 1961. 496p.

DEL-BEM, M.C. et al. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 4470-4476, 1999.

DEGENNSZAJH, R. R. Desafios da gestão democrática das políticas sociais. In: PEREIRA, P.A.P. **Capacitação em serviço social e política social**. Brasília: UnB/CEAD, 2000. módulo 3.

DELGADO, J. M.; GUTIERREZ, J. **Métodos y técnicas cualitativas de investigación em ciencias sociales**. Madrid: Ed. Sinteses, 1995. 669p.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y. S.(Edit). **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000. 546p.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E.J.; COOK, C.C.H. **O tratamento do alcoolismo**. Porto Alegre: ArtMed; 1999. 292p.

ESCOHOTADO, A. **O livro das drogas: usos, abusos, desafios e preconceitos**. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997. 129p.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS (FEBRAC). **Resoluções**. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/resoluções.htm>>. Acesso em 20 mar. 2006.

FERREIRA, A.B. de H. **Dicionário Aurélio eletrônico**: século XXI. Produto Lexikon Informática Ltda, versão 3.0, nov. 1999. Correspondente a versão integral do Novo Dicionário Aurélio – século XXI: Nova Fronteira, 1999.

FIGLIE, N. B.; MELO, D.G. de; PAYÁ R. **Dinâmicas de grupo aplicadas ao tratamento da dependência química**: manual teórico e prático. São Paulo: Roca, 2004. 297p.

_____.; PILLON, S. C. Orientação familiar em dependência química. In: FOCCHI, G. R. de A. et al. **Dependência química**: novos modelos de tratamento. São Paulo: Roca, 2001. cap. 9, p.125 - 142.

FLICK, U. **An introduction to qualitative research**: theory, method and applications. London: Sage, 1998.

_____. **Introducción a la investigación cualitativa**. Madrid: Ediciones Morata S. L., 2004.322p.

FOCCHI, G. R. de A. et al. **Dependência química**: novos modelos de tratamento. São Paulo: Roca, 2001.165p.

_____.; CABRAL, A. C. J.; LEITE, M. C. da. Tratamento farmacológico nas dependências: enfoque na dependência de cocaína. In: FOCCHI, G. R. de A. et al. **Dependência química**: novos modelos de tratamento. São Paulo: Roca, 2001. cap. 3, p.49- 64.

_____.; ANDRADE, A. G. de. Abordagem não farmacológicas no tratamento das dependências. In: FOCCHI, G. R. de A. et al. **Dependência química**: novos modelos de tratamento. São Paulo: Roca, 2001. cap. 6, p.103-108.

FRANCO, M.L. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília: Líber Livro, 2005.79p.

GALDURÓZ, J.C.F; CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. supl.I, p.3-6, 2004.

_____.; et al. **V Levantamento Nacional sobre consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino**. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas Departamento de Psicobiologia da UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo – EPM, São Paulo, 2004.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206p.

GIALDINO, I.V. **Metodos cualitativos: los problemas teorico metodologicos**. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1993.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Record, 1997.107p.

GOTI, M. **La comunidade terapéutica: um desafio e la droga**, 1990. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/comunidades.htm>>. Acesso em 20 mar. 2006.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. Competing paradigms in qualitative research. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.(Eds.) **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1994, p.105-117.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. 01 jul. 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidades/ano 2005>>. Acesso em 29 mar. 2006.

JACOBI, P.R.; SOARES, C.B. Adolescentes, drogas e Aids: avaliação de um programa de prevenção escolar. **Caderno de Pesquisa**, n. 109, p. 213-237, mar. 2000.

JORGE, M. R. (Coord.) **Critérios diagnósticos do DSM-IV: referência rápida**. Tradução Dayse Batista. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

JUNGERMAN, F. S.; LARANJEIRA, R. Entrevista Motivacional: a teoria e uma experiência de sua aplicação. In: FOCCHI, G. R. de A. et al. **Dependência química: novos modelos de tratamento**. São Paulo: Roca, 2001. cap. 2, p.19 - 47.

KOPP, P. **A economia da droga**. São Paulo: EDUSC, 1998. 274p.

LARANJEIRA, R. et al. (Coord.) **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2.ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira, 2003. 119p.

LIMA, S. A. **A clínica do possível: tratando de dependentes de drogas na periferia de São Paulo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 170p.

LODI, J. B. **A entrevista: teoria e prática**. São Paulo: Ed. Pioneira, 1991.176p.

MALBERGIER, A. O modelo de redução de danos no tratamento das dependências. In: FOCCHI, G. R. de A. et al. **Dependência química: novos modelos de tratamento**. São Paulo: Roca, 2001. cap.5, p.87-101.

MANSUR, J.; CARLINI, E.A. **Drogas: subsídios para uma discussão**. 4.ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.116p.

MARIZ, S.R.; BARROS, M.A.C.; MARIZ, J.P. O consumo de substâncias psicoativas por estudantes do ensino médio, em São Luis – MA (Brasil). **Revista Infarma**. Cooperativa de Informática das Farmácias, Maranhão, v.17, n. 5/6, 2005.

MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. **Prevenção de recaídas: estratégia e manutenção no comportamento de adictivos**. Tradução Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.501p.

MARQUES, A.C.P.R.; CRUZ, M.S. O adolescente e o uso de drogas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, s. 2, dez. 2000.

_____.; FURTADO, E.F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, suplemento I, p. 28-32, 2004.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 2.ed. São Paulo: Moraes Ltda, 1994.

MATTOS, H. F. (Org.) **Dependência química na adolescência**. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 2004. 293p.

MCWRIRTER, P. T.; FLORENZANO, R.; SOUBLETTE, M.P. El modelo trasnteorico y su aplicación al tratamiento de adolescentes com problemas de abuso de drogas. **Adolescencia Latinoamericana**, Porto Alegre, v.3, n.2, nov. 2002.

MENDONÇA, M.H.M. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, suplemento, p. 113-120, 2002.

MENEGON, V. M. Porque jogar conversa fora?: pesquisando no cotidiano. In: SPINK, M.J. (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. cap. 8, p.215-241.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro – São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1998. 253p.

MUZA, G. M. **Estudo de variáveis psicossociais associadas ao consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares da cidade de Ribeirão Preto, SP, 1990**. Ribeirão Preto, 1991. 197f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

_____. et al. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil): prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 27 mar. 2007.

NARCOTICOS ANONIMOS. **Desenvolvimento**. Disponível em: <<http://www.na.org.br/portal>>. Acesso em 23 mar. 2006a.

_____. **Programa**. Disponível em: <<http://www.na.org.br/portal>>. Acesso em 23 mar. 2006b.

NOTO, A. R. et al. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras – 1997**. Centro Brasileiro de informações sobre drogas psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia da escola Paulista de Medicina, 1998.

_____. **Levantamento Nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas vinte e sete capitais brasileiras**. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas Departamento de Psicobiologia da UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo – EPM, São Paulo, 2003.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICOMANIA. **A evolução do fenômeno da droga na Europa**. Luxemburgo: Serviços das Publicações oficiais das cidades européias, 2006. 104p.

OLIVEIRA, C.F.A. **Núcleo de atenção ao suicídio**. 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/serviço/mural/detalhe.cfm>>. Acesso em 26 abr. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Coord.). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 351p.

_____. (WHO) **The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life.** Geneva: World Health Organization, 2002.

_____. **Neurociência: consumo e dependência de substâncias psicoativas.** Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2004.

_____. **Abuso de drogas.** Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/facts/en>. Acesso em 28 mar.2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Redução de danos como estratégia de saúde pública.** Documento do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, elaborado de 13 a 17 mar. 2006. Disponível em: <<http://www.reduc.org.br/content.php>>. Acesso em 26 abr. 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. In:_____. Informativos. **Tabaco e pobreza: um ciclo vicioso.** 2004. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/mostrant.cfm>>. Acesso em 26 abr. 2006.

OSORIO, L.C. **Adolescente hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 103p.

PAULINO, W. **Drogas.** São Paulo: Ática, 1994.171p.

PEREIRA, P.A.P. **Concepções e propostas de políticas sociais em curso: tendências, perspectivas e conseqüências.** Brasília: NEPPS/CEAM/ UnB, 1994.

_____. **Capacitação em serviço social e política social.** Brasília: UnB/ CEAD, 2000. (módulo 3).

PILLON, S. C.; NÓBREGA, M. P. do S.S. Desintoxicação alcoólica ambulatorial realizada por enfermeiras. In: FOCCHI, G. R. de A. et al. **Dependência química: novos modelos de tratamento.** São Paulo: Roca, 2001. cap. 10, p.143-160.

PINHEIRO, O. de G. Entrevista uma prática discursiva. In: SPINK; M.J. (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. cap. 7, p.183- 214.

PINHEIRO, S.N.; LAPREGA, M.R.; FURTADO, E. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p.593-598, 2005.

PRETI, D. (Org.) **Análise de textos orais**. 1 v. Projeto de estudo da norma lingüística urbana culta de São Paulo. (projeto NURC/SP). FFLCIH/USP, 1993.236p.

PROGRAMA ALCOOL E DROGRAS (PAD). **Tratamento**. Hospital Israelita Albert Einstein. Disponível em: <<http://www.einstein.br/alcooledrogas>>. Acesso em 20 mar. 2006.

QUARTIER, S. A Aids desafia a saúde em Ribeirão Preto. **Jornal A Cidade**. 26 mar. 2006. Disponível em: <<http://www.jornalacidade.com.br/geral>>. Acessado em 29 mar. 2006.

RAUPP, L.; MILNISTSKY-SAPIRO, C. Reflexões sobre concepções e práticas contemporâneas das políticas públicas para adolescentes: o caso da drogadição. **Saúde e Sociedade**, v.14, n.2, p.60-68, maio-agosto 2005.

RIBEIRÃO PRETO. Lei nº 5.972, de 23 de abril de 1991. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde em Ribeirão Preto e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Ribeirão Preto, SP, 24 abr. 1991.

_____. Lei nº 8.054, de 17 de abril de 1998. Dispõe sobre a criação do Programa de Redução de Danos no Município. **Diário Oficial do Município**, Ribeirão Preto, SP, 25 mai. 1998.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Secretaria Municipal**: dados econômicos. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/index.html>>. Acesso em: 11 abr. 2006a.

_____. **Secretaria Municipal da Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/index.html>>. Acesso em 27 mar. 2006b.

_____. Lei Orgânica do Município de Ribeirão Preto. Atualização até a ementa n. 34/2006. **Diário Oficial do Município**, Ribeirão Preto, 31 mai. 2006c.

RIBEIRO, E.M. A toxicomania e os paradoxos da liberdade. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, A direção da cura nas toxicomanias. Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Porto Alegre, n. 24, p. 93-99, p.09-18, mai., 2003.

_____. Entre tóxicos e manias. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Tóxicos e manias. Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Porto Alegre, n. 26, p. 93-99, abr., 2004.

ROLLNICK, S.; MILLER, W.R. What is motivational interviewing? **Behavior and Cognitive Psychotherapy**, n. 23, p. 325-324, 1985.

RUZANY, M. H. **Mapa da situação de saúde do adolescente no Município do Rio de Janeiro**. 2000. 113f. Tese (Doutorado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

SANTOS, M. E. et al. Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 468-474, 2000.

SÃO PAULO. Lei nº 10.817, de 08 de junho de 2001. Dispõe sobre a obrigatoriedade de implantação de programa de atendimento a crianças e adolescentes dependentes de álcool e outras drogas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, SP, 09 jun. 2001.

_____. Lei nº 13.321, de 06 de fevereiro de 2002. Institui o Conselho Municipal de Políticas Públicas de Drogas e Álcool. **Diário Oficial do Município de São Paulo**, São Paulo, SP, 06 fev. 2002a.

_____. Decreto nº 46.860 de 25 de junho de 2002. Cria e organiza o Centro de referência de álcool, tabaco e outras drogas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, SP, 26 de jun. 2002b.

_____. Constituição do Estado de São Paulo.(1989). **Constituição do Estado de São Paulo**. Alexandre de Moraes (Org.). 23. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

_____. Secretaria de Participação e Parceria. **Guia prático sobre o uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde**. Ana Cecília Petta Roselli Marques e Marcelo Ribeiro (Org.) São Paulo: Prefeitura de São Paulo, 2006.

SCHATZMAN, L.; STRAUSS, A. **Field research: strategies for a natural sociology**. New Jersey, Prentice – Hall, 1973.

SCIVOLETTO, S. Tratamento psiquiátrico de adolescentes usuários de drogas. In: FOCCHI, G. R. de A. et al. **Dependência química: novos modelos de tratamento**. São Paulo: Roca, 2001. cap. 4, p.65-85.

SEIBEL, S.D.; TOSCANO JUNIOR, A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2000. 560p.

SILVA, R. C. da. A falsa dicotomia qualitativo-quantitativo: paradigmas que informam nossas práticas de pesquisas. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI- ALVES, Z. M. M. (Org.) **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1999. p.159-174.

SILVA, V. A. da; MATTOS, H. F. Modelos de tratamento em dependência química. In: MATTOS, H. F. (Org.) **Dependência química na adolescência**. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 2004. cap. 1, p.39-64.

SPINK, M.J. (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. 296p.

_____.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. (Org) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. cap. 4, p.93-122.

SPINK, P.K. Análise de documentos de domínio público. In: SPINK, M.J. (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. cap. 5, p.123-151.

SPOSITO, M. P.; CARRARO, P. Juventude e políticas públicas no Brasil. In: LEÓN, O.D. **Políticas públicas de juventud em America Latina**. Viña Del Mar: CIDPA, 2003. p.1-23.

SUDBRACK, M. F. O.; CESTARI, D.M. **O papel da escola e do professor na prevenção das drogas**. Trabalho apresentado no Simpósio Internacional do Adolescente. São Paulo: Faculdade de Educação na Universidade de São Paulo, 2005.

TAMMI, T.; HURME, T. How the harm reduction movement contrasts itself against punitive prohibition. **Internacional Journal of Drug Policy**, v.18, p. 84-87, 2007.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001. 83p.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992. 175p.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **Global illicit drug trends 2003**. New York, NY, 2003.

_____. **2006 Word Drug Report**. v.1. New York, NY, 2006.

VAILANT, G.E. **A história natural do alcoolismo revisitada**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. 194p.

VALLES, M. S. **Técnicas cualitativas de investigacion social**: reflexion metodológica y práctica profesional. Madrid: Sintesis Sociologia, 1997. 403p.

VIEIRA, M.E. et al. (Org.) **Seminário Gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro, 30 e 31 de julho de 1998. 142p.

VIZZOLTO, S. M. **A droga, a escola e a prevenção**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1988. 95p.

ZALUAR, A. (Org.) **Drogas e cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 1994. 171p.

11. ANEXOS

ANEXO A – *Rapport*

ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido

ANEXO C – Roteiro de Entrevista

ANEXO D – Parecer favorável do Comitê de Ética

ANEXO E – Documento contendo os critérios de atendimento das Unidades Básicas

ANEXO F – Normas para transcrição

ANEXO G - Informações sobre a FEBRACT

ANEXO H - Relação dos Conselhos Municipais Anti Drogas (COMADs) ou de Entorpecentes (COMENs)

ANEXO A**RAPPORT**

Eu, Camila Alessandra Matias, psicóloga, pesquisadora, aluna da Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, estou realizando um estudo para caracterizar os programas de atendimento à drogadição no município de Ribeirão Preto. Meu objetivo é ter conhecimento dos programas bem como compreender os seus funcionamentos, através dos responsáveis pelos serviços. Informações a respeito do horário de funcionamento, os objetivos do serviço, a demanda atendida, modalidade da demanda, critérios de atendimento, formas de encaminhamento, rotina de atendimento, sobre os profissionais envolvidos e ações sócio-educativas e propostas pedagógicas, serão tópicos que abordarei.

Para isso, preciso realizar entrevistas com os profissionais responsáveis pelos serviços e com isso peço a sua colaboração.

Os profissionais que aceitarem participar deste estudo participarão de uma entrevista com duração de uma hora. Todas as informações serão mantidas em sigilo e serão exclusivamente para este estudo. Sua identidade será preservada, garantido o anonimato, não colocarei nenhum dos nomes dos participantes. A sua participação é voluntária e você deve se sentir à vontade caso deseje parar a entrevista ou não responder alguma questão.

Coloco-me a disposição para conversarmos sobre qualquer dúvida que possa surgir.

Quero agradecer sua atenção e participação neste estudo.

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO APÓS ESCLARECIMENTO dirigido aos Profissionais responsáveis pelos serviços de Atendimento à Drogadição :

Eu, Camila Alessandra Matias, psicóloga, pesquisadora, aluna do Programa de Pós- Graduação em Psicologia da USP, venho respeitosamente convidá-lo a participar do estudo intitulado: “Caracterização de Serviços de Atendimento Público à Drogadição no Município de Ribeirão Preto sob Diferentes Perspectivas”, o qual tem por objetivo caracterizar os serviços que oferecem atendimento a adolescentes usuários de drogas, no município de Ribeirão Preto, através de entrevistas com os responsáveis pelos serviços.

Para a realização desta pesquisa estamos solicitando a sua colaboração no sentido de nos conceder entrevista. As entrevistas serão realizadas por mim, individualmente, com duração aproximada de uma hora e meia, sendo agendadas em comum acordo.

As entrevistas são voluntárias, isto é, o responsável pelo serviço só participará se ele quiser. Não há nenhum problema se o entrevistado desejar parar de conceder a entrevista em qualquer momento da mesma. O entrevistado deve ficar à vontade para responder as perguntas que achar que deve responder. É necessário esclarecer que algumas perguntas podem não se aplicar ao seu programa ou instituição.

Os dados que forem colhidos e registrados de forma cursiva ou gravada (havendo consentimento) serão divulgados após a conclusão do estudo.

Em nenhum momento o nome do entrevistado será mencionado. Informo ainda que quaisquer esclarecimentos poderão ser obtidos comigo ou com a minha orientadora a Prof^a. Rosalina Carvalho da Silva do departamento de Psicologia e Educação FFCLRP – USP; pelo telefone: 3602 - 3724.

Consentimento:

Tendo tomado conhecimento dos objetivos da entrevista, eu, abaixo assinado, autorizo a utilização dos dados da mesma para a realização deste estudo: “Caracterização de Serviços de Atendimento Público á Drogadição no município de Ribeirão Preto sob diferentes perspectivas”.

Autorizo a gravação da entrevista () sim () não

Data :___/ ___/ ____

Nome completo do entrevistado(a): _____

Assinatura do entrevistado(a): _____

Cargo ou Função do Entrevistado(a): _____

Instituição/ Programa: _____

Assinatura Entrevistador(a): _____

ANEXO C

**ROTEIRO para caracterização de Instituições /Programas/Serviços
que atendem adolescentes no Município de Ribeirão Preto**

Data da Entrevista: _____

I. Dados do informante:

1. Qual é o seu cargo ou função na instituição/programa/serviço?_____
2. Qual a sua formação profissional?_____
3. Quanto tempo você está na instituição/programa/serviço?_____
4. Quanto tempo você está no cargo ou função?_____
5. Qual a sua idade?_____

II. Dados sobre a (o) Instituição/Programa/Serviço:

6. Nome da (o) instituição/programa/serviço e qual a denominação do(a) mesmo (a) ?
7. Data da criação do(a) instituição/programa/serviço:_____
8. Data da instalação do(a)instituição/programa/serviço. Há quanto tempo este programa(s)/serviço(s) é (são) oferecido(s)?
9. Qual é a natureza jurídico-social deste(a) Instituição/ programa/serviço?
 - a)() Governamental - A que órgão (secretaria) está submetido: a1)() municipal; a2)()estadual; a3)() federal?
 - b)() Não-Governamental – De que tipo? –b1)()associação; -b2)()fundação;-b3)()OSCIPI;
 - b4)() outras
 Quais?_____
10. No caso de Instituição/ programa/serviço Não Governamental o gerenciamento é do tipo:
 - a)()Laica
 - b)()confessional/ religiosa de origem_____
 - c)()outra(s): Qual(is)?_____
 - d)()sem informações_____

11. Qual(ais) a(s) região(ões) geográfica(s) de abrangência deste programa/serviço (Bairros, Municípios etc)?

a) Comunidade local (adjacências) _____

b) Região do município _____

c) Municipal _____

d) Intermunicipal/ Regional _____

e) Estadual _____

f) Nacional _____

g) Sem informações. _____

12. Conte sobre a criação da Instituição e/ou do(s) programa(s) ou serviço(s):

Com que objetivo(s) foi (foram) criado(s), de quem partiu a iniciativa, em que circunstâncias: lei, portaria, decreto, entre outras questões sobre a própria história da instituição e/ou do(s) programa(s) ou serviço(s):

13. Os objetivo(s) da Instituição do(s) Serviço(s)/Programa(s)? permanece(m) o(s) mesmo(s) desde sua criação? Se não: em que mudou(ram)?

14. No caso de ocorrência de relacionamentos entre instituições/programas/serviços: Como ocorrem?(Relacionar-se entendido aqui como a realização de **atividades complementares** e não como atividades em conjunto: **Sistema de referência e contra-referência de serviços**; E como as instituições/programas/serviços operacionalizam esses relacionamentos. Realizam contatos periódicos para saber como estão os atendimentos dos encaminhamentos? De que tipos(s) são estes contatos? Por telefone, e-mail, ou reuniões? Qual a periodicidade)?

a) o que há de positivo

b) o que há de negativo

() Sem informação

III) Dados sobre profissionais envolvidos com o serviço/ programa/instituição

15. Você poderia descrever os quadros de cada um dos profissionais e/ou estagiários envolvidos com o programa/serviço/instituição em função do cargo ocupado, formação profissional, carga horária, tempo na instituição e tipo de vínculo empregatício com a instituição?

Cargo	Formação Profissional	Carga Horária semanal	Tempo de Instituição	Tipo de Vínculo com a Instituição (concursado; contratado; voluntário; ou estagiário)	Vínculo empregatício ou trabalho em outra instituição. Se sim, qual(is)? Carga horária
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
Use o verso se necessário					

a) Esse número de profissionais/funcionários é suficiente para o funcionamento adequado do programa/serviço?

b) Há problemas de descontinuidade de serviços prestados causados pelos tipos de vínculos profissionais?

16. Você considera que seriam necessários mais profissionais? Se sim, qual(is) profissional(is) você consideraria necessário(s)? (número e especialidade)

17. Os profissionais de diferentes áreas ou cargos realizam um trabalho multi/interdisciplinar? Se sim, explique como.

IV) Dados sobre a população atendida:

18. A instituição/programa/serviços(s) atende(m) adolescentes do sexo feminino e masculino? (acima de 12 anos)

a) () Se sim até que idades: _____

b) () Se sim: qual é o número (aproximado ou em média) de adolescentes atendidos por mês/ano segundo o gênero? _____

19. Qual é a capacidade média de atendimento, aos adolescentes por dia/ mês/ ano (Adequar a pergunta à lógica de atendimento da Instituição/Programa/Serviço)?

V) Dados sobre modalidade de demanda:

20. Quais são os tipos/modalidades de demandas recebidas pela instituição/programa/serviço?

- a) espontânea
 b) encaminhamentos

21. Nos casos de encaminhamentos, estes são realizados por:

- a) Conselho Tutelar _____
 b) Justiça _____
 c) Empresas. De que tipo? _____
 d) Associações _____
 e) Igreja _____
 f) Ministério Público _____
 g) Prefeitura. De que órgãos/secretarias? _____
 h) Escola _____
 i) Profissionais sem vínculo com a instituição _____
 j) Outro(s). Especificar: _____

22. Existem demandas reprimidas? Fila de espera? Estimativas de população que necessitaria do atendimento na instituição/programa/serviço?

VI) Dados sobre rotina de atendimento:

23. Quais são os horários de funcionamento e atendimento deste(s) programa(s)/serviço(s)? (Explorar aqui: dias da semana e horários).

24. Existe sistema de plantão? Se sim, como ele se dá? São feitas escalas?

25. Existem critérios para aceitação de um adolescente na instituição/programa/serviço?

- a) não.
 b) SIM. Se sim: quais são eles?

26. Se existem critérios e o adolescente não se enquadra neles, qual é o procedimento adotado pela instituição/serviço/programa? (por exemplo: são realizados encaminhamentos? Após os encaminhamentos adotam algum tipo de procedimento de acompanhamento?)

27. Qual é o procedimento inicial (padrão) de atendimentos ao adolescente que ingressa nesta instituição/programa/serviço?

VII) Ações Sócio-educativas propostas pedagógicas

28. Que programações e/ou atividades são desenvolvidas pela instituição/programa/serviço? (Explorar aqui os tipos de atividades e a rotina de atendimento dos mesmos).

29. A instituição/programa/serviço tem um tempo (médio) previsto para o atendimento do adolescente? Se sim, qual é o tempo? (Explorar aqui se existe um tempo considerado ideal).

30. Existem critérios adotados pela instituição/programa para considerar que o atendimento pode ser encerrado a contento. Ou seja, por **cumprimento** do que é esperado como finalidade do atendimento? (Existem critérios para a alta ou finalização de período previsto e tempos considerados adequados ou ideais de atendimento)?

31. Existem critérios para o desligamento do adolescente atendido **por não cumprimento** do que é esperado? Se sim, qual (is)? (Existem critérios para a interrupção do atendimento por não cumprimento de alguma norma do serviço/programa)

32. Existem casos em que a instituição/programa considera que o adolescente que está sendo atendido não se enquadra/ adéqüa à instituição? O que acontece nestes casos? (Os adolescentes são encaminhados para alguma outra instituição? Existem critérios de acompanhamento para ver se o adolescente está se adaptando aos novos atendimentos?).

33. Para você, Ribeirão Preto têm serviços suficientes para atender a questão da drogadição (Caps e internação) e sua demanda existente no município? Na sua opinião deveriam existir serviços especializados para atender crianças e adolescentes?

34. Neste município há uma política pública de promoção de saúde, prevenção ao uso abusivo de drogas e serviços de atenção e atendimento a drogadição diversificados e complementares?

35. Você gostaria de complementar a entrevista com algumas informações ou considerações?

ANEXO D

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Of.CEtP/017/2005-23/03/2005

Senhor(a) Pesquisador(a):

Comunicamos a V. Sa. que o trabalho intitulado "CARACTERIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO PÚBLICO À DROGADIÇÃO NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO SOB DIFERENTES PERSPECTIVAS: PROFISSIONAIS RELACIONADOS À ÁREA E ADOLESCENTES ENCAMINHADOS AOS SERVIÇOS" foi re-analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 40ª reunião ordinária realizada em 23/03/2005, tendo as pendências apresentadas sido respondidas, e portanto fora enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo CEP-FFCLRP nº **173/2004** – 2004.1.1564.59.0

Aproveitamos a oportunidade para apresentar nossos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,


Prof. Dra. Eucia Beatriz Lopes Petean
Coordenadora do CEP/FFCLRP

Ilustríssimo(a) Senhor(a)
Profa. Dra. ROSALINA CARVALHO DA SILVA
Docente do Departamento de Psicologia e Educação - FFCLRP-USP

ANEXO E

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto*Secretaria de Saúde - Programa de Saúde Mental**Serviço de Atendimento Psicológico para Crianças e Adolescentes***COMUNICADO**

O Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, através do Serviço de Atendimento a Crianças e Adolescentes, comunica os critérios de atendimento psicológico, vigentes a partir de agosto de 2002.

I- Características do Atendimento:-

=> Atendimento Ambulatorial Clínico individual e/ou em grupo com características secundárias, de crianças e adolescentes de 0 a 18 anos incompletos, num período de 6 meses a 1 ano.

II- Critérios de Atendimento:-Serão atendidos:-

- => Dificuldades relacionadas ao desenvolvimento psicológico (linguagem e expressão, função psicomotora, socialização, etc.)
- => Transtornos emocionais e de comportamento (hiperatividade, distúrbio de atenção, ansiedade, fobia, depressão e outros.
- => Dificuldades comportamentais associados a perturbações fisiológicas(enurese, encoprese, anorexia, sonambulismo, terror noturno, disfunção sexual, etc)
- => Crianças e adolescentes com nível de inteligência discretamente abaixo da média (não abaixo do percentil 25 do teste Raven ou do nível educável para a pedagogia)-

Não serão atendidos:-

- => Dificuldades emocionais e de comportamento decorrentes de drogadição.
- => Distúrbios graves de comportamento que se enquadrem nos critérios de avaliação psiquiátrica.
- => Problemas de comportamento que envolvam questões graves da alçada social e/ou cidadania.
- => Transtornos emocionais decorrentes de disfunção, lesão ou doenças orgânicas.

ANEXO F

NORMAS PARA TRANSCRIÇÃO

PRETI, D. (org.). *Análise de textos orais*. Projeto de estudo da norma linguística urbana culta de São Paulo (projeto NURC/SP). FFLCH/USP, 1993.

OCORRÊNCIAS	SINAIS	EXEMPLIFICAÇÃO*							
Incompreensão de palavras ou segmentos	()	do nível de renda ... () nível de renda nominal ...							
Hipótese do que se ouviu	(hipótese)	(estou) meio preocupado (com o gravador)							
Truncamento (havendo homografia, usa-se acento indicativo da tônica e/ou timbre)	/	e comé/ e reinicia							
Entonação enfática	Maíuscula	porque as pessoas reTÊM moeda							
Prolongamento de vogal e consoante (como s, r)	:: podendo aumentar para :::: ou mais	ao emprestarem os ... éh::: ... o dinheiro							
Silabação	-	por motivo de tran-sa-ção							
Interrogação	?	E o Banco ... Central ... certo?							
Qualquer pausa	...	são três motivos ... ou três razões ... que faziam com que se retenha moeda ... existe uma ... retenção							
Comentários descritivos do transcritor	((minúscula))	((tossiu))							
Comentários que quebram a seqüência temática da exposição; desvio temático	-- --	... a demanda de moeda -- vamos das essa notação -- demanda de moeda por motivo							
Superposição, simulação de vozes	<table border="0"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ligando</td> <td rowspan="2" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A. na casa da sua irmã</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">as linhas</td> <td>B. Sexta-feira?</td> </tr> </table> <table border="0"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A. fizeram</td> <td rowspan="2" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">lá</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">B. cozinharam</td> <td>lá?</td> </tr> </table>	ligando	A. na casa da sua irmã	as linhas	B. Sexta-feira?	A. fizeram	lá	B. cozinharam	lá?
ligando	A. na casa da sua irmã								
as linhas		B. Sexta-feira?							
A. fizeram	lá								
B. cozinharam		lá?							
Indicação de que a fala foi tomada ou interrompida em determinado ponto. Não no seu início, por exemplo.	(...)	(...) nós vimos que existem ...							
Citações literais ou leituras de textos, durante a gravação.	“ ”	Pedro Lima ... ah escreve na ocasião ... “O cinema falado em língua estrangeira não precisa de nenhuma baRRreira entre nós” ...							

* exemplos retirados dos inquéritos NURC/ SP n° 338 EF e 331 D².

Observações:

1. Iniciais maiúsculas: só para nomes próprios ou para siglas (USP etc.)
2. Fáticos: *ah, éh, eh, ahn, ehn, uhn, tá* (não por *está: tá? Você está brava?*)
3. Nomes de obras ou nomes comuns estrangeiros são grifados.
4. Números: por extenso.
5. Não se indica o ponto de exclamação (frase exclamativa)
6. Não se anota o *cadenciamento da frase*.
7. Podem-se combinar sinais. Por exemplo: *oh:::...* (*alongamento e pausa*)
8. Não se utilizam sinais de *pausa*, típicos da língua escrita, como ponto final; ponto-e-vírgula; dois pontos, vírgula. As reticências marcam qualquer tipo de *pausa*.

ANEXO G

Segundo a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas – FEBRACT, não há no município de Ribeirão Preto nenhuma entidade filiada.⁵⁷ A FEBRACT promove cursos de capacitação, tem um código de ética para as C.T.

Abaixo relação das entidades filiadas no estado de São Paulo.

SP – São Paulo

- ACAE - Associação Cruzvaldense de Amor Exigente
Avenida José Siqueira, 626 Centro
17700-000 Osvaldo Cruz SP
- Associação Institucional Phoenix
Caixa Postal 354 (011) 4892-9211 CT 4032-5301 - **Masculina e Feminina**
12900-000 Bragança Paulista SP
- Associação Movimento Renascer
Rua Manuel Silveira de Camargo, 151 Vila São Francisco (11) 4022-8870 / 4023-7067
(fax)
adriano.alves@movimentorenascer.org.br
13300-000 Itu SP
- Associação Padre Leonardo Nunes
Caixa Postal 143 (013) 3458-4256 / 9762-0195
11750-000 Peruibe SP
- Associação Promocional Coração de Maria
Caixa Postal 33 (015) 565-1235
18480-000 Itaporanga SP
- APOT – Associação Promocional Oração e Trabalho
Caixa 1654 (019) 3794-2500 apot@apot.org.br
13001-970 Campinas SP
- Associação Promocional Renascer
Rua José Artemonte, 1834 Bom Retiro (016) 282-5825
15990-405 Matão SP
- CACTOS - Centro de Apoio e Recuperação de Dependentes de Drogas
Rua República Portuguesa, 25 Vila Nova (013) 3234-8548
11013-450 Santos SP
- Comunidade de Aliança e Vida Filhos de Maria
Rua Santa Dalmolin Demarche, 62 Bairro Jerusalém (011) 4357-5177 / 4352-5825

⁵⁷ Disponível em: <http://www.febract.org.br/filiadas>. Acessado em 23 mar.2006.

09811-330 São Bernardo do Campo SP

- Comunidade Missionária Nossa Senhora Rosa Mística
Fazenda Tabor - Rua Major Pinheiro França 356 Centro (011) 4726-4386 / 4791-3337
08710-020 Mogi das Cruzes SP
- Comunidade Terapêutica Amigos de Deus
Av Flacides Ferreira, 2218 Gaivota (13) 3429-3679
11712-000 Itanhaém SP
- Comunidade Terapêutica Bom Pastor
Rua 1 de Maio 7-40 (014) 222-7133 / 232-9580 comunidade@cbompastor.com.br
17060-670 Bauru SP
- Comunidade Terapêutica Dr. Bezerra de Menezes
Rua Batuirá, 400 Bairro Assunção (011) 4109-6422 - Paulínia (19) 3848-1016
ctbmenezes@ctbmenezes.org.br
09861-550 São Bernardo do Campo SP
- Comunidade Terapêutica Monte Rey
Caixa Postal 870 (019) 3878-5100 monterey@monterey.org.br
13201-970 Jundiaí SP
- Comunidade Terapêutica "Só por Hoje"
Caixa Postal 56 (17) 3222-7228 / 3235-7484 - csoporhoje@terra.com.br
15105-000 Potirendaba SP
- Fazenda Esperança - Obra Social Nossa Senhora da Glória
Caixa Postal 194 (012)3122-2829 / 3125-2111 - capituba@iconet.com.br
12500-000 Guaratinguetá SP
- Reviver - Associação de Recuperação de Vidas
Rua Prudente de Moraes, 1223 (011) 4016-4040 - sonesimo@ig.com.br
13201-320 Jundiaí SP
- República da Vida - Zélia
Avenida Ademar de Barros, 777 Bairro Santo Antonio (013) 386-5211
11431-200 Guarujá SP
- Pronovi - Projeto Nova Vida
Estrada da Sondália, 1925 Quarta Divisão - Caixa Postal 52 - (011) 4827-9109 / 4827-9103 - pronovi10@ibest.com.br
09400-970 Ribeirão Pires SP
- Associação de Promoção Humana - Grupo AMA
Rua Cel. Moraes Cunha 427 Centro (015) 9772-3251
18185-000 Pilar do Sul SP
- Esquadrão da Vida
Rua Estados Unidos, 44 Jockey Clube (014) 427-2266 / 427-4315
17521-430 Marília SP

- Centro de Recuperação para D Q e Alcoolistas Amor à Vida
Av. Osvaldo Cruz, 1584 sala 1 (013) 352-6688
11460-103 Guarujá SP
- Comunidade Terapêutica Vitória
Caixa Postal 1857 (011) 4604-2455
07600-990 Mairiporã SP
- Centro de Recuperação Esperança Jovem
Rua João Simão, 615 Pq Cristo Redentor (19) 9165-9207 / 3585-5356
13660-000 Porto Ferreira SP
- Associação Promocional de Apoio ao Dependente – APAD
Rodovia Osvaldo Cruz, 7598 Horto Florestal (12) 3832-5206 - apaf@iconet.com.br
11680-000 Ubatuba SP
- Comunidade Terapêutica Mais Vida
Rua Deputado Otávio Lopes, 580 Centro (19) 3442-9300 - maisvida@limeira.com.br
13480-021 Limeira SP
- Recanto Fonte de Luz
Rua Dario Meira, 264 Jardim Independência (11) 6911-7825 / 4722-1212 CT em Mogi das
Cruzes recantofonteluz@aol.com.br
- 03223-050 São Paulo SP
- I.V.V.I.
Av. Dr. Soares de Oliveira, 344 – sala 1201 (16) 3729-6940 jpsilva@netsite.com.br
14500-000 Ituverava SP
- Instituto Santa Teresa D'Ávila
Rua João Damasceno Marcondes da Costa, 354 Jardim Shangri-lá (12) 252-5303 / 3654-
2030
12287-350 Caçapava SP
- Comunidade Terapêutica Maria de Nazaré
Rua Anchieta, 438 Vila Germano (18) 3642-6261 mana@mana.org.br
16200-137 Birigüi SP
- Centro de Apoio Recanto Renascer
Rua das Orquídeas, 65 Chácaras de Recreio Primavera (19) 3227-2044 e 9128-2934
13176-402 Sumaré SP
- Associação Promocional Sol Nascente
Rua Min. Genésio de Almeida Moura, 299, sala 03, Centro (13) 3418.1659 / 97048523
Fax 3458.1764 adm@solnascente.org.br
- 11750-000 Peruibe SP
- Recanto das Garças
Estrada Alkindar Monteiro Junqueira, km 49,5 CP 142 Bairro Campo Novo (11) 4032-5663
- **Menor, Masculino e Feminina** recantodasgarças@uol.com.br
12900-000 Bragança Paulista SP

- Associação Promocional Vida Nova – Horto de Deus
CP 174 (16) 3242-4745
15910-000 Monte Alto - SP
- Comunidade Terapêutica Limiar
CP 31 (11) 9605-6101 limiar@uol.com.br - **Masculino e Feminina**
12970-000 Piracaia – SP
- Comunidade São Judas Tadeu
Av Narciso Pieroni, 940 Distrito das Mostardas (19) 3899-1168 nodasi@uol.com.br
13910-000 Monte Alegre do Sul SP
- CT São Francisco de Assis
Rua Judith B. Batelli, 179 Rota 80 - Rod. Araraquara – Américo Brasiliense (16) 3324-5797
14800-000 Araraquara SP
- AAVida – Associação Amigos da Vida
Avenida 15 de Novembro, 890 Centro (16) 232-9886
14801-030 Araraquara SP
- CT Horto de Deus
Caixa Postal 42 (16) 3255-5200 drogastratamento@hortodedeus.org.br
Taquaritin

Além dos cursos que ministra, a FEBRACT orienta as Comunidades Terapêuticas, desde a elaboração de seus Estatutos, à organização interna e ao relacionamento com as autoridades e com a comunidade onde está inserida.

Tem promovido Seminários e palestras, para debate de assuntos relacionados com o problema das drogas, na quase totalidade dos estados brasileiros.

Através da televisão, particularmente da Rede Vida onde tem um programa semanal, tem difundido conhecimentos e orientações que dizem respeito à dependência química”⁵⁸.

⁵⁸ Disponível em <http://www.febract.org.br/histórico>. Acessado em 23 mar. 2006.

ANEXO H⁵⁹**Relação dos Conselhos Municipais Anti Drogas (COMAD) ou de Entorpecentes (COMEN)****1. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE AGUAÍ**

(Decreto nº 1.245, de 30/12/1990)

Presidente: Prof^a. Dra. Eliana do Carmo de Souza Carvalho

Rua: Sete de Setembro, 22 – Centro

Cep. 13860-000 – Aguaí - SP

Fone: (0xx19) 3652-6464 – Vanuza – 3652-4447 Dra. Eliana

E-mail: promocao.aguai@itelefonica.com.br

2. MUNICIPIO DE ÁGUAS DE SÃO PEDRO

Responsável: Salete Maria Febrizzi

Presidente dos Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente

Rua: Antonio Albino Ribeiro, 52 – Centro

Cep.: 13525-000 – Águas de São Pedro

Fone: (0xx19) 3482-2650 (Salete)

Cel.: (0xx19) 9646-4495

Fax: (0xx19) 3482.1374

E-mail: smfedrizzi@hotmail.com

3. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE ÁGUAS DA PRATA

(Lei nº 1.444, de 29/06/2000); (Lei nº 1.448, de 30/10/ 2000); (Decreto nº 1.721, de 21/02/2003)

Presidente: Dra. Maria Therezinha Flora Jordon

Av. Washington Luiz, 485 - Centro

Cep.: 13.890-000

Fones: (0xx19) 3642-2828 (Janaína ou Magali) 3642-1021 (Silcrey)

E-mail: m_magali@ig.com.br

pmaguas@gmail.com

4. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE ALTAIR

(Lei nº 832, de 13/08/2002)

Presidente: Dra. Vanda Alves da Silva

Praça Joaquim Carlos Garcia, nº 384 - Centro

Cep. 15430-000 – Altair - SP

Fone: (0xx17) 3289.1222 - Fax (0xx17) 289.1130 /1158

E-mail: lucoscd@gmail.com

5. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE ALTINÓPOLIS

(Lei nº 1.275, de 22/08/2002)

Presidente: Solange Aparecida de Oliveira Malaguti

Rua: Mato Grosso, 477 – Bairro do Ginásio

Cep.: 14350-000 – Altinópolis - SP

Fone: (0xx16) 3665-0237

Cel. 9997-9455

⁵⁹ Informações retiradas do site:< <http://www.justica.sp.gov.br>> Acessado em 20 mar.2007.

E-mail: secretaria.saude@altinopolis.sp.gov.br

6. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE ANDRADINA
(Lei 1.745, de 27/02/1998); (COMAD – criado em desde 2003)

Presidente: Dr. Rudimar Pires de Santana

Rua: Presidente Vargas, 1795 - Centro

Cep.: 16900-000 – Andradina - SP

Fone: (0xx18) 3722.5342/538 - Fax: (0xx18) 3722.7600

Celular: (0xx18) 9107-6620

E-mail: alemaria-esta@hotmail.com

7. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE AMERICANA
(Lei nº 2.110, de 26/09/1986); (Decreto nº 5.653, de 05/12/2002); (Lei nº 3.224, de 05/10/1998)

Presidente: Dr. Alécio Marques de Oliveira

Rua: Paissandu,232 – Vila Gallo

Cep.: 13466-360 – Americana - SP

Fone: (0xx19) 3461.1443 e 3475.9032 - Fax: (0xx19) 3461.8586

Cel.: (0xx19) 8144-4441

E-mail: comen@americana.sp.gov.br

8. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE ARARAQUARA
(Decreto nº 5.898, de 12/10/1989); (Lei nº 5.698, de 18/10/2001); (Criado em desde 2002)

Presidente: Dra. Luciana Louracca

Rua Avenida Cristovão Colombo, 1157 - São Geraldo

Cep. 14801-200 - Araraquara

Fone: (0xx16) 3331-1656

E-mail: luciana_psi@ig.com.br

9. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE ARARAS
(Lei nº 2.186, de 14/08/1990); (criado em desde 1991)

Fone: (0xx19) 3542.5025 / 3551.0756

E-mail: celsochiari@ig.com.br

10. COMAD - CONSELHO ASSISENSE ANTIDROGAS DE ASSIS
(Lei nº 4.146, de 02/04/2002)

Fone: (0xx18) 3324-5788/6898/3322-2750

E-mail: 32bpml1ciacopom@polmil.sp.gov.br

Site: www.polmil.sp.gov.br

11- COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE AVARÉ
(Lei nº 226, de 27/11/1990); (Portaria nº 166, de 22/03/1991); (Lei nº 619, de 03/07/2000);
(Decreto nº 172, de 08/10/2001)

Fone: (0xx14) 3732.0282 (Secretaria de Promoção e Qualidade Social) -

Fax: (0xx14) 3732.0684

Fone: (0xx14) 3732.0684 (Polícia Militar) / 3733.7011 / 3733.1110 ramal
219/220 (Prefeitura)

E-mail: aureel1996@ig.com.br ou secretarladegabinete@ig.com.br

12. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE BARUERI
(Lei nº 1.233, de 17/08/2001); (Lei nº 1.244, de 13/09/2001)

Presidente: Dr. Dídimo de Freitas
Rua Benedita Guerra Zendron, nº 91 - Centro
Cep. 06401-090 – Barueri / SP
Fone/Fax (0xx11) 4163.4901
E-mail: comad@barueri.sp.gov.br
E-mail: didimo@mackenzie.com.br

13. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE BIRIGUI
(Lei nº 4.048, de 04/4/2002); (Decreto nº 3.556, de 11/02/2003)

Presidente: Dr. Marcelo Colombo
Rua: Roberto Clarck, 543 Centro
Cep. 16200-000 - Birigui / SP.
Fone: (0xx18) 3644-9014 - 3643-6010 (Prefeitura)
E-mail: conselho.municipal@ig.com.br

14. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE BOITUVA
(Lei nº 1.307, de 28/07/2000); (Lei nº 1.458, de 17/09/2002)

Presidente: Dr. Emerson Luiz Fragozo
Av. Tancredo Neves, 01 - Centro
Cep. 18550-000 – Boituva / SP
Fone: (0xx15) 3363-8810
Cel. (0xx15) 9787-8273
E-mail: juridico@boituva.sp.gov.br

15. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE CAMPO LIMPO PAULISTA
(Decreto nº 4.030, de 02/09/1997); (Lei nº 1.671, de 04/06/2002)

Presidente: Dra. Izildinha Aparecida Cesares Alvares
Av. Adherbal da Costa Moreira, 255 - Centro Gabinete do Prefeito
Cep. 13231-000 – Campo Limpo Paulista / SP
Fone: (0xx11) 4038.6006
Cel. 7323-3494
E-mail: clubebmx@ig.com.br

16. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE CAPIVARI
(Criado em desde setembro/1990)

Presidente Dr. Dalton Santos Maranhão
Rua Padre Fabiano, 760 - Centro
Cep. 13.360-000 – Capivari / SP
Fone: (0xx19) 3492-1276/3491-1700 – Dr. Dalton
Celular: (0xx19) 9102-9610
E-mail: daltonsm@globo.com

17. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE CASTILHO
(Lei nº 1.371, de 21/12/1999)

Presidente: Rosângela Maria Silva (Pedagoga)
Praça da Matriz, 247 - Centro
Cep. 16.920-000 – Castilho / SP
Fone: (0xx18) 3741.9000 / 3741.2730 (GAPAC) / 1220 (Dep. de Saúde)
Fone: (0xx18) 741.1354(Res)
E-mail: castilhosecretaria@starsnet.com.br ou jrv@estarsnet.com.br (aos cuidados e Rosângela)

Este endereço é para enviar correspondência, enquanto não há decisão sobre a nova Diretoria
Rua Julio Gudrin, 270 – Centro – Cep. 16920-000 – Castilho / SP.

18. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE COLINA

(Lei nº 2.347, de 01/07/2.002); (Portaria nº 097, de 05/06/2003)

Presidente: Dr. Pablo Luiz Torres Soares de Oliveira

Rua Antonio Paulo de Miranda, 466 – Cx. P. 41 – Centro

Cep. 14770-000 - Colina / SP.

Fone: (0xx17) 3341-3310

Cel. (0xx17) 8127-9220

E-mail: pablоторres@aasp.org.br

gabinete@colina.sp.gov.br

19. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE CRUZEIRO

(Criado em desde 1992); (Lei nº 3.369, de 30/08/2000); (Portaria nº 268, de 16/08/2001)

Presidente: Dr. Sérgio Antonio dos Santos

Rua 1º de Maio, 10 – Vila Paulista

Cep. 12701-160 - Cruzeiro / SP.

Fone: (0xx12) 3144-2193 (res.) 3143-1844

E-mail: strykrz@hotmail.com

SITUAÇÃO:

Trabalho do Presidente: Delegacia da Mulher

Av. Jorge Tibiriça, 901 – Centro - Cep. 12700-000 – Cruzeiro / SP

20. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE DESCALVADO

(Lei nº 956, de 23/08/1989); (Lei nº 2.032, de 29/08/2000); (Criado em desde 2001)

Presidente: Dra. Márcia Aparecida Bertolucci Pratta

Rua José Quirino Ribeiro, 55 – Centro

Cep. 13.690-000 – Descalvado / SP

Fone: (0xx19) 3583.9300

Cel. (0xx19) 9159-5556

E-mail: marciapratta@linkway.com.br

saudepmd@linkway.com.br

21. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE DIVINOLÂNDIA
(Lei nº 1.516, de 05/11/1998); (Criado em desde 1999)

Presidente: Dr. José Antonio Darcie

Rua Romero Zanetti, 600 - Centro

Cep. 13870-000 – Divinolândia / SP

Fone: (0xx19) 3663.1512

E-mail: juridico@divinolandia.sp.gov.br

22. COMEN – CONSELHO ANTIDROGAS DE DOIS CÓRREGOS

Presidente: Dr. Pedro Henrique Brandão de Lima

Rua Quatro de Fevereiro, 350 – Centro (Associação Vôo Livre)

Cep. 17300-000 – Dois Córregos - SP

Fone: (0xx14) 3652-4841

E-mail: barettalima@conectcor.com.br

voolive@conectcor.com.br

23. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE DOLCINÓPOLIS

(Lei nº 1.033, de 09/08/2002)

Presidente: Osmarino Ambrósio de Souza

Av. Elydio Massarenti, 1320 – Centro (Prefeitura)

Cep. 15740-000 – Dolcinópolis / SP

Fone: (0xx17) 3636-1250/1296

E-mail: pmdolcinopolis@itecnet.com.br

rhzdf@yahoo.com.br

24. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE ELIAS FAUSTO

(Lei nº 2.157, de 21/12/2001)

Presidente: Dra. Selma de Andrade Souza Toni

Endereço: Rua Siqueira Campos, 100 - Centro

Cep. 13.350-000 - Elias Fausto / SP.

Fone: (0xx19) 3821.1145/

Cel. (0xx19) 9641-4313

Fax: (0xx19) 3821.1380

E-mail: pmelfau@interall.com.br

25. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE EMBÚ

(Lei nº 1.330, de 02/07/1990)

Presidente: Dr. Alexandre Santos Albino

Rua Andronico dos Prazeres Gonçalves, 144 - Centro

Cep. 06804-900 – Embú / SP

Fone: (0xx11) 4785.3593

Cel. (0xx11) 8578-5425

E-mail: sec.cidadania@ig.com.br

alexalbino@ig.com.br

cidadania@embu.s.gov.br

26. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE FERNANDÓPOLIS

(Criado em desde 1994); (Lei nº 1.788, de 14/06/1998)

Presidente: Dr. Oreste Carosio Neto

Rua Rio Grande do Sul, 788 - Centro

Cep. 15.600-000 - Fernandópolis / SP.

Fone: (0xx17) 3442-6907

Cel. 9705-2881

Fax: (0xx17) 3442.6255

E-mail: carosioneto@uol.com.br

27. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE FRANCA

(Lei nº 3.846, de 1º/10/1990); (Criado em desde 2000); (Lei nº 5.789, de 11/10/ 2002)

Presidente: Dra. Maria Rafaela Bruno Junqueira

Vice-Presidente Benedito Carlo Quiodeto

Rua Francisco Barbosa, 1.540 - Cidade Nova (Casa dos Conselhos)

Cep. 14.401-148 - Franca / SP

Fone: (0xx16) 3711-9016 (Dra. Maria Rafaela) Cel. 9965-2385

Fone: (0xx16) 3724-3551 - Dr. Benedito Carlo

Fax: (0xx16) 3711-9016
E-mail: mrjunque@uol.com.br

28. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE FRANCISCO MORATO
(Lei nº 1.925, de 30/05/2001); (Lei nº 003”G”, de 16/01/2003)

Presidente: Dr. Laerte Ari Pires
Rua Tabatinguera, 45 - Centro
Cep. 07.909-150 – Francisco Morato / SP
Fone: (0xx11) 4489.3133 ramal 225
Cel. 9648-7274
E-mail: laertearip@bol.com.br

29. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE GETULINA
(Decreto nº 900, de 10/04/1989)

Presidente: Dr. Fábio Garcia
Rua Wenceslau Braz, 439 - Centro
Cep. 16.450-000 – Getulina / SP
Fone e Fax: (0xx14) 3552.1222/1488/1583
E-mail: pmgetu@terra.com.br

30. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE GUARAÇAI
(Criado em desde 2003)

Presidente: Dr. Ademar
R Dona Alcides Cândida de Souza, 1.114 – Centro
Cep. 16.980-000 – Guaraçai / SP
Fone: (0xx18) 3705-1290
E-mail: pmgcaetano@clikrede.com.br

31. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE GUARULHOS

Presidente: Dra. Lucy da Silva
Av. Bom Clima, 859 - Centro
Cep. 07196-220 – Guarulhos / SP
Fone: 6479-2541 (Suely)
E-mail: lucyefj@hotmail.com
E-mail: suelyschalch@guarulhos.sp.gov.br

32. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE ILHA SOLTEIRA
(Lei nº 969, de 11/11/2002); (Criado em desde 2003)

Presidente: Dr. Gilmar Batista Soares
Rua Alameda Pernambuco, 440
Cep. 15385-000 – Ilha Solteira / SP
Fone: (0xx18) 3742.4352 – 3743-6080
Cel. (0xx18) 9786-5338
E-mail: ilhatransito@yahoo.com.br

33. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE INDAIATUBA
(Lei nº 2.634, de 12/10/1990); (Decreto nº 4.689, de 10/10/1991)

Presidente: Dra. Neiva Aparecida Lopes Bellon
Fone: (0xx19) 3834.9251 (Falar c/ Marlene)
Fone: (0xx19) 3875-5794

E-mail: nabellon@uol.com.br

34. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE IRAPUÃ
(Lei nº 1.219, de 19/11/2001)

Presidente: Dr. Idevaldo do Carmo Vieira Lomba

Rua João Lopes de Oliveira, 256 – Centro

Cep. 14990-000 – Irapuã - SP

Fone: (0xx17) 3556-1380/1400 (f/c Rosa ou Marisa)

E-mail: cbncarbonojeans@ig.com.br

35. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE ITÁPOLIS
(Criado em desde 2001)

Presidente: Dr. Jorge Melo do Amaral

Rua Odilon Negrão, 1026 Centro

Cep. 14900-000 – Itápolis / SP

Fone: (0xx16) 3262-3870/3617

E-mail: jhmello@unimeds.com.br

36. CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE ITATIBA

(Comen – Lei nº 3350, de 06/10/2000) Comad – Lei nº 3.475 de 08/10/2001)

Presidente: Dra. Ada Maria Meira

Praça XV de Novembro, 01 Paço Municipal

Cep.13250-000 Itatiba/SP

Fone: 4538-4938/44876015

Cel. 9989-0992

E-mail: gabinete@itatiba.sp.gov.br

37. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE JABOTICABAL
(Lei nº 2.144, de 21/12/1992)

Presidente: Dr. Luis Antonio Pimenta

Esplanada do Lago, 160 – Vila Serra “Carlos Rodrigues Serra”

Cep. 14.870-000 – Jaboticabal / SP

Fone: (0xx16) 3209.8994 / 3209.3322 (Prefeitura) / 3202.9072

38. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE JACAREÍ

(Comen – Lei nº 2.769 de 03/05/1990, alt.p/Leis 3.556/94, e Lei nº 4.068 de 27/02/1998)

(Comad – Lei 4.619 de 27/06/2002)

Presidente: Dr. Alexssander de Oliveira

Av. Major Acácio Ferreira, 854 – Jardim Paraíba

Cep. 12.327-583 – Jacareí / SP

Fone: (0xx12) 3955.9600

Cel. (0xx12) 9701-4804

E-mail: comadjacarei@sp.gov.br

39. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE JACI
(Lei nº 1.208, de 29/08/2000)

Presidentel: Luiz Carlos Hernandez Argentim

Rua Cassiano Maciel Pontes, 105 - Centro

Cep. 15.155-000 – Jaci / SP

Fone: (0xx17) 3283.1192 (Prefeitura) 3283-1169 (Centro de Saúde)

Fax: (0xx17) 3283-1169
E-mail: csiiijaci@ig.com.br

40. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE JALES

(Lei nº 1.542, de 25/02/1987)

Presidente: Dr. Sebastião Biasi

Rua: Cinco, 2266 - Centro

Cep.15700-000 – Jales/SP – Caixa Postal 04

Fone: (0xx17) 3622.3000/3632-7737 (Câmara Municipal)

E-mail: disejales@gmail.com

41. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE JUNDIAÍ

(Criado em desde 1995)

Presidente: Dra. Edma Soares

Rua Zacarias de Góis, 550 - Centro

Cep.13.200-170 – Jundiaí / SP

Fone: (0xx11) 4586.0551/ 4522.7859 / 4522.7860

42. CONSEG - CONSELHO DE SEGURANÇA MUNICIPAL DE LAVRINHAS

Presidente: Francisco Carlos Santos Cardoso (Secretário de Planejamento e Presidente do CONSEG)

Fone: (0xx12) 3146.1110

E-mail: presrav@iconet.com.br

43. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE LAVÍNIA

(Criado em desde 2002)

Responsável: Moisés Gomes da Silva

Rua Prof. Maria Amália de Faria Gentiantini, 246 - Centro

Cep. 16.850-000 – Lavínia / SP

Fone: (0xx18) 3677.1287

E-mail: pref.lavinia@folhanet.com.br

44. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE LIMEIRA

(Lei nº 2.356, de 21/06/1990); (Lei nº 2.797, de 09/01/1997)

Presidente: Dr. André Bonini

Rua:Dr. Alberto Ferreira, 179 - Centro

Cep.:13480-074 - Limeira/SP

Fone: (0xx19) 3453.1611/3099/3404-9671

E-mail: bonini@saudelimeira.sp.gov.br

comenlimeira@yahoo.com.br

45. MUNICIPIO DE ÁGUAS DE LINDÓIA

Responsável: Sargento Carlos Henrique da Costa (Proerd)

Rua Ceara, 27 - Centro

Cep. 13940-000 - Águas de Lindóia / SP

Fone: (0xx19) 3824.1126 - Fax (0xx19) 3824.1796 (Prefeitura) -

Fone: (0xx19) 3824.1053 (Proerd)

E-mail: riquecosta@itelefonica.com.br

Site: www.aguaslindoia.com.br

46. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE LUCÉLIA

(Informado em 05/2005)

(Comen - Lei 2.331 de 12/04/1993) (Comad - Lei nº 3.421, de 19/05/1993)

Presidente: Dra. Alessandra Crevelaro

Rua: Av. Brasil, 1101 - Centro

Cep.17780-000- Lucélia

Fone: (0xx18) 3551-2529

Cel: 9787-8255

E-mail: alecrevelaro@estadao.com.br

47. CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE MAIRIPORÃ

Presidente: Dr. Edson Davi

Rua: Caixa Postal 1857

Cep.:07600-000

Fone:(0xx11) 4604-2455 - Cel. 7295-7855

E-mail: comunidadevitoria@terra.com.br

48. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE MANDURI

(Lei nº 1.011, de 26/11/1996)

Presidente: Dr. Osvaldo Repker

Rua Rio de Janeiro, 745 – Centro - Caixa Postal 12

Cep.18.780-000 – Manduri / SP

Fone: (0xx14) 3356-9011

Cel. (0xx14) 9742-6273

E-mail: ottorepker@hotmail.com

49. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTE DE MARÍLIA

(Criado desde em 1988)

Presidente: Dr. Wilson Alves Damasceno

Avenida República, 770 – Centro

Cep.17.509-030 – Marília / SP

Fone: (0xx14) 3433-1330/3402-6500

Cel.: (0xx14) 9735-4554 – Dr. Wilson

E-mail: wdam@sunline.com.br

50. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE MIRASSOL

(Lei nº 2.521, de 11/07/2002)

Presidente: Dr. Luiz Carlos Fonseca

Rua Marechal Deodoro, 1933 – Centro

Cep. 15.130-000 – Mirassol / SP

Fone: (0xx17) 3242.1059/

Fax: (0xx17) 3242.6095

Cel. 9706-9825 – Dr. Luiz

E-mail: lcarlos_fonseca@ig.com.br

51. COMEN DE MOCOCA

Presidente: Dr. Benedito Espanha

Rua: Benedito Ribeiro, 242 – Vila Naufel

Cep: 13730-000 – Mococa/SP

Fone: (0xx19) 3665-3422

E-mail: beneditoespanha@terra.com.br

52. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE MONTE ALEGRE DO SUL

Presidente: Dr. Percival Bueno Neto
Rua Capitão José Inácio , 389 – Centro
Cep.13.910-000 – Monte Alegre do Sul / SP
Fone: (0xx19) 3899.1515
E-mail: camaramasul@uol.com.br

53. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE NHANDEARA

(Lei nº 1.660, de 13/05/2002)
Presidente: Tenente Ramos
Rua Dr. Octaviano Cardoso Filho, 359 - Centro
Cep. 15190-000 – Nhandeara / SP
Fone: (0xx17) 3472.1606
E-mail: ramosduarte@polmil.sp.gov.br

54. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE OLÍMPIA

(Lei nº 2.901, de 06/11/2001); (Decreto nº 3.498, de 12/09/2002)
Presidente: Dra Cristina Reali
Rua Conselheiro Antônio Prado, 307 - Centro
Cep. 15400-000 – Olímpia / SP
Fone: (0xx17) 3281.1939 /1928 /
Fax: (0xx17) 3281.6941
E-mail: smadsolimpia@terra.com.br

55. CONSELHO MUNICIPAL DE ANTIDROGAS DE ORLÂNDIA

(Lei nº 2.901 de 06/11/2001) (Decreto 3.498, de 12/09/2002)
Presidente: Dr. Antonio leite da Silva Junior
Rua. Um, nº16 Centro
Cep.:14620-000
Fone: (0xx16) 3726-2220 – Débora
Cel. 8131-5390

56. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE OURINHOS

(Lei nº 4.661, de 15/08//2002); (Decreto nº 4.915/2002)
Presidente: Dr. Pedro Otávio teles do Nascimento
Cep. 19.900-209 – Ourinhos / SP
Fone: (0xx14) 3324.6000 / 3766 Fax: (0xx14) 3302.6000
Cel.: 9631-1191
E-mail: p.telles@ul.com.br

57. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE PEDERNEIRAS

(Lei nº 2.245/2001); (Decreto nº 2.220/2002)
Presidente: Dra. Adriana Campos Meiado
Rua: Antonio Volpone L 83
Cep. 17280-000
Fone: (0xx14) 3283.1188
Cel.: (0xx114) 9621-6877

E-mail: drimeado@hotmail.com

58. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE PENÁPOLIS

(Lei nº 1.037, de 08/05/2002)

Presidente: Dra. Tânia Regina Pinheiro de Almeida

Rua: Altino Vaz de Melo, 356 - Centro

Cep.: 16300-000 – Penápolis - SP

Fone: (0xx18) 3654-2500 (Prefeitura) residência 3652.3918

Cel.: 9792-3315 Jornal diário 3652-4592

E-mail: tania@diariodepenapolis.com.br

59. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE PORTO FERREIRA

(Criado desde em 1992)

Presidente: Dr. Devanir Melara

Rua: Dr. Carlindo Valeriani, 1373 – Jardim Primavera

Cep.: 13660-000 – Porto Ferreira/SP

Fone: (0xx19) 3581-1955

Cel.: (0xx19) 9784-2997

E-mail: devanirmelara@superig.com.br

60. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE PRESIDENTE PRUDENTE

(Lei nº 5.005, de 17/12/1997); (Lei nº 5.593, de 18/06/2001)

Presidente: Maria Socorro Nogueira de Souza Pinto

Viaduto Tanel Abud, s/nº - sala 1 e 2 – Praça da Bandeira

Cep. 19010-250 – Presidente Prudente / SP

Fone: (0xx18) 3223-4644/3221-0618

E-mail: comadpp@bol.com.br

m.sp.nogueira@bol.com.br

61. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE PRESIDENTE VENCESLAU

Presidente: Dr. José Hamilton do Amaral

Rua Travessa Tenente Osvaldo Barbosa, 180 - Centro

Cep. 19400-000 – Presidente Venceslau / SP

Fone: (0xx18) 271.1066 (c/ Cláudia)

E-mail: luizinhotravolto@firstnet.com.br ou salma@jirstnet.com.br

62. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE RANCHARIA

(Lei nº 94, de 31/05//2002)

Presidente: Dr. Mario Nelson Selli

Rua Luis Bacco Junior, 156 – Jardim Europa

Cep.19.600-000 - Rancharia / SP.

Fone/Fax: (0xx18) 3265-4646/1825

Cel.: 9724-4047 Eliana – 3265-4544 (residência)

E-mail: alianarancharia@hotmail.com

63. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE RIO DAS PEDRAS

(Lei nº 2.157, de 26/09//2001)

Presidente: Sargento João de Oliveira

Rua: Moraes Barros, 267 - Centro

Cep. 13390-000 – Rio das Pedras / SP
 Fone: (0xx19) 3493-2856/2411 (Polícia Militar)
 Cel. (0xx19) 9706-7055
 E-mail: legolas946@hotmail.com

64. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE SANTA CRUZ DO RIO PARDO

(Decreto nº 720, de 20/09/1989 que institui o Conselho e alteração pelo Decreto nº 015, de 29/01/1993)

Cep. 13720-000 – Santa Cruz do Pardo / SP
 Fone: (0xx14) 3372.1333 - Fax. (0xx14) 3372.2315

65. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE SANTA RITA DO PASSA QUATRO

(Lei nº 1.991, de 18/09/1992); (Decreto nº 1.785, de 09/03/2001);
 (Decreto nº 1.862, de 05/02/2003)

Presidente: Dr Dalson dos Santos Junior
 Rua Inácio Ribeiro 893 - Centro
 Cep. 13670-000 - Santa Rita do Passa Quatro / SP
 Fone: (0xx19) 3582-9058/3582/9000
 E-mail: dalsonsjunior@netsite.com.br

66. COMAD DE SANTOS

Presidente: Dr. Eustásio Alves Pereira Filho
 End.: 15 de novembro 195 3º andar – Centro
 Fone: (0xx13) 3201-5758 ou 3022-4281
 Cep.: 11010-100 – Santos - SP
 Cel.: (0xx13) 9781-2779
 E-mail: comad@santos.sp.gov.br

67. COMAD - CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
 (Criado em desde 2001)

Presidente: Dr. Josias Franclin Maciel
 Rua: Praça Afonso Pena, 59 - Centro
 Cep. 12210-090 – São Jose dos Campos
 Fone: (0xx12) 3925.6820
 Cel.: (0xx12) 97196661
 E-mail: antidrogas@sjc.sp.gov.br
 janubiss@s@yahoo.com.br

68. COMEN – CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE SOCORRO
 (Portaria nº 2.427, de 09/04/1990)

Presidente: Dra. Silva Helena Granato
 Rua: General Glicério nº 121 - Centro
 Cep. 13960-000 – Socorro / SP
 Fone: (0xx19) 3855.2400 (Prefeitura) 3895-1823 (res.)
 E-mail: saúde@socorro.sp.gov.br

69. COMEN - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE TAQUARITUBA
 (Lei nº 002, de 10/10/2002); (Decreto nº 267, de 10/01/2003)

Presidente: Dra. Ironice Rodrigues Mendes

Av. João Osvaldo Leiva, 400 – Novo Centro
Cep. 18740-000 – Taquarituba/SP
Fone: (0xx14) 3762-2856 (res.)
Fax: (0xx14) ou (15)3565-15
E-mail: iromendes@itelefonica.com.br

70. CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE TIETÊ

(Lei nº 2.146, de 06/04/1992)

Presidente: Dra. Edna de F. Rigueto Rossini
Rua: Rio Grande do Sul, 39 – Jardim Bonância -
Cep.18530-000 - Tietê / SP
Fone: (0xx15) 3282.3113 – Cel. 9119-7589
Fax (0xx15) 3285.1559
E-mail: ednarigheto@terra.com.br

71 - CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE TRÊS FRONTEIRAS

Presidente: Dr. Rubens José Belão
Rua: Antonio Rodrigues Martins, 907 - Centro
Cep. 15770-000 - Três Fronteiras / SP
Fone: (0xx17) 3691.1141 (res.)
Cel.: (0xx17) 9102-6538/9235-8212
E-mail: rjbelao@gmail.com

72. CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES DE VALINHOS

(Lei nº 2.308 de 15/10/1990)

Presidente: Dra. Carmen Ferretti de Oliveira
Av. Onze de Agosto, 196 - Bairro: Rivesa
Cep.13276-130 - Valinhos / SP
Fone:(0xx19) 3829-2073
Cel. (0xx19) 9712-6046
E-mail: c.ferretti@hotmail.com.br

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)