



1

A REALIDADE DA REDE DE ATENDIMENTO À DEPENDÊNCIA DE CRACK NO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA

Tiago da Silva Andrade¹
Elisângela Maia Pessôa²
Taila Diangeli kunz³

Resumo: A pesquisa “Rede de Atendimento à Dependência de Crack: em perspectiva o olhar dos dependentes” objetivou analisar qual a percepção que os dependentes químicos de Crack têm sobre a rede de atendimento e os serviços prestados. Utilizou-se o método Crítico-Dialético, por meio das categorias: historicidade, totalidade e contradição. Aplicou-se pesquisa qualitativa, onde foram entrevistados dez sujeitos com opção pela análise de conteúdo. A pesquisa revelou que a maior parte dos usuários desconhece a existência de um trabalho em rede de atendimento, percebem poucas ações de parceria, mas não as associam enquanto política pública executada por uma rede de atendimento. Os sujeitos não se vêem como sujeitos de direito, não tem conhecimento sobre a legislação que prevê atendimentos e serviços. Predomina a visão da “ajuda” pública em detrimento a noção de direito a cidadania. Percebe-se que dentre tantas nuances o direito a informação ainda esta fragilizado neste âmbito de atendimento. Destaca-se as influências que o neoliberalismo exerce no Estado e consequentemente nas políticas de saúde, para que se possa entender as configurações das políticas no atendimento a dependência química.

Palavras-chave: Crack; Rede; Saúde Mental; Políticas Públicas; Serviço Social.

Introdução:

O presente artigo versa sobre o estudo da rede de atendimento e as atuais configurações das políticas voltadas à temática do Crack no município de São Borja. Para tanto o trabalho versa sobre o trabalho em rede as atuais configurações das políticas publicas voltadas a temática do Crack.

No Brasil o crack vem se alastrando de forma descontrolada. A última pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) com o Ministério da Justiça, mostra que nas capitais brasileiras têm-se

¹ Assistente Social, especializando em Serviço Social e Direitos Humanos pela Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA/Campus São Borja/RS.

² Assistente Social, mestre e doutora em Serviço Social (PUC-RS), atualmente é Coordenadora Acadêmica e professora adjunta da Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA/Campus São Borja/RS.

³ Acadêmica do 5º semestre do Curso de Serviço Social na Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA/Campus São Borja/RS.



2

em torno de 370 mil usuários de Crack. Este cenário vem se alastrando com muita intensidade em todo país. Este é um dos maiores levantamentos de dados feitos nas capitais brasileiras – o que não quer dizer que o mesmo não ocorre em municípios de pequeno porte –. A pesquisa mostra que o acesso aos serviços atualmente disponíveis ainda é simplório. De acordo com os pesquisadores esse fato só reforça a necessidade de ampliação desses serviços (FIOCRUZ, 2013).

A pesquisa intitulada “Rede de Atendimento à Dependência de Crack: em perspectiva o olhar dos dependentes” teve como problema de pesquisa a seguinte questão: Como os usuários da rede de atendimento aos dependentes químicos de crack compreendem os serviços prestados pelas instituições? A pesquisa se propôs analisar como os dependentes químicos de Crack visualizam os serviços prestados pelas instituições para indicar possibilidades de melhorias a partir da realidade dos sujeitos. Buscou-se identificar ainda como os sujeitos percebem a articulação entre os CAPsAD, Comunidades Terapêuticas e Hospitais para verificar se há a execução de atividade em rede em prol da recuperação dos sujeitos. Ainda buscou-se verificar se há conhecimento por parte dos usuários quanto às legislações de atendimento para compreender se os mesmos se reconhecem como sujeitos de direitos.

As configurações das políticas de atendimento a dependência química.

No Brasil, a reforma psiquiátrica iniciou nos anos 70 – influenciada pela Reforma Sanitária que já estava presente desde a década de 60 – ainda de forma desorganizada, com críticas fragmentadas e pontuais ao governo autoritário. O movimento só ganhou força, de fato, na década de 80, impulsionado pela inserção de novos atores, militantes de várias profissões e com distintas orientações políticas, dentre eles – professores



3

universitários, alunos, pesquisadores, representantes de movimentos populares da sociedade civil e representantes de partidos políticos – (CAMPOS, 2006).

Segundo Fleury (2009, p.747) o projeto da reforma sanitária estruturou-se sobre a chamada “crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde”. Onde os movimentos populares ocuparam espaços públicos com intenção de mudar o sistema de saúde, até então precária. Assim, consequentemente a Reforma Psiquiátrica tornou-se movimento sociopolítico na saúde pública brasileira. Destaca-se que a

Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998, s/n).

Um dos fatos mais relevantes para que se discutisse a questão saúde no Brasil foi à realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Foi através desta conferência que a saúde começou a ser pensada como uma política. Esse pensar referia-se ao atendimento da sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único de Saúde, mas também a Reforma Sanitária (BRAVO, 2009). A primeira conquista desta luta veio através da aprovação da Constituição Federal de 1988, que traz a saúde como direito de todos e dever do Estado. Este foi um avanço importante, pois mudaria principalmente a maneira como as políticas de saúde seriam pensadas a partir desta data. Pontua-se que:

(...) o SUS tem por princípios a universalidade no acesso, a igualdade no tratamento e a equidade na distribuição dos recursos, esta como instrumento de aprimoramento da igualdade entre os cidadãos. Suas diretrizes são compostas pela descentralização (transferência de serviços da esfera federal para a estadual e destes para a municipal)



4

pelo atendimento integral (atividades assistenciais e preventivas) e pela participação da comunidade (por meio das conferências e conselhos de saúde), esta consagrada em nosso meio como controle social (ELIAS, DOURADO, 2011, p.118).

Nem todo cidadão poderia desfrutar dos serviços de saúde antes da aprovação da Constituição Federal de 1988. Nesta perspectiva, a população dividia-se em brasileiros que podiam pagar por serviços privados, os que tinham direito à saúde pública e os assegurados pela previdência social. Vale ressaltar que antes da criação do SUS⁴ a saúde não era vista como direito social. Esta lógica só foi mudada com a efetivação e regulamentação do SUS que ocorreu por meio da Lei 8.080 (1990), Lei Orgânica da Saúde. Conforme Conh (1999, p.68) “é essa legislação que trata das competências das três esferas de governo”, ou seja, as responsabilidades passam a ser partilhadas entre União, Estados e Municípios. Ao mesmo tempo em que se conquistava esse direito, o neoliberalismo de maneira contraditória começava a ganhar força e influenciar nas políticas de saúde, como se observa:

O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil está tendo êxito em vários segmentos de atuação, mas infelizmente desde os meados dos anos 1990, com a hegemonia das políticas neoliberais, que trazem em seu bojo uma desvalorização do trabalho humano, uma falta de solidariedade para com os excluídos, um desmonte das políticas sociais, uma conjuntura de não democratização (entre outros inúmeros fatores), o Movimento de Reforma Psiquiátrica tem sofrido reverses na continuidade de suas propostas, dentre elas a diminuição do investimento público no setor de Saúde Mental (BISNETO, 2011, p. 42).

Nesta perspectiva, o pensamento neoliberal defende o mercado livre, acredita que mercado é mediador fundamental das relações societárias. Repudia toda a ação que venha ameaçar ou limitar a liberdade econômica e política. No que tange às políticas sociais, o neoliberalismo não as concebe como direitos, mas sim como ato de filantropia, ou seja, o Estado deve ter ações centradas nos pobres, atendendo assim os mais necessitados. Desta

⁴ Sistema Único de Saúde.



5

maneira, as organizações do terceiro setor se responsabilizem pela resolução das demandas públicas, reduzindo a responsabilidade do Estado. Ao mesmo tempo em que o projeto da reforma amplia os direitos, as práticas neoliberais os restringem, criando espaço para projetos da saúde voltados para os interesses do mercado (RIZZOTTO, 2009).

Conforme a Lei 10.216/2011, a internação em hospitais ou clínicas só pode ocorrer depois que todas as alternativas em meio aberto tenham se esgotado. Quanto ao atendimento, ela dispõe que a pessoa e seus familiares ou responsáveis seja esclarecida sobre os seus direitos e acesso ao melhor tratamento disponibilizado pelo sistema de saúde, apropriado às suas necessidades. Ainda devem ser tratados com humanidade e respeito com a intenção exclusiva em beneficiar a sua saúde, visando à recuperação e à volta ao seu núcleo familiar, no trabalho e comunidade. Destaca-se ainda que:

No que tange à legislação o deputado Paulo Delgado propôs, em 1989, o Projeto de Lei nº 3657/1989, para a substituição progressiva dos então manicômios por serviços psiquiátricos alternativos, sendo um marco referencial à luta antimanicomial e a desinstitucionalização da Psiquiatria Tradicional. Este projeto foi transformado em Lei Ordinária, nº 10.216 no ano de 2001, e reforça a proteção aos sujeitos e apresenta os direitos das pessoas com transtornos mentais em seu artigo 2º (BANDEIRA, 2014, p.19).

Os sujeitos devem ser protegidos de qualquer forma de abuso ou exploração, ter garantia de sigilo nas informações prestadas, ter a presença do médico, sempre que necessitar para esclarecimentos referentes à sua hospitalização involuntária. É direito ainda ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis e receber o maior número de informações a respeito de sua enfermidade ou de seu tratamento.

Rede de atendimento em dependência química



6

No Brasil o sistema de saúde está organizado em rede para que se possa garantir um melhor acesso ao atendimento à população e assim acessar de maneira mais rápida, com menos burocracia, evitando o inchaço nos serviços e a redução no tempo de espera. Mas também é uma estratégia do Estado para reduzir os custos e baratear os serviços.

As propostas de redes no suporte às políticas públicas têm sido, crescentemente, adotadas, a partir da década de 90, para superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, num contexto de complexificação das questões sociais, de processos de privatização, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público (MENDES, 2011, p.79).

As redes têm sido propostas para que se possa administrar políticas e projetos em que os recursos são baixos ou escassos e os problemas complexos. A rede está presente em projetos ou políticas que tenham interação de agentes públicos e privados, centrais e locais. Que tenham uma crescente demanda por benefícios, e por participação cidadã. Para que a gestão eficaz das redes torna-se necessário que se trabalhe diariamente com consenso. Para melhor administrar as situações do cotidiano em que todos os atores envolvidos saiam ganhando, ou seja, negociar soluções, monitorar e avaliar permanentemente os processos (BAPTISTA, 2002).

A rede desempenha um papel fundamental para que o Sistema Único de Saúde funcione. Conforme Mendes (2011, p.79) as principais vantagens das redes são: “a capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canais de difusão de conhecimentos e a utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos”. Ou seja, a criação de vínculos entre os profissionais que possibilite uma melhor compreensão e reduz as incertezas nas políticas e nos programas. E ainda reduz custos e ganha melhoria de qualidade. Para tanto há necessidade fortalecimento e ampliação constante da rede de atendimento.

Realidade da Rede de Atendimento à Dependência de Crack: o olhar do usuário.



A pesquisa revelou que grande maioria dos usuários desconhecem a existência de um trabalho em rede, porém consideram importante a colaboração entre as instituições, como pode ser constatada através desta fala, “desconheço os trabalhos em conjunto, mas acho que seria uma boa por que daí ajudava melhor eles, os que estão na rua, os que tão querendo se tratar, os que tão dentro do caps, os que tão dentro do hospital daí seria uma boa se junta” (Sujeito B).

Mesmo que o entendimento sobre o que pressupõe um trabalho em rede seja complexo, e muitas vezes contraditório, pois as políticas ao invés de se complementarem por ora passam a competir entre si, houve um sujeito que afirmou existir trabalho em rede e que este trabalho ocorre através do encaminhamento entre as instituições: “sim, foi a caps que me encaminhou para o hospital, foi através do caps que eu fui para ala hospitalar” (Sujeito D). O trabalho rede não deve ocorrer somente por meio de encaminhamentos de usuários de uma instituição para outra. Conforme a Portaria 336/GM os CAPS tem ou deveria ter a capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial.

Desse modo, o CAPS deveria possibilitar a realização de trabalho em conjunto, onde se possa elaborar o plano terapêutico juntamente com as instituições de tratamento que compõe a rede. Para contemplar o histórico de tratamento do usuário, deveria haver um momento de diálogo onde os profissionais de maneira multidisciplinar pudessem decidir dar continuidade ao tratamento que já vinha sendo realizado ou optar por outro tratamento mais adequado a cada situação. No hospital, o tratamento é basicamente de desintoxicação. Esta desintoxicação ocorre através de medicamentos, onde o sujeito fica grande parte do tempo sob o efeito de calmantes no início do tratamento. Constatou-se que em termos gerais, a grande maioria dos entrevistados manifestou satisfação com os serviços prestados pelas instituições ou viu melhoria.



8

Para mim esta sendo bom meu. Por que agora esta ajudando, eu quero me ajudar, eu mesmo? [...] E as gurias me ajudam então eu estou achando bom né? [...] E ai pra mim agora esta sendo bom eu “posa” aí né meu. Tem comida, eu lavo minha roupa, estendo minha cama. Ta excelente, quando eu vim aqui em 2009 não atendiam o cara direito, “as psicóloga” não falavam com o dependente químico. Agora melhorou por que falam com o cara, perguntam o que o cara ta sentindo? Se ta bem ou se ta mal? Antes não perguntavam (Sujeito,B).

Embora a família não seja o foco deste estudo, pode-se perceber a importância da mesma no tratamento dos sujeitos. Os sujeitos entrevistados, citam a família como o principal fator para que tenham dado início ao tratamento e sequência ao mesmo “para mim esta valendo agora por que, meus parentes estão me ajudando também, por que não me ajudavam antes” (Sujeito B). Esse fator suscita inclusive reflexão quanto à possibilidade da família ser visualizada enquanto rede. Na maioria das vezes, a família por ser responsável moralmente e legalmente pelo sujeito em tratamento, não é potencializada – com recursos e atividades – como significativa enquanto rede de suporte. E assim acaba se reforçando a ideia de que pensar em rede é exclusivamente pensar em instituições públicas e privadas apenas. Pensar no atendimento dos dependentes de crack sem um suporte intenso de uma rede bem estruturada torna-se complexo, pois, o Crack é uma droga contemporânea o que faz com que as instituições ainda não estejam preparadas para enfrentá-la de maneira eficaz. Conforme o Relatório de Gestão 2007/2010 do Ministério da Saúde divulgado em 2011.

Os CAPSad relatam que as drogas mais frequentemente usadas pelos seus usuários são o álcool, o crack e o tabaco. Cerca de 69% dos Coordenadores dos CAPSad consideram o problema do crack muito grave em seu território, com baixa capacidade de resposta da rede pública (BRASIL, 2011, pg.61).

A política deve levar em conta as especificidades de cada tipo de droga para que seja elaborado um plano terapêutico eficaz e com resultados efetivos. Quando perguntados sobre alguma sugestão para a melhora dos atendimentos, apenas dois entrevistados sugerem mudanças “sugiro para eles liberarem o cigarro para nós fumar só isso”



(Sujeito C). Esta questão sugere duas reflexões: conclui-se que nem todas as instituições do SUS adotam a redução de danos como estratégia de tratamento, o que denota que ainda existe uma prática tradicional no tratamento desses sujeitos. Indica ainda que o sujeito pode estar mais interessando em suprir suas necessidades físicas diante da dependência do que ter a possibilidade de expressar melhorias em termos de serviços e políticas de atendimento, o que não nos deve mobilizar a culpabilização do sujeito sem entendimento de seu contexto de realidade. Já a segunda sugestão é referente à ala hospitalar na qual o entrevistado expressa a realidade vivenciada por muitos sujeitos: “a internação da ala hospitalar que eu acho lenta, por que muitas vezes não tem vaga. Eu esperei duas semanas por uma vaga, mas, tem muitas pessoas que esperam meses e muitas neste tempo morrem que eu já vi” (Sujeito D).

Esta é a contradição das políticas que visam o número cada vez menor de leitos para o atendimento dos sujeitos nas alas de desintoxicação hospitalar, conforme a reforma psiquiátrica, porém ao mesmo tempo as atuais políticas não dão conta de atender toda a demanda que se apresenta causando assim inchaço nas instituições. Sabe-se que a Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde oferece, além dos CAPs, leitos para internação de dependentes de álcool e drogas. Porém, geralmente, os mesmos não articulam ações conjuntas que promovam ações de prevenção e qualificação do atendimento. Em muitos casos, a única forma de acesso ao tratamento é a partir de uma ordem judicial – internações compulsórias –, mas o judiciário não pode ser a porta de entrada para tratamento no SUS.

A medida de internação via justiça, ou internação compulsória, está sendo utilizada em larga escala como recurso para as consequências advindas do uso do crack. Entretanto ela vem sendo utilizada de forma equivocada [...]. O que se observa é que, quanto mais vulnerabilizada é a população o direito ao acesso aos serviços parte do princípio da necessidade de judicialização do mesmo, onde numa sociedade de classes o direito para ter efetividade se converte em ordenamento jurídico (LERSCH, 2014, p.9).



Neste sentido, a autora aponta ainda que “dos pacientes usuários de crack que cumpriram desintoxicação na Ala Recomeçar do Hospital Ivan Goulart: foram em 90% internações compulsórias e 10% voluntárias” (LERSCH, 2014, p.9). Nesta perspectiva, afirma ainda que cinco dos internos eram favoráveis à internação, mas, por não haver mais vagas no hospital geral a única maneira foi à família conseguir a internação por via judicial. Em muitos casos, a única saída é a internação em uma Comunidade Terapêutica ou em clínicas particulares onde sempre há vagas, mas nem sempre os familiares têm condições financeiras de arcar com os custos.

As políticas de saúde de forma geral não são pensadas para municípios de pequeno porte, mas, sim para as grandes metrópoles e capitais. A região das Missões e Fronteira Oeste do estado do rio Grande Do Sul são exemplos de uma política pobre e insuficiente. Os seis municípios que tem Redes de Atenção Psicossocial em funcionamento nessas duas regiões (missões e fronteira oeste) são referência para 30 municípios. Se dividirmos de maneira igualitária cada município referência atende mais seis municípios vizinhos com um número limitado de vagas o que ocasiona nas listas de espera para que o próximo sujeito venha receber o tratamento (PESSOA, ANDRADE, 2011). Portanto, a política é falha, novas estratégias de enfrentamento se fazem necessárias inclusive pesquisas para que se possa conhecer melhor a realidade e, a partir daí, novas formas de tratamento e estratégias sejam apresentadas.

Quando questionados se os entrevistados teriam algum conhecimento sobre a legislação ou algum direito sobre alguma forma de tratamento, todos foram unânimes em responder que desconheciam qualquer legislação ou regulamentos sobre seus direitos. Os usuários não compreendem os serviços como direito, mas sim como uma ajuda da prefeitura. “me falou, mas eu não lembro muito bem. Ela falou sobre os direitos que a gente tinha de se encostar, sobre medicamentos que tu poderia conseguir do governo só” (Sujeito A). Sempre que são informados sobre algum direito, gira em torno de medicação e no sentido de receber



auxílio doença⁵. Pode-se concluir que os usuários não são informados que a saúde é um direito universal, que eles não estão na instituição por que as pessoas que ali trabalham gostam de ajudar como apareceu em muitas falas no decorrer da pesquisa, “alei estou me internando então eu vou parar de trabalhar, que forma tu pode me ajudar? Ela me deu todos os meios para eu poder arrumar cesta básica (...) ela me ajudou tudo ligeiro, na primeira semana” (Sujeito A).

Os usuários também alegam que não ter conhecimento da existência do CAPSad e que quando essa informação chega até eles é por meio de outro usuário conforme a fala a seguir: “através de um amigo meu, [...] que esta aqui, encontrei ele na praça. [...] ele disse ‘báh’ tem um lugar, eu não sabia do CAPS a princípio, tem um lugar assim e assado eu só sabia do ‘CAPS Infantil’” (Sujeito A). A grande maioria dos entrevistados diz não ter conhecimento da existência do caps antes do seu primeiro contato com a instituição, por isso sugerem:

Teria que ter uma mega divulgação por que tem vários que nem sabem que existe o CAPS. [...] Onde eu morava ninguém sabia que existia o CAPS. Mas eu acho que deveria ter uma mega divulgação, porque se não, não vai adiantar nada, o governo vai gastar dinheiro à toa. [...] divulgar mais, fazer uma campanha (Sujeito A).

A não divulgação do CAPS e os serviços prestados pelo mesmo é algo citado pelos usuários como algo negativo. Pois o não conhecimento desses espaços se dá como um empecilho para aqueles sujeitos que querem ter acesso a alguma forma de tratamento. O órgão responsável pela divulgação bem como a manutenção dos serviços prestados por essa rede em âmbito municipal deve ser estabelecido pelo município através da secretaria de saúde. Outro fator importante na pesquisa foi o de conseguir entrevistar um usuário do sexo feminino, pois,

⁵ É um direito dos trabalhadores que, por doença ou acidente, forem considerados pela perícia médica da Previdência Social incapacitados para exercer suas atividades ou outro tipo de serviço que lhes garanta o sustento. Disponível em: <<http://agencia.previdencia.gov.br/e-aps/servico/381>>



12

o número de mulheres usuárias de Crack também vem crescendo atualmente. Há uma grande carência de tratamento para o público feminino, pois, não existe nem uma instituição de tratamento que atenda este público na região pesquisada. Como está expresso na fala da entrevistada quando questionada sobre de quem era a responsabilidade de divulgação dos serviços da rede, “eu acredito que da prefeitura, pelo menos para mim que sou feminina, não foi por eles, a masculina que é aqui em São Borja a prefeitura tem uma certa cota, já para as feminina a prefeitura não tem convênio nenhum” (Sujeito D).

Os leitos existentes para mulheres nos hospitais, por exemplo, são poucos nas regiões da Fronteira Oeste e Missões⁶, e quando tem em muitas instituições é um número de leitos inferior aos leitos masculinos. É preciso que as políticas pensem também nas mulheres usuárias de drogas e que estas assim como os homens também necessitam de um tratamento qualificado. Quando questionados quem teria a responsabilidade de atender as necessidades de tratamento dos dependentes químicos. As respostas foram variadas, mas, todas tinham em comum a família e os poderes municipal, estadual e federal, “acredito que toda a população né? Começa na família, e acaba nos poderes” (Sujeito D). O apoio da família é um dos principais fatores do sucesso do tratamento pois,

[...] é necessário o próprio sujeito, a família e as pessoas em seu torno busquem o tratamento, quando necessário, adequado para o usuário, bem como provoquem a reflexão á prática de uso que porventura vem sendo efetuada. Observa-se ainda, que para o tratamento com o usuário de drogas ser efetuado de maneira eficaz, é imprescindível que o mesmo reconheça a situação em que se encontra e opte pelo tratamento, unindo dessa maneira a sua vontade e o apoio familiar, aderindo aos procedimentos indicados de maneira mais satisfatória (BANDEIRA, 2014, p. 27).

É importante que a família entenda que a drogadição é uma doença e assim estar apoiando no tratamento sem julgamentos e/ou culpabilização do sujeito para que se

⁶ Dado revelado pela pesquisa Interfaces da Rede de atendimento aos dependentes de Crack na Região das Missões e Fronteira Oeste do Estado do Rio Grande do Sul.



ocorra um tratamento bem sucedido. Como pode-se perceber através dos fatos trazidos pelos usuários que há uma grande contradição, por trás das políticas que preconizam a rede de atendimento. Ao mesmo tempo em que oferece o serviço, não informa à população que esses serviços existem.

Considerações Finais

Observa-se que as políticas voltadas à dependência química ainda são insuficientes, pois, estas possuem falhas nos dispositivos de tratamento. As legislações ainda não dão conta da grande demanda que se apresentam devido à proporção do crack e outras drogas no país, ou não proporcional fiscalização que garanta recursos humanos e estrutura adequada. As políticas de saúde estão articuladas para dispor sobre a estrutura e regulamentação da rede de atendimento, uma rede que indica disponibilidade de serviços à comunidade de maneira universal, mas ainda pouco conhecida pela população. As redes têm sido propostas para que se possa melhor administrar as políticas e projetos em que os recursos são baixos ou escassos e os problemas complexos, porém desempenha um papel fundamental para que o Sistema Único de Saúde funcione. Contudo apresenta diversas fragilidades como desarticulação intersetorial e falta de planejamento.

A não divulgação do CAPS sobre os serviços prestados pelo mesmo foi citado pelos usuários como algo negativo. Neste sentido o assistente social pode e deve articular sua intervenção para uma maior visibilidade da instituição nos bairros da cidade. Outro ponto relevante da pesquisa é quanto aos leitos para mulheres nos hospitais que são poucos nas regiões da Fronteira Oeste e Missões, o que acaba dificultando ainda mais o tratamento para esses sujeitos que parecem ser esquecidos pela política sobre drogas no que diz respeito aos municípios interioranos. Destaca-se que o direito a informação deve ser garantido.



14

Na pesquisa realizada constata-se que os profissionais deparam-se com um desafio a ser superado no seu cotidiano de trabalho. Tanto na tentativa de dar visibilidade à suas profissões quanto na atuação e busca de estratégias de enfrentamento a dependência química para garantir um melhor tratamento aos usuários. Estes desafios precisam ser superados para que os usuários tenham um melhor aproveitamento dos serviços disponibilizados e possa repensar a visão que tem dos profissionais.

Referências:

AROUCA, Sergio. **Reforma Sanitária.** Disponível em <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>> Acesso em: Dez. 2011.

BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento Social:** intencionalidade e instrumentação. São Paulo: Veras editora, Lisboa, 2002.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** 4. ed. Lisboa, Portugal: Edições70, 2009.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental:** uma análise institucional da prática. 3. ed. São Paulo, Cortez, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS:** as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007/2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011.

BRAVO, M.I.S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. ET al. (org.) **Serviço Social e saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

CHON, Amélia. **A saúde no Brasil:** políticas e organizações de serviços. 3 ed. São Paulo: Cortez 1999.

ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. DOURADO, Daniel de Araújo. **Sistema de Saúde e SUS:** Saúde como política social e sua trajetória no Brasil. In: IBÁÑEZ, Nelson. ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. SEIXAS, Paulo Henrique D'Ângelo. (orgs) **Política e Gestão Pública em Saúde.** São Paulo: Hucitec Editora, Cealag, 2011.



15

FIOCRUZ. **Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do Brasil. 2013.** Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/ptbr/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-operfil-do-consumo-no-brasil>> Acesso em: 25/09/13.

FLEURY, S. **Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

GAGNETEN, Maria Mercedes. **Hacia una metodologia de sistematización de la práctica.** Bueno Aires: Humanitas, 1987.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LERSCHE, Cíntia Saldanha. **A violência estrutural e a dependência estrutural e a dependência do crack.** Texto dig., 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PESSÔA, Elisângela Maia. ANDRADE, Tiago da Silva. **Relatório de pesquisa.** Interfaces de Atendimento aos Dependentes de Crack na Região das Missões e Fronteira Oeste do Estado do Rio Grande do Sul, 2013.

PESSOA, Elisângela Maia. **Políticas Sociais alternativas à Institucionalização de Idosos em Municípios da Região das Missões no Rio grande do Sul.** Dissertação de Mestrado (qualificação). FSS/PUCRS. Porto Alegre: 2007.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **NEOLIBERALISMO E SAÚDE,** Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html> acesso em: 07/02/2014.