



Universidade de Brasília - UnB

Instituto de Ciências Humanas - IH

Departamento de Serviço Social - SER

**Formas de reprodução material dos pacientes do Serviço de Estudos e
Atenção a usuários de álcool e outras Drogas – SEAD e seus impactos
no tratamento.**

Discente: Renata da Silva Café

Brasília

Agosto, 2017

Renata da Silva Café

Formas de reprodução material dos pacientes do Serviço de Estudos e Atenção a usuários de álcool e outras Drogas – SEAD e seus impactos no tratamento.

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social pelo Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB.

Orientadora: Profa. Dra. Lucélia Luiz Pereira

Brasília

Agosto, 2017

Renata da Silva Café

Formas de reprodução material dos pacientes do Serviço de Estudos e Atenção a usuários de álcool e outras Drogas – SEAD e seus impactos no tratamento.

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social pelo Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB.

Orientadora: Prof^a. Dra. Lucélia Luiz Pereira

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Lucélia Luiz Pereira (Orientadora)

SER/UnB

Prof^a. Ma. Priscilla Maia de Andrade

SER/UnB

Assistente Social. Ma. Cláudia Regina Merçon de Vargas

SEAD/HUB/UnB

Brasília, ____ de _____ de 2017.

RESUMO

As substâncias psicoativas (SPAs) sempre estiveram presente na história da humanidade, tendo em vista que seu consumo tem características e particularidades de acordo com cada momento histórico. São diversos os motivos que podem levar alguém a tornar-se um dependente de SPAs, o que está associado tanto a fatores psicológicos e sociais como biológicos. A dependência ao uso de drogas pode trazer consequências à saúde, levando a danos físicos e psíquicos, o que muitas vezes dificulta ou impossibilita a inserção no mercado de trabalho, fazendo-se necessário viver sobre cuidados e dependência financeira de familiares, recorrer à ajuda de amigos ou buscar recursos do Estado por meio de benefícios, dentre eles, da assistência social. O SEAD (Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas) é um serviço especializado no tratamento de pessoas que fazem uso abusivo ou são dependentes de álcool e outras drogas, localizado no Hospital Universitário de Brasília (HUB). Esta pesquisa de caráter qualitativo teve como objetivo analisar como as diferentes formas de manutenção da reprodução material interferem no envolvimento/processo de tratamento dos pacientes do SEAD. Para tal, foi aplicado um questionário estruturado com questões abertas e fechadas para 12 pessoas, com o intuito de coletar informações para subsidiar a análise. Um dos principais resultados revelados foi que mais da metade dos pacientes (oito) possuem renda própria, garantindo sua reprodução material por meio do trabalho assalariado formal (quatro), trabalho autônomo (um) e pela aposentaria (três), o restante (quatro) se mantém a partir da ajuda dos familiares, três estão desempregados e uma é dona de casa. Nenhum deles recebe qualquer tipo de apoio material vindo do Estado, sendo a família a principal fonte de proteção social desses pacientes, principalmente quando estes se encontram sem fonte de renda.

Palavras-chave: reprodução material, tratamento, substâncias psicoativas, SEAD.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	6
Metodologia -----	8
2. CAPÍTULO I. O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: CONTEXTOS E CONFLITOS. -----	11
2.1. O uso de substâncias psicoativas e o contexto social -----	11
2.2. Proibicionismo ligado às substâncias psicoativas -----	17
2.3. Estigma e estereótipos relacionados ao uso de substâncias psicoativas -----	21
2.4. Principais legislações sobre drogas no Brasil. -----	24
2.5. Atenção à saúde voltada para os usuários de drogas -----	27
3. CAPÍTULO II. REALIDADE SÓCIO-OCUPACIONAL E DE SUBSISTÊNCIA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA - FORMAS DE REPRODUÇÃO MATERIAL. -----	31
3.1. Mercado de trabalho livre e assalariado no Brasil -----	31
3.2. O trabalho no Brasil a partir do século XX -----	34
3.3. Mercado de trabalho e a reestruturação produtiva -----	38
3.4. A proteção social e o trabalho -----	43
3.5. A população brasileira e a inserção atual no mercado de trabalho -----	44
4. CAPÍTULO III. OS PACIENTES DO SEAD E SUAS FORMAS DE REPRODUÇÃO MATERIAL -----	54
4.1. O Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas – SEAD -----	54
4.2. Perfil dos pacientes do SEAD a partir da amostra de pesquisa -----	57
4.3 Reflexões sobre os resultados da pesquisa -----	63
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	70
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	73
7. ANEXOS -----	79
7.1. Questionário de Pesquisa -----	79
7.2. Termo de Consentimento Livre e esclarecido -----	83

1. INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas (SPAs)¹ faz parte do cotidiano da nossa sociedade. São utilizadas pelas pessoas com diversas finalidades, como atenuar algum tipo de sofrimento psíquico e físico, fugir da realidade, satisfazer prazeres pessoais, sentir-se integrado a um grupo social, dentre outras. O que se pode afirmar é que o uso de SPAs sempre esteve presente na história da humanidade, tendo em vista que esse consumo tem características e particularidades de acordo com cada momento histórico.

O consumo de drogas pode trazer danos físicos, psíquicos e sociais. São diversos os motivos que podem levar alguém a tornar-se um dependente de substâncias psicoativas, e está associado tanto à fatores psicológicos e sociais como biológicos. É preciso contextualizar o uso de determinada substância para entender suas características, seus efeitos e as diversas razões de seu uso pelo sujeito, percebendo-o em sua totalidade. Esta forma de compreensão da questão do uso de substâncias psicoativas requer a necessidade de abandonar ideias moralizantes que culpabilizam o usuário como único responsável pela sua condição de dependente.

Diversos contextos sociais favorecem o uso de drogas, principalmente aqueles onde há pobreza, vulnerabilidade e exclusão social. O não acesso a direitos sociais, como educação, saúde, assistência social, cultura, etc. associado ao não acesso ao trabalho, contribuem para a ampliação das desigualdades. Muitos jovens devido ao seu contexto social de falta de oportunidades de estudo e trabalho acabam utilizando as SPAs nos mais diferentes níveis de padrão de consumo (uso ocasional, abuso e dependência) e outros se envolvem com o tráfico como uma fonte rápida de renda para suprir suas necessidades.

Quando uma pessoa está dependente de uma substância psicoativa passa por várias dificuldades, que podem ser diferentes de acordo com o contexto social ao qual está inserida e de seus aspectos psicológicos e biológicos específicos. Ocorre um processo de adoecimento, necessitando quase sempre da ajuda dos familiares, da comunidade (em certos casos) e de profissionais, principalmente da área de saúde, para auxiliar na superação da situação. O adoecimento pode trazer consequências sérias, levando a danos físicos e psíquicos, o que dificulta ou impossibilita o desempenho do

¹ Drogas psicotrópicas, substância psicotrópica, são aquelas que atuam sobre o nosso cérebro, alterando de alguma maneira nosso psiquismo (humor, comportamento, percepção, etc.) (BRASIL, 2015).

trabalho, fazendo-se necessário viver sobre cuidados e dependência financeira de familiares. Muitas vezes os familiares não têm condições ou não querem sustentar e amparar essa pessoa, o que a faz buscar ajuda de amigos ou entidades filantrópicas, e recorrer a recursos do Estado por meio de benefícios, dentre eles os da Política de assistência social.

Na sociedade brasileira o não acesso ao trabalho, principalmente o trabalho assalariado, se funda não só pela estrutura capitalista, que necessita do exército industrial de reserva² para se manter, mas também por diversos fatores históricos de sua construção. Surge de uma estrutura escravocrata, de forte exclusão da população negra, essa que é a mais vulnerável e com dificuldades no acesso a proteção social.

Algumas pessoas devido à realidade social em que vivem não têm inserção ao mercado formal de trabalho, e antes mesmo do processo de adoecimento já se encontravam desempregadas e com diversas dificuldades na manutenção de sua reprodução social. Nem sempre a pessoa está incapaz para o trabalho, isso depende do grau de adoecimento em que se encontra, ou seja, do nível de comprometimento da sua saúde física e psíquica. Aquelas que possuem trabalho assalariado formal ou ainda permanecem na qualidade de segurado do INSS podem ter acesso a benefícios previdenciários que as outras não têm, como por exemplo, recorrer ao auxílio doença do INSS, o que as possibilita mesmo se afastadas do trabalho ter uma fonte de renda fixa.

O Estado, mesmo que muitas vezes de maneira insuficiente, oferece serviços públicos de tratamento para os usuários de substâncias psicoativas. O SEAD (Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas) é um serviço especializado no tratamento de pessoas que fazem uso abusivo ou são dependentes de álcool e outras drogas, localizado no Hospital Universitário de Brasília (HUB). O serviço atende pessoas adultas, que chegam por demanda espontânea ou encaminhamentos. É formado por uma equipe interdisciplinar, composta por profissionais de várias áreas da saúde. Os pacientes são submetidos a um tratamento especializado para conter ou atenuar o uso abusivo ou dependência do álcool ou de qualquer outra droga. Para cada um deles é

² “... uma população trabalhadora excedente é um produto necessário da acumulação ou do desenvolvimento da riqueza com base capitalista, essa super população se converte, em contrapartida, em alavanca da acumulação capitalista. Ela constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta como se ele o tivesse criado por sua própria conta. Ele fornece a suas necessidades variáveis de valorização o material humano sempre pronto para ser explorado, independentemente dos limites do verdadeiro aumento populacional.” (MARX, Karl. A lei geral da acumulação capitalista. Capítulo XXIII in O capital livro I. 2014, p.707)

elaborado um plano terapêutico singular (PTS) de tratamento, levando em consideração as especificidades de cada uma.

O usuário que busca o serviço do SEAD pode apresentar dificuldades para aderir ao tratamento por não possuir condições financeiras que o possibilitem a isso. Dessa forma a pesquisa buscará responder à pergunta: quais as formas de reprodução material dos pacientes do SEAD e como estas impactam no seu tratamento? O intuito é saber como os pacientes estão fazendo para se manter economicamente e suprir suas necessidades materiais, ou seja, suprir necessidades como alimentação, vestuário, calçados, etc. e serviços, como água, luz, telefone, internet, entre outros. Coloca-se o termo “reprodução material” em detrimento de emprego, trabalho e renda. Dessa forma, a pesquisa tem como objetivo analisar como as diferentes formas de manutenção da reprodução material (trabalho formal, informal, apoio assistencial estatal ou filantrópico, benefícios previdenciários ou assistenciais, aposentadoria, apoio familiar, apoio comunitário ou rede de apoio extenso – conhecidos, amigos, etc.) interferem no envolvimento/processo do tratamento dos pacientes do SEAD.

Metodologia

A pesquisa realizada é qualitativa. De acordo com Creswell (2007) a pesquisa qualitativa tem caráter exploratório e busca levantar dados para interpretar/formar conhecimento sobre características e comportamentos de um grupo alvo específico, que nesse caso foram os pacientes em tratamento no Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas (SEAD), localizado no Hospital Universitário de Brasília (HUB). A pesquisa buscou responder à pergunta: quais as formas de manutenção da reprodução material dos pacientes do SEAD e como estas impactam no seu tratamento? Segundo Minayo (2001) a pesquisa qualitativa:

se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (Minayo, 2001, p. 21).

A realização da pesquisa foi possível porque havia realizado estágio obrigatório supervisionado do curso de Serviço Social da Universidade de Brasília neste serviço. O

estágio foi realizado entre 2015 e 2016. No momento em que a pesquisa foi realizada já não possuía vínculo formal com a instituição, portanto, me utilizei de dados fornecidos pela instituição e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas CEP/IH. A pesquisa demorou bastante tempo para ser aprovada pelo Comitê de Ética, em torno de 05 meses, isso atrapalhou um pouco o andamento do projeto, houve apenas um mês para aplicar os questionários e finalizar a pesquisa com seus resultados para que pudesse ser entregue a banca de avaliação. O pouco tempo contribuiu para que o trabalho não fosse realizado com a qualidade desejada pela pesquisadora.

Para responder a questão da pesquisa foi realizado levantamento bibliográfico de estudos sobre o tema como: álcool e outras drogas no contexto social, o trabalho e as múltiplas formas de reprodução social da população brasileira, os benefícios assistenciais da política de assistência social e o acesso a direitos e proteção social. Realizou-se uma busca na produção acadêmica dos artigos publicados em português na base da Scielo (Scientific Electronic Library on Line) e em outros periódicos, também em livros e outros tipos de publicações de autores de referência na área da pesquisa.

Além disso, foi aplicado questionário estruturado a doze (12) pacientes que fazem parte do Ateliê de Convivência, do grupo de mulheres e do grupo de homens. O questionário foi aplicado aos pacientes que participam dessas atividades, por serem atividades continuadas, o que contribuiu para que tivessem maiores condições de falar sobre suas experiências no SEAD. Foram realizadas visitas à instituição nos dias que acontecem os grupos, a cada visita foi feito o convite aos pacientes para que participassem da pesquisa.

As atividades de intervenção nesses grupos possuem os seguintes critérios: Ateliê de Convivência: dedicado a usuários com capacidades cognitivas afetadas pelo uso de substâncias psicoativas. No grupo ocorrem atividades que permitem a expressão de vivências do cotidiano, sentimentos e o fortalecimento da autoestima e autonomia. Ocorre a realização de trabalhos manuais, ações educativas e de socialização. Tem frequência semanal. Com relação ao grupo de mulheres: dedicado a mulheres usuárias de álcool, como forma de manutenção do tratamento. É um espaço onde elas compartilham suas experiências e histórias de vida, tanto relacionadas à dependência do álcool como de vivências cotidianas. Também ocorrem discussões reflexivas de temas

escolhidos por elas. As coordenadoras do grupo expõem o tema de forma educativa e informativa, buscando socializar informações que possam fortalecer a autonomia, cidadania e princípios de liberdade dessas mulheres, tem frequência mensal. Grupo de homens: participam pacientes que estão em períodos prolongados de abstinência do álcool, mantêm as funções cognitivas preservadas e não apresentam transtornos psicóticos, tem frequência quinzenal.

Pelo fato de haver no Ateliê de Convivência alguns pacientes com capacidades cognitivas afetadas, o que às vezes dificulta no entendimento das perguntas, ou eles não conseguem responder com muita clareza, ou ainda, não tem domínio de certas situações que acontecem em suas vidas e em seu contexto familiar. Isso pode ter gerado certos desvios na pesquisa.

Para ser desenvolvida, a pesquisa necessitou ser autorizada pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do HUB e passar pela aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa, que nesse caso foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas CEP/IH da UnB. Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), para ser lido e assinado pelo paciente antes de responder o questionário, para que ficasse ciente de que não obteria nenhum ganho material e não teria nenhum prejuízo em relação às suas atividades e tratamento no SEAD. O paciente que respondeu ao questionário atestou participar por livre e espontânea vontade e estar ciente de que suas informações pessoais serão guardadas em sigilo. Foram fornecidas informações sobre a pesquisa e seus objetivos.

Como procedimento ético, a pesquisadora se comprometeu a devolver os resultados do estudo aos participantes por meio da disponibilização dos dados nas instituições pesquisadas, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica. Além disso, poderá disponibilizar os resultados a partir de apresentação dos dados em reunião no SEAD, com convite para participação dos pacientes e profissionais.

2. CAPITULO I. O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: CONTEXTOS E CONFLITOS.

Esse capítulo traz uma breve contextualização sobre o uso de substâncias psicoativas (SPAs)³ ao longo de um contexto histórico cultural, apresentando pontos que colocam as drogas como algo que faz parte dos processos de socialização presentes no cotidiano das sociedades. Seu uso não deve ser atribuído única e exclusivamente a características individuais, de modo a individualizar o problema. Muitas vezes apenas interpreta-se o uso de drogas de modo moralizante e culpabilizador. Deve-se evitar esse tipo de conduta, olhar para o usuário de modo a considerar os aspectos biopsicossociais de sua vida e ter um olhar sobre a totalidade da situação.

O capítulo também apresenta uma breve discussão sobre problemáticas causadas pela proibição do uso de algumas SPAs. O contexto proibicionista e moralista acaba gerando uma guerra às drogas, tendo em mente que essa proibição é feita sobre um mercado ilegal, que gera um lucro altíssimo para os grandes traficantes (empresários de grande poder), que leva a morte de milhares de pessoas inocentes e uma violência exacerbada. Além disso, essa cultura de proibição acaba por demonizando não só as drogas, mas também o usuário, que sofre com muitos preconceitos e discriminações.

2.1. O uso de substâncias psicoativas e o contexto social

O uso de substâncias psicoativas é um fenômeno que acompanha toda a história da humanidade, embora para muitos pareça um mal dos últimos séculos. De acordo com Silveira e Moreira (2006), as pessoas buscam nas drogas um meio de satisfazer prazeres físicos e psíquicos, integrar-se a determinado grupo, como um atenuante de seu sofrimento, dentre outros. O que acontece é que, de acordo com Fiori (2012), embora o fenômeno sempre tenha ocorrido, o uso das drogas como uma problemática social é considerado historicamente recente, a partir do consumo de algumas substâncias psicoativas que ganharam ampla atenção. O avanço da ciência e de conceitos médicos subsidiou o Estado a formular políticas proibicionistas, com meta de eliminar a produção e consumo de algumas drogas, as levando a ilegalidade (MARTINS, 2010).

³ Drogas psicotrópicas, substância psicotrópica, são aquelas que atuam sobre o nosso cérebro, alterando de alguma maneira nosso psiquismo (humor, comportamento, percepção, etc.) (BRASIL, 2015).

Três elementos são fundamentais quando se pretende discutir as circunstâncias e o contexto que levam ao uso de drogas: 1. As propriedades farmacológicas da substância; 2. As condições físicas e psicológicas da pessoa que usa, inclusive suas expectativas e 3. O contexto de uso (o ambiente, as companhias) (BRASIL,2014). Mesmo abordando esses três pontos é importante ressaltar que cada usuário é subjetivo e possui suas especificidades, dentro de um mesmo contexto ou tendo consumido uma mesma quantidade de determinada substância as pessoas não necessariamente reagirão da mesma maneira.

São diversos os motivos que levam alguém a tornar-se dependente de SPAs, eles podem ser tanto biológicos, psicológicos quanto relacionados ao contexto social, e esses em interação. Só a partir do final do século XX foi adotada uma visão mais ampla na maneira de intervir junto aos pacientes usuários ou dependentes de drogas, se utilizando de aspectos biopsicossociais na implementação do tratamento. Isso aconteceu em decorrência do reconhecimento de que não se pode dissociar o uso de drogas de um contexto mais amplo de organização da vida social, e que é preciso encarar o paciente em sua totalidade (PRATTA, et al, 2009). É preciso fugir da ideia pragmática de que a droga em si é quem faz a pessoa ser o que é.

Alguns fatores biológicos podem contribuir para a dependência de drogas, como hereditariedade genética, a maneira como o corpo metaboliza a substância, potencial de apresentar tolerância ou não, dentre outros. Fatores psíquicos como dificuldade em lidar com frustrações, problemas, traumas, ansiedades, quadros de depressão, etc. também podem contribuir, sendo a depressão uma das principais causas associadas à dependência química. Fatores sociais podem ocorrer em um contexto mais amplo, exterior a família, como morar em locais que tenham maior acesso a droga, no caso do álcool, por exemplo, praticamente todos os lugares, além de ser lícito é mais tolerado, incentivado, tem início precoce, baixo custo, está presente em contextos de pobreza, falta de acesso a políticas sociais, etc. O hábito alcoólico ou de uso de qualquer outra droga pode ser adquirido também dentro da própria família. Não existe apenas um determinante, é preciso estar atento para a relação que se estabelece entre o sujeito e o produto em determinado contexto social (SILVEIRA E MOREIRA, 2006). “O fenômeno do consumo sistemático de substâncias psicoativas vai muito além do contato físico entre indivíduos e determinadas moléculas” (LABETE, et al, P.27,2008).

A própria sociedade remonta o fenômeno das drogas de acordo com seu tempo, o consumo de algumas substâncias que são total ou parcialmente ilícitas como “a morfina, a heroína, a cocaína, o éter, o clorofórmio, o ácido lisérgico, os barbitúricos e as anfetaminas – foi produzida, isolada e/ou sintetizada, em laboratórios químicos tendo em vista demandas biomédicas” (VARGAS, P.56.2008), ou seja, a droga em si nesses casos nem existiria se não fosse à ação humana.

De acordo com Berger e Luckmann (1985) o homem constrói a si mesmo a partir de influências socialmente determinadas, “o ser humano em desenvolvimento não somente se relaciona com um ambiente natural particular, mas também com uma ordem social e cultural específica” (BERGUER, LUCKMANN, 1985, P.71). Relacionar-se com o ambiente é essencial para a construção do ser social, a partir disso o sujeito vai absorvendo as interferências socialmente determinadas. O consumo de drogas pode fazer parte da construção social das pessoas, desde aquela pessoa descolada, até aquela que foge da realidade de seus problemas.

O álcool na sociedade brasileira é considerado um fator de socialização e está presente nos aspectos culturais como um marcador das relações sociais. Ai a diferença que se tem do álcool e do tabaco, por exemplo, para drogas ilícitas. Existe um excesso de tolerância quando se refere a estas e uma grande intolerância ligada às drogas ilegais (SILVEIRA, 1996). O fato é que essa tolerância ou intolerância do uso de determinada substância é histórica e socialmente construída, se desenvolve de acordo com um determinado padrão social.

Por ser uma droga lícita e de fácil acesso, o álcool é uma das mais utilizadas. Em torno do ato de ingerir bebidas alcoólicas se estabelece uma relação de coletividade. Essa bebida está presente em diversas celebrações e se apresenta como um marcador que une as pessoas nesses espaços. O álcool pode estabelecer vínculos sociais entre grupos, como por exemplo, aqueles que se reúnem em bares para fazer o consumo da substância. O beber solitário, em alguns casos, pode evidenciar um comportamento diferenciado, já que o habitual seria beber como forma de socializar entre pessoas. Existe um ideário construído em torno daquele considerado o “bom bebedor”, que sabe se utilizar do álcool de maneira polida e sem exageros. O ato de beber nem sempre está relacionado ao comportamento individual, mas sim ao resultado do aprendizado das atitudes culturalmente atribuídas aos seus diversos usos. Existe uma aprendizagem do

processo do beber, inclusive no que diz respeito à superação dos efeitos desagradáveis. (NEVES, 2004).

O consumo de substâncias psicoativas é frequente, sobretudo entre jovens, que estão na maioria das vezes dispostos a assumir riscos, procuram sempre por novidades e situações de adrenalina e excitação. Para eles a bebida alcoólica acaba sendo um chamariz para sentir-se descolado, se destacar perante os colegas e também fazer parte do grupo. Alguns jovens fazem uso ocasional sem danos relevantes à saúde e a vida social, outros usam de modo problemático, o que pode gerar riscos de vir a se tornar possíveis dependentes. O que se pode afirmar é que as drogas sempre estiveram presentes em diversos contextos sociais, são utilizadas em rituais religiosos, como medicamentos, de modo recreativo, etc. A maneira como determinada sociedade encara o seu uso é que direciona a questão e a problemática. Cada cultura de acordo com seus valores morais, culturais e históricos estabelece uma relação particular com as drogas.

De acordo com Neves (2004), as propriedades simbólicas de consumo produzem usos ritualísticos próprios. Pratta (2009) ressalta a importância de encarar o uso das drogas como parte de processos de transformações sociais que acompanham e seguem os processos de mudanças. Sendo preciso não associar o uso delas somente a aspectos biológicos, como acontecia em séculos passados, em que o indivíduo era tratado como um ser desviante que deveria ser retirado do convívio social e readaptado. A partir do século XX buscou-se uma abordagem mais ampla, não encarando a situação apenas como caráter moral ou individual, trazendo à tona o tema das SPAs e a importância de discutir ações de promoção e prevenção sobre o tema.

Desde as sociedades primitivas as drogas em forma de plantas já eram ingeridas como alimentos, essas pessoas viviam da coleta e da caça. Muitas plantas eram consumidas como forma estimulante para suportar a fome e a fadiga. Algumas tinham também as características de curandeiras. O que se encontra em comum entre esses povos antigos é a utilização de drogas em cultos religiosos para aproximação com os deuses e viajar pelo sobrenatural (SILVEIRA E MOREIRA, 2006). Os egípcios há séculos atrás já conheciam o processo de fermentação. A cerveja e vinho eram os mais consumidos, junto ao ópio extraído dos frutos de papoula. O hábito de fumar maconha e

datura⁴ permeou os primeiros tempos das meditações budistas e segundo a mitologia hindu, quando Buda meditava, gotas de orvalho caíam do céu na forma de datura (ARAÚJO E MOREIRA, 2006). Nas sociedades pré-colombianas as SPAs eram utilizadas em rituais de purificação para aproximação com os deuses. Na Idade Média, o consumo ligado a rituais pagãos era terminantemente proibido, associado às práticas demoníacas e passíveis de penas capitais, aqueles que insistissem em manipular tais ervas eram frequentemente acusados de bruxaria (SILVEIRA E MOREIRA, 2006).

A bebida alcoólica faz parte da cultura brasileira desde sua raiz, os índios antes da chegada dos portugueses utilizavam uma bebida chamada “caium”, fermentada a partir da mandioca era consumida em festas e rituais e fazia parte de uma agenda cultural específica. Os índios também utilizavam o tabaco, que ainda não era conhecido pelos portugueses (BRASIL, 2014).

“No Brasil, no final do primeiro quarto do século XX, segundo descrição de Pernambuco-Filho & Botelho, distinguiam-se duas classes de “vícios”: os “vícios elegantes”, que eram o da morfina, da heroína e da cocaína, consumidos pelas elites (brancas, em sua maioria) e os “vícios deselegantes”, destacando-se o alcoolismo e o maconhismo, próprios das camadas pobres, em geral, formadas por negros e seus descendentes. Segundo esses mesmos autores, não tardou para que o produto (a maconha) trazido da África viesse a “escravizar a raça opressora”. Essas afirmações mostram, além da origem da maconha no país, que, já naquela época, ocorria a difusão do seu consumo por todas as classes sociais” (BRASIL, P.18,2014)

No século XIX a partir da química, um grande volume de drogas foi introduzido nas práticas terapêuticas. Novos produtos tiveram grande impacto não só no campo terapêutico, mas para além dele. A introdução de novas substâncias mudaria significativamente a capacidade de intervenção terapêutica médica. A elaboração de drogas medicamentosas aumentou de maneira significativa ao longo de quase todo o século XX e em 1940 um grande número de fármacos foi introduzido na terapêutica médica (VARGAS, 2008).

De acordo com Vargas (2008), a introdução de fármacos eficientes no mundo médico foi de fundamental importância para a materialização do processo de medicalização dos corpos e da vida. Apesar de todos os avanços, efeitos danosos e inesperados também fizeram parte dessas descobertas, como o caso do uso terapêutico

⁴Datura: gênero de plantas solanáceas, das quais a Datura stramonium, tem propriedades narcóticas e antiespasmódicas. As folhas da Datura stramonium, foram especialmente utilizadas para fazer cigarros fumados para tratamento das crises de asma. Definição encontrada em: Infopédia dicionários porto editora, disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/datura>.

do ópio, já conhecido há milênios que ganha força com a introdução da morfina no século XIX, cujo uso incrementado pela utilização de seringas alcançou uma dimensão epidêmica, principalmente pelos soldados do pós Guerra Civil americana.

Mesmo sabendo que as drogas sempre estiveram presentes na história da humanidade, como já foi dito, o consumo nos últimos séculos se apresenta também como uma problemática social, principalmente no que diz respeito ao tráfico, a violência e a problemática das políticas de saúde. Não acessar direitos e proteção social favorece a um contexto de desigualdades sociais, isso acaba propiciando o consumo de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. É preciso que existam cuidados para prevenir que o adoecimento causado pelo uso de drogas venha a acontecer, ou que se agrave. Se houvesse uma rede de recursos e serviços bem articulada, que propiciasse maior apoio aos usuários e seus familiares muitas situações poderiam ser evitadas. Garantir que as pessoas tenham acesso a cuidados prévios (acessando serviços, benéficos, etc.) é de responsabilidade do Estado. Por isso, é importante o cuidado não só no adoecimento, mas para preveni-lo.

Por falta de meios de lazer, o consumo de bebida alcoólica, por exemplo, acaba fazendo parte da diversão de algumas pessoas. Muitos jovens devido ao seu contexto social de falta de oportunidades, de estudo e trabalho acabam utilizando as SPAs nos mais diferentes níveis de padrão de consumo (uso ocasional, abuso e dependência) e outros se envolvem com o tráfico como uma fonte rápida de renda para suprir suas necessidades, inclusive no uso da própria droga.

Como já foi colocado, é sempre importante estar atento ao significado que é atribuído a droga em determinado contexto social. É preciso observar à maneira como a pessoa utiliza determinada substância, com que percebe e encara o lugar dessa droga em seus projetos de vida. É fundamental relacionar o sujeito a sua realidade social, quais são suas condições de classe social, relações familiares, vivências religiosas, relações de trabalho, como essa pessoa se coloca na comunidade a qual pertence e como ela é vista. Tendo em vista que a depender desses diversos contextos o consumo pode ter diversos significados e causas. Tudo isso é imprescindível quando se pretende analisar o padrão de consumo de um usuário, para entender o sentido que a substância psicoativa tem em sua vida, sem que isso seja colocado apenas como algo biológico ou moralizante.

Também é preciso levar em conta o sujeito e suas características pessoais, em um mesmo contexto, a depender de suas particularidades, cada pessoa vai reagir de uma forma, não só com relação ao uso de drogas, mas em todos os aspectos da dinâmica social. Por isso, por exemplo, dentro de uma mesma família irmãos podem ter comportamentos diferentes com relação a um mesmo assunto. As pessoas passam por processos de construção de identidade e de interações sociais diferentes, podem até partilhar das mesmas relações familiares, mas isso não quer dizer que vão ter a mesma opinião ou reagir da mesma forma sempre. O contexto externo a família também influencia na construção do pensamento, as pessoas tem diferentes opiniões e modos de encarar o mundo.

É importante enfatizar o lugar do social, entender que o uso de drogas não se faz sozinho, a droga não é má por si só, como muitos colocam nos dias atuais, a forma como se caracteriza seu consumo é moldado pelo próprio contexto social. É claro, não se pode deixar de citar que existem fatores biológicos que podem influenciam no uso problemático ou na dependência de SPAs, como a hereditariedade genética, a maneira como o corpo metaboliza a substância, potencial de apresentar tolerância, predisposição para dependência, etc. Mas, por exemplo, uma pessoa com pré-disposição genética a dependência se estiver fora de um contexto propício ao uso de drogas, tiver uma atenção à saúde e cuidados prévios, pode ser que o risco de tornar-se um dependente seja diminuído.

2.2. Proibicionismo ligado às substâncias psicoativas

A partir do século XIX as drogas começam a ser utilizadas de modo recreativo e também se espalham no mundo científico. Foram se tornando muito consumidas e disseminou-se uma cultura de novos padrões de consumo, com complicações e danos físicos, psicológicos e sociais, ocasionando a necessidade de mecanismos de controle por parte do Estado. O final do século XIX e início do século XX foram marcados pelo primeiro ciclo de intolerância ao uso de substâncias psicoativas. Na Califórnia (EUA) em 1870 iniciou-se a perseguição ao ópio em forma de fumo, houve em 1914 campanha contra a cocaína, o que depois resultaria na primeira lei que proibiria a venda, distribuição e consumo de bebidas alcoólicas em todo território americano, a chamada Lei Seca, que foi de 1919 até 1933. Em 1918 a Islândia foi o primeiro país ocidental a ter uma lei que proibia o consumo de álcool. A Inglaterra durante a Primeira Guerra

Mundial, devido ao consumo fora de controle de opióides e cocaína adotou medidas de restrição, pois o acesso às drogas era muito facilitado. No século XX as drogas mais populares como o álcool tinham venda livre, essa facilidade no acesso e a falta de controle social teriam propiciado um aumento descontrolado no consumo (ARAÚJO e MOREIRA, 2006).

Menos de um século atrás poucas drogas eram submetidas a controle e muito menos criminalizadas, o que veio a mudar ao longo do século XX. Nesse século quase todos os países adotaram medidas de repressão ao uso de certas drogas, o que em grande parte envolvia a criminalização da produção, do tráfico e do uso que não fosse tido como terapêutico. Como afirma Vargas (2008) os saberes médico-farmacológicos foram designados para fundamentar cientificamente essas políticas de repressão. Sendo assim, as substâncias de interesse farmacêutico e de importância para as atividades biomédicas seriam colocadas como permitidas e ficariam sobre controle de um determinado grupo.

Em 1909 ocorreu a Conferência de Xangai, o primeiro grande encontro internacional para discutir limitações ao comércio do ópio e seus derivados. Nesse encontro foram feitas recomendações genéricas sobre a necessidade de reduzir o comércio de opiáceos. Todas essas negociações em grande medida eram articuladas pelos Estados Unidos. Não somente opiniões políticas vindas do Estado eram difundidas, mas de lá também vinham posturas moralizantes de determinados grupos sociais, o que se intensificava por toda a sociedade, propaga-se a ideia de acabar com a imoralidade e os vícios que destruíam os cidadãos de bem.

Sendo assim, no século XX enquanto algumas substâncias foram literalmente levadas à ilegalidade outras se configuraram como símbolo de avanços científicos. A partir desse período a droga torna-se do ponto de vista do Estado e de uma maneira mais geral, uma questão política, jurídica, sanitária e moral. Além da criminalização e da medicalização tem-se instaurada a questão moral em torno dela (FIORI, 2007). O proibicionismo marca decisivamente o fenômeno das drogas, definindo aquelas que seriam ilegais e as que seriam legais. Esse proibicionismo não se explica por uma única motivação histórica, de acordo com Fiori (2012):

“Sua realização se deu numa conjunção de fatores, que incluem a radicalização política do puritanismo norte-americano, o interesse da nascente indústria médico-farmacêutica pela monopolização da produção de drogas, os novos conflitos geopolíticos do século XX e o clamor das elites assustadas com a desordem urbana. Além disso, sem desconhecer a

importância histórica do pioneirismo e do empenho dos EUA para torná-la universal, é preciso notar que somente convergências locais na mesma direção puderam fazer da proibição uma realidade global.” (FIORI, 2012, P.09).

A proibição é colocada com o intuito de extinguir a droga e todos os hábitos a ela relacionados, mas não existe uma fórmula mágica, a exemplo da Lei Seca, que aconteceu nos Estados Unidos, além de não conseguir acabar com o consumo e os hábitos alcoólicos, a lei acabou por criar um mercado ilegal, que traria a tona novos crimes, e nem por isso o álcool deixou de ser consumo, tanto é que tempos mais tarde a lei foi revogada.

Como citado anteriormente, todo esse controle e regulamentação em relação ao uso de drogas teve fundamental participação da autoridade médica, substâncias classificadas como sem uso médico eram levadas a ilegalidade (RODRIGUES, 2008). Os movimentos puritanos e moralistas do século XX também tiveram sua importância na difusão da cultura do proibicionismo, pessoas que faziam uso de certas substâncias psicoativas eram tidas como desviantes, de má conduta, perigosas e de caráter duvidoso.

“... é justamente nos anos 1910 e 1920 quando o hábito de intoxicar-se deixa de ser uma exceção em meio aos filhos da “boa sociedade”, gracejando entre prostitutas, pequenos criminosos, nas classes trabalhadoras urbanas etc. Para o moralismo proibicionista, significava a difusão do “Mal”; para a classe médica e as autoridades sanitárias, o crescimento de um grave problema de saúde pública; para os estrategistas da segurança pública, a proliferação de criminosos. A um só tempo, um pecado e um crime de lesa sociedade.” (RODRIGUES, P.95,2008)

Com a proibição veio à criminalização, naquela época as pessoas incriminadas eram em grande parte das camadas sociais urbanas que deixavam o campo para trabalhar nas fábricas, de modo que o número de habitantes dessas metrópoles se multiplicou enormemente. Essas pessoas “representavam uma ameaça ao Estado e às classes que o controlavam: perigo de insubmissão, de greve, de higiene, de ataques à pessoa e à propriedade” (RODRIGUES, P.96, 2008). O Estado é chamado a impor uma postura de disciplinamento que envolve do controle ao uso de SPAs. Com o proibicionismo o Estado pode ter maior controle sobre condutas profissionais médicas, “controlar” práticas de automedicação e intoxicação e também vigiar uma parcela da poluição tida como perigosa e rebelde.

O Estado e todos os agentes ligados a política do proibicionismo acabam por criar o que hoje é conhecido como fenômeno da “guerra às drogas”, que criminaliza e

pune de modo desenfreado, gerando uma série de conflitos, como a violência generalizada e o encarceramento em massa, o que não resolve o problema. A guerra às drogas é sobre tudo uma questão de classe, que beneficia os grandes criminosos, que tem o poder sobre o tráfico. O comércio ilegal de drogas traz um lucro elevado a muitas pessoas de poder, quem acaba sempre sendo prejudicado são as camadas mais pobres da sociedade, que se vêm a mercê de um sistema que lhes coloca como culpadas, quando na verdade os pequenos traficantes das favelas e periferias são apenas marionetes nas mãos dos grandes traficantes, aqueles que realmente lucram com o sistema.

“... a guerra às drogas se renova constantemente. Psicoativos novos e antigos continuam sendo produzidos, comercializados e usados, dando provas da mobilidade dos grupos dedicados ao tráfico que escapam ou se readequam às sempre reeditadas políticas repressivas” (RODRIGUES, P.102,2008).

Não são as drogas que geram a violência, Karam (2008) coloca: a violência só acompanha as atividades econômicas de produção e distribuição das drogas ilícitas porque o mercado é ilegal. A autora afirma que o Estado não deveria intervir no consumo quando ele ocorre em circunstâncias que não envolvem um perigo concreto, direto e imediato para terceiros, tendo em vista que a vida privada é de responsabilidade e diz respeito a cada um. De acordo com ela, dentro desses limites, tendo em vista que se vive em um Estado democrático de direito, o cidadão deveria poder fazer o que bem quisesse.

Do ponto de vista histórico, as drogas começaram a ser vistas como um problema social recentemente. De acordo com Labete (2008) a necessidade de estudar as drogas se deu prioritariamente como um problema de saúde pública. No início o predomínio dos estudos vinha das ciências biomédicas, o que pode ser positivo em relação ao conhecimento dos efeitos fisiológicos, mas, acaba deixando de lado preocupações com problemáticas sociais mais amplas, por isso a ampliação de pesquisas sobre o tema no campo das humanidades foi de fundamental importância.

Na década de 1950 estudos sociológicos começam a pesquisar para melhor entender o modo como os indivíduos se relacionam com o consumo de drogas e investigar de que forma se dá a iniciação dessa prática, para saber se a ação de um determinado grupo realmente influencia a conduta de certo indivíduo. Existia uma necessidade de se contrapor ao reducionismo biomédico. Ainda existem controvérsias entre o discurso das ciências biomédicas e sociais. Como coloca Martins (2010), cada

indivíduo responde ao consumo de substâncias psicoativas de acordo com suas necessidades, a “droga” assume diferentes significados em diferentes ocasiões.

Justamente por sentir que as ciências da saúde vinham criando uma supremacia nos estudos sobre drogas, em 2001 um grupo de pesquisadores das ciências humanas se dedicou a estudar o fenômeno das SPAs. Para tal, foi criado no Brasil o Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (NEIP). Esse grupo tem como objetivo uma espaço de reflexão, articulação e difusão de pesquisas acadêmicas qualificadas, com um posicionamento político contra o proibicionismo (LABETE, 2008).

De acordo com Labete (2008), apesar de haver diferentes opiniões políticas e teóricas no grupo, existe um questionamento em comum entre os pesquisadores no que se refere à divisão das drogas entre lícitas e ilícitas. Eles consideraram que boa parte da problemática das drogas não está ligada somente as propriedades intrínsecas das substâncias, mas também da atual política proibicionista, o que não significa que o NEIP tenha uma postura pró-drogas ou de apologia.

É preciso aprofundar o debate sobre a proibição das drogas, adotar medidas que fujam de toda essa repressão, repressão que gera diversos conflitos, principalmente a violência associada ao tráfico de drogas. A proibição das drogas acaba por ampliar fatores moralizantes em torno dos consumidores. Cria-se uma visão negativa sobre os sujeitos que as consomem, principalmente as ilegais. Há uma tendência de associar essas pessoas a sujeitos de má conduta, criminosos, vagabundos, que não querem nada com a vida. Por isso é importante ter a compreensão de que o consumo de drogas é um fenômeno complexo, não se deve individualizar o problema sem antes entender o contexto de uso de cada pessoa.

Além disso, o mercado ilegal não tem regulamentação, não é possível haver uma tributação de impostos encima disso, a fiscalização para um controle de qualidade não existe, já que o mercado é ilegal, o que acaba por deixar os usuários ainda mais em risco, consumindo drogas cada vez mais misturadas e adulteradas. Esse risco é proporcional à classe social, já que pessoas com maior poder aquisitivo podem comprar sua droga mais pura pagando por um preço muito mais alto.

2.3. Estigma e estereótipos relacionados ao uso de substâncias psicoativas

Cada sociedade impõe seus padrões de conduta e convívio social, aos quais devem ser seguidos por seus membros. Existem categorias consideradas naturais e as que fogem à regra. O correto é que a pessoa se enquadre aquilo que é natural. Para Goffman, "la sociedad establece los medios para caracterizar a las personas y el complemento de atributos, que se perciben como corrientes y naturales a los miembros de cada una de esas categorías" (2006, p.11). Nem sempre o indivíduo está adequado e corresponde aos atributos que seriam comuns em seu grupo social, ou seja, se apresenta de modo incomum, isso gera um estranhamento no grupo, o que leva essa pessoa a não ser vista com naturalidade, já que possui atributos indesejados. Para Goffman (2006), esses atributos indesejados são tidos como estigmas. Estigmas são marcas físicas ou sociais de caráter negativo que levam o seu possuidor a ser excluído ou marginalizado em algumas situações (BRASIL, 2014). Uma pessoa que se encontra dependente ou faz uso problemático de droga carrega consigo essa marca, já que sua vida se organiza em torno da substância, o que não seria natural.

Além do estigma existem os estereótipos, tendência a caracterizar todos do mesmo grupo da mesma forma, ou seja, os estereótipos são características atribuídas a certo grupo que definem seus membros de modo generalizante, levando-se a pensar que todos daquele grupo teriam as mesmas características, sejam físicas, psíquicas, condutas morais, hábitos, etc. um exemplo: guiado pelo senso comum, costuma-se associar todas as pessoas em situação de rua a usuárias de drogas, quando na realidade isso não é verdade.

Apesar de ser uma droga permitida, o álcool não está imune a fatores moralizantes e de exclusão social, principalmente quando o sujeito se torna dependente da substância. Algumas vezes a pessoa torna-se incapaz de cumprir com o papéis sociais que lhe são atribuídos, principalmente o de trabalhadora. Mesmo que não chegue a ser incapaz de trabalhar poderá ser vista com maus olhos, um olhar de julgamento moral, como aquela que não desempenha com eficiência e responsabilidade o seu trabalho.

O uso de álcool carrega consigo muitos estereótipos, a palavra alcoólatra caracteriza o sujeito de maneira a fazê-lo parecer que consumir bebida alcoólica é a única parte constituinte de sua identidade, anulando todos os outros papéis sociais. Por isso, a busca pela utilização do termo alcoolista, que segundo pesquisadores tem a ideia

de não reduzir a pessoa a condição de usuário de álcool (dependente), mas sim, definir alguém que tem afinidade com a bebida e vive para além dela (BRASIL, 2014).

O estigma e os estereótipos estão muito presentes na vida de pessoas dependentes ou que fazem uso abusivo de drogas. Existem estereótipos criados em torno delas que as colocam como fracas, sem força de vontade e quase sempre, dependendo da substância, a exemplo do crack, ligadas a situação de rua ou vinculadas ao crime. Isso pode impossibilitar ou dificultar um tratamento, pois, o usuário acaba se isolando devido ao preconceito e discriminação que sofre, muitas vezes vindos dos próprios profissionais da saúde.

Como já foi dito, existe uma grande ideia moralista em relação ao álcool e outras drogas, o que acaba por dificultar a abordagem aos usuários. Toda a demonização que se faz às drogas, principalmente as ilícitas, acaba por refletir no próprio usuário, que se faz também demonizado, visto como uma pessoa má (BRASIL, 2014).

Alguns pacientes apresentam doenças que são decorrentes do uso de drogas, mas pela falta de um diagnóstico correto, acabam não tendo a atenção merecida. Não possuir determinados estereótipos pode ser um motivo para que o sujeito deixe de receber o tratamento adequado. Muitos profissionais não investigam a fundo a vida do paciente para saber se ele faz uso de alguma SPA, muitas vezes isso ocorre pelo simples fato dele não possuir certas características atribuídas a um usuário de drogas. Além disso, muitos profissionais tem uma visão moralista quando percebem que o paciente está em determinada situação de adoecimento decorrente do uso de drogas, o que afasta mais uma vez esses usuários do serviço de saúde. Não só os profissionais da saúde, mas a própria comunidade e os familiares em muitos casos acabam por discriminar essas pessoas, justamente pela falta de informação e por se pautarem no senso comum criado pelos estereótipos.

Quando o paciente é homem geralmente a esposa o acompanha no tratamento e a participação dos filhos é frequente, porém quando se diz respeito às mulheres, muitas delas não são acompanhadas pelos familiares. As mulheres são vistas sempre como cuidadoras, mas quando são elas que precisam de cuidado, parece que lhes é negado. Talvez muitas delas, devido ao preconceito sofrido socialmente, tenham vergonha de expor que precisam de ajuda e que estão doentes. Com isso, elas se encontram em uma situação mais vulnerável, tem menos apoio familiar, muitas delas acabam não

procurando serviços de saúde, dentre outros. Deixando de acessar esses serviços elas perdem em sua qualidade de vida e no acesso aos cuidados que lhes é direito. Quando as mulheres não procuram ajuda por esse motivo acaba se interpretando que elas não precisam, o que na verdade pode apenas estar mascarado por um contexto social de preconceitos.

2.4. Principais legislações sobre drogas no Brasil.

Em 2002 a Secretaria Executiva do Conselho Nacional Antidrogas – SENAD mobilizou diversos atores envolvidos no tema das drogas para que fosse criada a primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) no país. O tema manteve-se na pauta de discussão do governo e já em 2004 foi feito um realinhamento e atualização da política.

De acordo com o documento que regulamenta a política, esse realinhamento contou com uma metodologia de interação entre governo e sociedade. Houve ampla participação popular nessa reformulação e a política passa a se chamar Política Nacional Sobre Drogas - PNAD (BRASIL, 2014). Foram realizados diversos eventos para facilitar a participação popular, dentre eles, um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis fóruns regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas. Ao final do processo, a Política Nacional sobre Drogas foi apresentada ao Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), que a aprovou o texto (BRASIL, 2011).

A Política Nacional sobre Drogas estabelece os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas possam ser conduzidos de forma planejada e articulada. (BRASIL, 2014). Tem o viés de romper preconceitos e rótulos discriminatórios em prol da promoção da saúde e respeito aos direitos humanos e inclusão social (BRASIL, 2011).

Em 2006 foi instituído o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas (SISNAD), e por meio dele foi criada a lei nº11.343/06 que tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como as de repressão ao tráfico estando em perfeito alinhamento com a Política Nacional sobre Drogas e com os compromissos internacionais do país (BRASIL, 2011).

Um dos principais pontos a ser destacado no texto da Lei nº11.343/06 é a distinção entre usuários/dependentes de drogas e traficantes. Usuários e dependentes não estarão mais sujeitos a pena privativa de liberdade, somente serão aplicadas a eles medidas socioeducativas. O posicionamento de não punir com privação de liberdade os usuários/dependentes foi apoiada por especialistas que apontam que “a atenção ao usuário/dependente deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, ao invés de encarceramento” (BRASIL, P.110, 2014). Outro termo importante que a lei traz foi o fim do tratamento obrigatório para dependentes de drogas.

Infelizmente a ideia de que o usuário não deve ser visto como um criminoso e sim como alguém que precisa de ajuda não é compartilhada por todos, existem críticas como, por exemplo, apontar que essas medidas não intimidam o usuário, e que o Estado acaba adotando parâmetros muito brandos em relação à punição. Também existem críticas feitas ao fim do tratamento obrigatório ou da possibilidade de internação contra a vontade. Coutinho Junior (2013) afirma que desse modo o Estado deixa de intervir de maneira inicial ao que pode vir a se tornar um transtorno maior para a sociedade:

“Pelo motivo de não se permitir a coerção deste a um tratamento ou intervenção médica, isso faz com que as autoridades fiquem limitadas em seu poder repressivo e preventivo, pois não podem ir além daquilo que a norma lhes autoriza. Em consequência de tal postura legal, o usuário dependente, ao ser advertido dos malefícios causados pelas drogas e orientado a procurar auxílio profissional, ignora a repreensão judicial e volta a praticar o crime, não se importando com sua saúde e muito menos com a advertência judicial recebida” (Coutinho Junior, 2013).

Pensamentos como este acabam muitas vezes por culpabilizar somente os usuários, por não levar em conta um contexto social mais amplo do problema. Pensar que a imposição de um tratamento seria uma fórmula mágica para acabar com o consumo desordenado de substâncias psicoativas pode ser um erro, porque acaba por individualizar o problema, deixando de levar em consideração diversos contextos e causas que levam ao uso de drogas, fazendo-se pensar que foi uma escolha exclusivamente do sujeito e desresponsabilizando o Estado.

Alguns autores como Karam (2008), criticam a Lei nº11.343/06 por afirmar que seus defensores pregam a ideia de que pelo fato de não haver previsão de penas privativas de liberdade para usuários haveria uma descriminalização da posse para uso pessoal, e só condutas punidas com reclusão ou detenção é que seriam crimes. A autora

afirma que só pelo fato de haver uma ameaça de pena já se caracteriza uma criminalização. Por isso, seria ilusório acreditar que a lei abandona de fato a criminalização do usuário.

Outra política criada no Brasil para tratar do tema das drogas é a Política Nacional sobre o Álcool, instituída em 2007 por meio do Decreto nº 6.117. A política dispõe sobre medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e a criminalidade (BRASIL, 2011). Também existem outros decretos como o Decreto nº 6.488, de junho de 2008 que regulamenta os arts. 276 e 306 da lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 do Código de Trânsito Brasileiro, disciplinando a margem de tolerância de álcool no sangue e a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia para efeitos de crime de trânsito. Outro Decreto é de nº 6.489, de junho de 2008, que regulamenta a lei nº 11.705, de junho de 2008, no ponto em que restringe a comercialização de bebidas alcoólicas em rodovias federais.

O Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) foi instituído em 2008 por meio da Lei nº 11.754, mesma lei que instituiu a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). O CONAD é descentralizado e possui representação estadual e municipal. As principais atividades do Conselho são de acompanhar e atualizar a PNAD, orientar sobre as normativas que visem à diminuição da demanda do uso de drogas e acompanhar como estão sendo geridos os recursos destinados ao Fundo Nacional Antidrogas. As principais atividades de responsabilidade da SENAD são de promover ações contra o uso indevido de drogas e que favoreçam os usuários e dependentes, consolidar as propostas previstas na PNAD, assim como desenvolver estratégias e elaborar planos para consolidar as propostas da PNAD, ainda tem a responsabilidade de gerir o Fundo Nacional Antidrogas (BRASIL, 2014).

Vargas (2008) observa que as políticas sobre drogas tentam se pautar em uma distinção entre drogas e fármacos o que impõe uma repressão a todas as drogas psicoativas que não sejam de uso médico, com ligeiras exceções feitas, por exemplo, ao álcool e o tabaco. De acordo com Labete (2008), as políticas de demonização e repressão têm sendo vistas pelos especialistas cada vez mais como ineficazes. Isso pede uma nova proposta, no sentido de educação e informação sobre as drogas e seus efeitos, principalmente para os jovens, com um intuito de prevenção, lançando um olhar diverso sobre o tema, fugindo do que habitualmente se encontra.

De acordo com Vargas (2008), não se pode perder de vista que o tensionamento do uso de drogas como lícitas e ilícitas é contemporâneo à invasão farmacêutica, movimento que conseguiu incrementar o uso de determinados fármacos a troco de penalizar o uso de outras substâncias. O autor coloca ainda a importância de não se naturalizar a distinção entre drogas e fármacos, tendo em vista que os fármacos também são drogas.

2.5. Atenção à saúde voltada para os usuários de drogas

Em 1988 com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu-se um novo modelo de saúde para o país. Com o SUS a saúde passa a ser um direito de todos e de responsabilidade do Estado. O Movimento da Reforma Sanitária conseguiu assegurar uma ampla transformação em relação aos direitos à saúde, mas a luta pela transformação na política de saúde mental ainda havia de continuar. O movimento pela Reforma Psiquiátrica, impulsionado por ideais fortemente humanitários, buscava a substituição do modelo de atenção à saúde mental baseado no hospital psiquiátrico e nos manicômios, por um modelo de serviços hospitalares baseados na inserção territorial com base comunitária.

Já na década de 1980 houve experiências de desinstitucionalização de moradores de manicômios, criando-se serviços voltados para a atenção psicossocial dos usuários. Foi um longo processo de mobilização social que acarreta em transformações significativas. Em 2001, é sancionada a Lei nº 10.216, que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A Lei Federal nº 10.216, de 6 de dezembro de 2001, garante os direitos das pessoas com transtorno mental, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, destacando-se a responsabilidade do Estado (BRASIL, 2014).

A Reforma Psiquiátrica incluiu cuidados às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, visando investir na promoção da saúde e não na coerção social desses sujeitos. A publicação da Portaria 3.088, de 26 de dezembro de 2011, veio regulamentar de forma detalhada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pelo Decreto Presidencial nº 7508/2011. Nela, estão descritos os principais serviços e ações que oferecem atenção psicossocial no país para todas as pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, incluindo aqueles decorrentes do uso prejudicial de drogas (BRASIL, 2014).

A partir daí foi formulado um novo modelo de assistência à saúde para as pessoas em sofrimento mental, o que inclui aqueles decorrentes do uso de SPAs. Foi elaborada a proposta da criação de uma rede de atenção psicossocial com caráter territorial, sendo serviço de portas abertas que não faz restrição a nenhum usuário e localiza-se próximo a sua residência, junto à família, amigos e as intuições com que tem contato, a exemplo da igreja, terreiro, escola, etc. A construção de uma rede territorial favorece o tratamento, fortalece vínculos e pode contribuir para que a comunidade esteja mais bem preparada para incluir essas pessoas em seu convívio sem estigmatizá-las.

A rede de atenção aos usuários da saúde mental se constitui de modo extra-hospitalar, inserida na comunidade, tem caráter interdisciplinar e visa evitar a cronificação dos pacientes e seu isolamento social. Os principais serviços de atenção psicossocial oferecidos no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial):

“Serviços especializados em saúde mental, constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente acompanhamento de pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, ou outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.” (BRASIL, p. 131, 2014).

O CAPS é um serviço territorial e deve funcionar articulado aos outros serviços de saúde do território, a exemplo, as Unidades Básicas de Saúde, o Programa Saúde na Família, residências terapêuticas, etc. Ainda hoje essa articulação em rede não é plenamente desenvolvida, existe dificuldade em materializar essa ligação territorial entre CAPS e os outros serviços de saúde presentes na comunidade, o que acaba por prejudicar a ideia de uma rede bem articulada em prol dos usuários.

O serviço deve oferecer atendimento à população de sua área de abrangência e realizar acompanhamentos clínicos. Tem o intuito de trabalhar a autonomia do usuário para que ele possa acessar trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecer os laços familiares e comunitários. O CAPS funciona com demanda espontânea, pela procura da própria pessoa ao serviço, ou por encaminhamentos que vem da rede. Ao chegar ao serviço a pessoa é atendida por um profissional que está como referência naquele dia e passa por uma escuta qualificada. Esse profissional leva o caso à equipe e partir daí discute-se qual será o PTS (Plano Terapêutico Singular de tratamento) que

melhor se adéqua para aquela pessoa. Tudo deve ser construído em conjunto com a equipe e também com o usuário. O CAPS pode oferecer além de atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento para a família e atividades na comunidade.

Os CAPS podem ser de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS AD) e Infanto-juvenil (CAPS i). CAPS I e II: são para atendimento diário de adultos, com transtornos mentais severos e persistentes. CAPS III: para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. CAPS i: para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais. CAPS AD: para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação. (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD) tem funcionamento ambulatorial e de hospital-dia, com trabalho interdisciplinar e integral que procura oferecer e criar uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. O trabalho do CAPS AD é voltado dentro da lógica de redução de danos⁵, faz o acolhimento do paciente visando seu atendimento de acordo com sua necessidade, seja modalidade intensiva, semi-intensiva e não intensiva. Oferece desintoxicação ambulatorial para aqueles usuários que necessitam. Disponibiliza cuidados aos familiares, promove ações de educação e conscientização junto à população com intuito de uma reinserção saudável dos usuários ao convívio comunitário. Trabalha junto à família os fatores de proteção e os fatores de risco relacionados ao uso de drogas. Visa desconstruir o estigma por que passam os usuários de SPAs e diminuir o preconceito.

O CAPS AD pode atuar de maneira mais preventiva se conseguir trabalhar não só junto aos usuários, mas também junto à comunidade, se for possível traçar em conjunto estratégias para evitar os fatores de risco e fortalecer os fatores de proteção, influenciando a própria comunidade a se articular em benefício de seus membros. Pode discutir e fornecer informações sobre os danos causados pelo uso de álcool e outras

⁵ “Redução de danos engloba um conjunto de estratégias dirigidas a pessoas que não conseguem ou não querem parar de consumir drogas. Estas estratégias têm por objetivo reduzir as consequências negativas que o uso de drogas pode ocasionar.” (Silveira, 2008, p.09).

drogas, alternativas de lazer distante do uso prejudicial de drogas, indo, por exemplo, nas escolas, com campanhas educativas, etc. Mas essa ampla atuação nem sempre é possível.

No Distrito Federal, localizado no Hospital Universitário de Brasília (HUB), existe o Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas (SEAD), que também faz parte da rede de atenção à saúde voltada para usuários de álcool e outras drogas. O SEAD é um serviço que atende apenas pessoas maiores de 18 anos de idade. Neste serviço existe uma equipe interdisciplinar, composta por profissionais de várias áreas da saúde, (Psicologia, Serviço Social, Enfermagem e Psiquiatria) onde os pacientes podem encontrar um tratamento especializado para o uso abusivo/dependência do álcool e de outra droga. Para cada uma delas é preciso montar um plano terapêutico singular (PTS) de tratamento, levando em consideração as suas especificidades. No SEAD existem também atividades de ensino e capacitação profissional, fazendo cumprir o preceito de hospital-escola que é princípio do HUB. O setor recebe estudantes da Universidade de Brasília (UnB) para estágio e residência, além de capacitar pessoas da comunidade que demonstrem interesse.

No SEAD, além de cuidados ao paciente, com a elaboração de um Plano Terapêutico Singular – PTS, também se realiza um trabalho voltado aos familiares desses usuários. Os profissionais, em conjunto, traçam a melhor maneira de tratamento para o paciente, trabalha-se em grande maioria com a perspectiva da redução de danos, a abstinência não é colocada de modo impositivo, pois é preciso estudar cada caso e avaliar quais são os riscos e atentar para que o usuário também possa ter poder de decisão em relação ao seu tratamento. Deve se destacar que o SEAD tem trabalho e atividades com grupos, tanto grupos com os pacientes, como grupos com os familiares, onde são passadas informações e orientações, visando à melhoria na qualidade de vida dessas pessoas.

3. CAPÍTULO II. REALIDADE SÓCIO-OCUPACIONAL E DE SUBSISTÊNCIA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA - FORMAS DE REPRODUÇÃO MATERIAL.

Nesse capítulo faz-se uma breve contextualização de como surge o mercado de trabalho assalariado no Brasil, desde o final do período escravocrata, passando da mão de obra escrava para a mão de obra assalariada. Com o fim da escravidão nem todos foram incorporados no “novo” modelo de produção que surge no Brasil. Os ex-escravo, agora libertos, continuaram sendo prejudicados e excluídos de um sistema de proteção social. A mão de obra escrava ao invés de ser incorporada na indústria e no mercado formal foi por muito tempo substituída pela mão de obra do imigrante branco. Essa mão de obra negra, renegada foi a base da constituição do mercado de trabalho informal no Brasil.

O capítulo traz uma discussão sobre a proteção social e o trabalho. A partir do século XX o trabalho no Brasil garante o acesso a direitos sociais, mas somente para aquelas pessoas que tinham contrato formal de trabalho, o que deixa muitas pessoas desprotegidas. Como fazer para acessar proteção social aquelas pessoas que não foram inseridas no mercado formal de trabalho? Existem outras formas de acessar a proteção social, seja pela filantropia, ajuda de igrejas, por meio do Estado (via políticas públicas e sociais), etc. Nesse capítulo há uma discussão sobre como as pessoas que não estão inseridas no mercado formal de trabalho recorrem à proteção social. Há uma discussão sobre como a partir da reestruturação produtiva dentro do sistema capitalista, o mercado de trabalho se reconfigura, fazendo com que muitas pessoas se submetam a trabalhos informais, precarizados, com baixos salários e sem garantias trabalhistas, tudo em prol do grande capital.

3.1. Mercado de trabalho livre e assalariado no Brasil

O Brasil até o final do século XIX possuía uma economia quase que exclusivamente agrária, baseada na produção de artigos tropicais como açúcar, café e algodão. A mão de obra escrava estruturava esse sistema produtivo, e a maior parte da produção era exportada para a Europa. Neste mesmo século o país passa por um processo de transição da mão de obra escrava para o trabalho livre. A ascensão do trabalho livre é acompanhada por uma crescente parcela da população direcionada para o setor de subsistência e para atividades mal remuneradas, o que desencadeará o processo que mais tarde será reconhecido como setor informal. De acordo com Teodoro

(2009) a consolidação da mão de obra informal se dá por um longo processo histórico, que começa com o fim da escravidão, a partir do fim do tráfico negreiro em 1850 e da abolição da escravatura em 1889.

Durante todo esse período o governo brasileiro não propiciou aos ex-escravos e nascidos livres que pudessem se integrar no mercado formal de trabalho. Antes mesmo do fim da escravidão, já na metade do século XIX, a mão de obra escrava vinha sendo substituída pela de imigrantes europeus. Os imigrantes se ocuparam da produção de café antes de fazerem parte do setor industrial. Parte da população liberta ou ainda escravos se ocupava, então, da economia de subsistência.

No Brasil, a abolição significará a perda de espaço de trabalho para os ex-escravos. Em sua grande maioria, eles não serão assalariados. Com a imigração massiva, os ex-escravos vão se juntar aos contingentes de trabalhadores nacionais livres que não têm oportunidades de trabalho senão nas regiões economicamente menos dinâmicas, na economia de subsistência das áreas rurais ou em atividades temporárias, fortuitas nas cidades. (Theodoro, p.96, 2009)

Como coloca Azevedo (2003), o trabalho livre era considerado como trabalho para brancos e se tinha o costume de associar o trabalho compulsório com os negros. As teorias científicas evolucionistas daquela época, que apontavam a inferioridade biológica e mental dos negros, também contribuíram para solidificar o ideário de que o trabalho livre era coisa de branco e de que os negros não eram capacitados o suficiente para tal missão. A imigração europeia teria a função de “ajudar” o Brasil a ultrapassar o atraso e alcançar o progresso. Os livres e libertos seriam inadaptados ao trabalho regular, a mão de obra negra era indolente e inapta à relação assalariada, fortalecendo a ideologia do embranquecimento. Consolidou-se o pensamento capitalista de que havia a necessidade de uma reestruturação econômica e social no país, para que a economia brasileira pudesse se inserir no contexto mundial, rompendo com o atraso.

Como coloca Kirdeikas (2003), o trabalho livre no Brasil foi introduzido de forma lenta e gradual, se buscava fazer isso sem abalar o sistema de produção agrário já existente. A transição para a mão de obra assalariada ocorreu sobre o máximo controle do Estado, sobre o cuidado de que essa nova classe de libertos não viesse a ameaçar a propriedade e a ordem vigente.

O Estado sempre esteve preocupado em manter o disciplinamento não só dos escravos, mas também dos libertos. Havia a preocupação de que os ex-escravos não se

subordinassem ao trabalho livre e regular, por isso foram criadas legislações para coibir a vadiagem do liberto, estabelecendo disciplina para a nova forma de trabalho.

“Nesse projeto, observa-se um aumento nas medidas que visavam coibir a ociosidade, vadiagem e deslocamento no espaço da população liberta. A disciplina para o trabalho toma contornos mais coercitivos, com penas de dois a quatro meses de reclusão, incluindo também trabalho forçado em locais determinados (particulares ou públicos). O rigor da disciplina é ampliado tomando por base este projeto, voltando-se inclusive para o controle do deslocamento do liberto no espaço, proibindo o liberto de ausentar-se de sua localidade, estabelecendo penalidades em caso de infrações. Esta era a forma como se buscava garantir a presença de mão de obra abundante e regular, após o fim do cativo, nas regiões que possuíam cativos” (KIRDEIKAS, p.6, 2003).

Além disso, os novos trabalhadores livres eram obrigados a trabalhar por uma remuneração de baixos salários. Se não encontrassem um salário de seu agrado tinham que aceitar qualquer oferta, pois o que não era permitido era que ficassem sem trabalhar, sob pena de prisão com trabalho forçado. Dessa forma garantia-se mão de obra para o capital com ritmo alto de acumulação e salários rebaixados que favoreciam a nova burguesia (KIRDEIKAS, 2003).

Segundo Florestan Fernandes (2008), a expansão urbana, principalmente em São Paulo, introduzida pelo surto das lavouras cafeeiras, trouxe um aumento significativo de estrangeiros para o país, um enorme contingente de população branca. População essa que passou a ser a excelência do trabalho livre. Isso gerou uma competição de negros e mulatos para com os brancos no que se refere à estrutura ocupacional.

“O negro e o mulato foram eliminados das posições que ocupavam no artesanato urbano pré-capitalista ou no comércio de miudezas e de serviços, fortalecendo-se de modo severo a tendência a confiná-los a tarefas ou ocupações brutas, mal retribuídas e degradantes(...) Desse ângulo, onde o imigrante aparecesse, eliminava fatalmente o pretendente “negro” ou “mulato”, pois se entendia que ele era o agente natural do trabalho livre.” (FERNDADES, P.41 e 42, 2008).

De acordo com Theodoro (2009), a forma como o mercado de trabalho se consolida no Brasil, passando da mão de obra escrava para a livre, se configura de tal maneira devido à forma como o Estado se impõe em relação a essa política. No período da escravidão o Estado era quem assegurava a ordem escravista, intervindo diretamente nas legislações que davam condições à existência desse sistema. Após a abolição o Estado assegurou uma política de imigração em detrimento da mão de obra nacional. O mercado de trabalho brasileiro, então, nasce sobre um ambiente fortemente excludente

em relação a uma parcela da população (ex-escravos e nascidos livre), população essa que configura a base do mercado informal de hoje. Toda essa parcela excluída começa a formar um grande aglomerado de pobreza, o que fica mais visível com o crescente processo de urbanização, principalmente a partir da década de 1930 com o plano desenvolvimentista do governo de Getúlio Vargas. (THEODORO, 2008).

3.2. O trabalho no Brasil a partir do século XX

De acordo com Pochmann (2010) a partir da Revolução de 1930 ocorreram no Brasil mudanças significativas na difusão do emprego assalariado de carteira assinada. Isso foi possível devido a mudanças que direcionaram uma sociedade agrária para um desenvolvimento industrial, com a tentativa de superar a estrutura agrário-exportadora. Todo esse desenvolvimento permitiu que o Brasil avançasse na estrutura de uma sociedade salarial. Essa nova estrutura social, com a ascensão de uma burguesia industrial e uma nova classe trabalhadora, agora urbanizada, configuram novos atores políticos na sociedade brasileira. Surge um regime de bem estar social direcionado à regulação do mercado, que por muitos anos beneficiou apenas aqueles trabalhadores urbanos que estavam no mercado formal de trabalho, assegurados pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) tinham acesso à previdência social e a saúde (POCHMANN, 2010).

Esse assalariamento não abarca toda a sociedade, somente a frações mais importantes da força de trabalho neste momento. Praticamente só aqueles que faziam parte do desenvolvimento industrial eram consideradas. Não havia medidas de proteção contra a situação de desemprego (THEODORO, 2009). Surge um novo regime de bem estar social, fomentado por essa nova burguesia e classe operária média, em que somente trabalhadores com contrato formal de trabalho acessavam algumas formas de proteção social. Até praticamente a década de 1960 o sistema funcionava com a característica de cidadania regulada⁶. Esse privilégio ocorria sobre a total falta de proteção para a maioria da população.

Segundo Dedecca (2005), nas três primeiras décadas do século XX o Estado coibia fortemente as organizações sindicais, e só a partir da década de 1930 é que foram reconhecidos alguns direitos sociais do trabalho e também impulsionados alguns

⁶ Segundo a abordagem de Vanderley Guilherme dos Santos (1987) a cidadania regulada garantia direitos sociais a partir do exercício de uma profissão regulamentada pelo Estado.

sistemas previdenciários por categorias de trabalhadores. A partir da década de 1940, na era Vargas, sobre fortes manifestações dos trabalhadores, o Estado amplia as regulações das relações de trabalho. Mas, faz isso de maneira tutelada, o que impede uma dinâmica autônoma nas negociações coletivas, burocratizando e impedindo a ampliação de maiores direitos.

Grande parte da população não estava inserida nesse sistema de proteção social constituído na década de 1940. Esse “... baixo grau de proteção social reproduziu um mercado de trabalho pouco institucionalizado, marcado pela presença extensa de contratos de trabalho estabelecidos informalmente.” (Dedecca, p.101, 2005). Ainda segundo o autor, esse modelo de regulação favorecia o desenvolvimento econômico sobre um quase ausente desenvolvimento social. Era um modelo econômico que não estabelecia mecanismos de redistribuição de renda.

Consolida-se uma grande massa urbana sem acesso a proteção social, principalmente a partir do regime militar. No período democrático, anterior ao regime militar, o rendimento do salário mínimo havia crescido, representando 57% da renda nacional, enquanto isso, no período da ditadura de direita ocorreu o inverso, houve diminuição do rendimento do trabalho sobre a renda nacional. (POCHMANN, 2010).

O movimento sindical teve uma retomada forte na segunda metade da década de 1970, mas a crise dos anos 80 provocou uma grande queda do setor industrial, inclusive no nível de empregos, chegando o desemprego a atingir uma grande parcela da população no país, abalando de certa forma a capacidade de organização dos movimentos. Esse crescente número de desempregados foi acompanhado por outras formas de desemprego muitas vezes ligadas as formas de precariedade que predomina no trabalho informal. (DEDECCA, 2005).

A década de 1980 também foi marcada por uma reestruturação do Estado, um período de fortes manifestações populares, luta pela ampliação da democracia e por um país que possuísse maior justiça social. Desse modo o Movimento das Diretas Já e o fim da Ditadura Militar direcionaram a construção de uma nova política de governo, sendo promulgada no ano de 1988 uma nova Constituição Federal. Mesmo com a nova constituição, que amplia direitos sociais, os governos a partir da década de 1990 buscaram enfraquecer o poder de organização da sociedade civil se colocando de modo resistente aos projetos de proteção social inscritos na nova Carta Constitucional.

Com a Constituição Federal de 1988, obtém-se avanços significativos em relação à Seguridade Social⁷, o que possibilita a classe trabalhadora não assalariada e empregados sem contrato regular, maior acesso à direitos sociais, abandonando de certo modo a cidadania regulada. Na década de 1990, o país passa por um processo de restituição do Estado democrático e de ampliação de direitos e políticas sociais. Mas, isso ocorre sobre uma constante ofensiva neoliberal⁸, havendo retrocessos para as políticas sociais, privatizações e uma série de contrarreformas que atingem negativamente a seguridade social e fortemente a classe trabalhadora (BOSCHETTI, 2010). Ocorre uma reestruturação da produção e dos mercados, uma contrarreforma⁹ do Estado, que vai longe do sentido de pacto social e reforma democrática idealizada pela seguridade social brasileira. Ocorre um tensionamento para formulação de políticas seletivas e focalizadas, transformando determinados serviços em mercadoria por meio da privatização e voltados para quem pode pagar. (BEHRING,2004).

O modelo de trabalho estruturado até os anos 1990 não foi de encontro à regulação social estabelecida, ganhou força o diagnóstico do governo de que havia a necessidade de flexibilizar o modelo de regulação para torná-lo conciliável com as novas condições de funcionamento da economia. (DEDECCA, 2005). A partir dos anos 1990 houve diminuição na participação dos empregos assalariados com carteira assinada e continuaram a aumentar os empregos sem registro. Além de existir um alto número de desempregados, esse desemprego passou a atingir um número maior de pessoas, não somente aqueles segmentos tradicionais homogêneos de jovens, mulheres, negros, profissionais sem qualificação e analfabetos, e passou a abarcar também aqueles

⁷Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Capítulo II, da Seguridade Social, seção I, disposições gerais). “Apesar de ter um caráter inovador e intencionar compor um sistema amplo de proteção social, a seguridade social acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência).” (BOSCHETTI, p.8, 2009).

⁸ Intervenção mínima do Estado sobre a economia, mínimo para as políticas sociais e a máxima para o capital “[...]trata-se aqui da conjugação de políticas seletivas e focalizadas para a horda, combinadas à transformação em mercadoria de determinados serviços, pela via da privatização, voltados aos que podem pagar.”(BEHRING, 2004).

⁹ De acordo com Elaine Behring, o que o Estado vinha fazendo a partir dos anos 1990 seria uma contrarreforma, e não uma reforma como todos a chamavam, já que para ela a reforma de verdade seria a que caminha para um estado de bem estar social, voltado para efetivar a Constituição Federal de 1988, que dá largos passos nesse sentido, melhorando o estado de bem estar social em defesa da classe trabalhadora, se de fato a CF de 1988 fosse priorizada, os direitos garantidos e ampliados seria uma reforma, mas o contrario é uma contrarreforma, porque destitui direitos e coloca o Estado submetido cada vez mais ao grande capital.

com maior experiência e qualificação profissional, atingindo um contingente maior da população (POCHMANN, 2013). As transformações econômicas e institucionais que ocorreram nessa década levaram a um agravamento da desigualdade e pobreza que marcou o desenvolvimento histórico do país (COSTA, 2010).

A ocorrência de um desenvolvimento econômico desacompanhado de um desenvolvimento social garantiu a consolidação de um mercado de trabalho heterogêneo em termos de proteção social. Sistemáticamente, o problema de emprego foi sendo acomodado na informalidade. A reestruturação dos anos 90 imprimiu uma nova dinâmica à economia e ao mercado de trabalho. O movimento tradicional de informalidade foi complementado pelo desemprego. A recorrência desse, em longo prazo não se converte em exclusão social, nos termos pensados nos países da Europa central, mas em trabalho precário informal. (Dedecca, 2005, p.110).

Na década de 90 com a abertura econômica e as privatizações, houve um processo de reestruturação produtiva sistêmica, afetando não somente o nível de emprego, mas também sua qualidade, sobretudo pela flexibilização dos registros e dos vínculos de trabalho. O medo do desemprego fez com que as organizações de trabalhadores ficassem fortemente desarticuladas. Como já foi dito, parte da população passa a adquirir sua renda a partir de trabalhos informais, trabalho autônomo, ambulante, temporário, etc.

“... foi notório o crescimento do número de antigas atividades jamais reconhecidas como trabalho regular ou regulamentado: guardadores de carro nas ruas, catadores de lixo, outdoors humanos ambulantes, carregadores de feira, trabalhadores domésticos casuais, etc. Essa nova informalidade urbana, que se expande em modalidades diversas de atividades, contribuindo para uma heterogeneidade ainda maior do mercado de trabalho, tem como marca a precariedade das condições de trabalho e de vida, a negação dos princípios mais elementares de cidadania, a perpétua reprodução da pobreza e das desigualdades sociais” (COSTA, p. 172, 2010).

Como afirma Costa (2010), essa proposta de flexibilização do trabalho, com privatizações, subcontratações, empregos temporários, de baixo custo, levam a uma proposta totalmente contrária a de um projeto de universalização de direitos pela via do compromisso com o emprego regulado e de longo prazo.

Grande parte da massa da informalidade é composta majoritariamente por trabalhadores de grupos sociais pauperizados, que possuem pouca ou nenhuma qualificação profissional e acabam se submetendo a trabalhos precarizados por não terem oportunidades e perspectivas. Como foi colocado, o trabalho informal no Brasil surge em conjunto ao seu contexto histórico sociocultural. As primeiras formas de

proteção social surgiram em decorrência do contrato formal de trabalho, o que desfavorecia uma grande parcela da população. Muitos direitos relacionados ao trabalho, instituídos pela previdência social só são acessíveis por via de contribuição prévia, sendo assim, muitos trabalhadores por não terem acesso a essa proteção social advinda do trabalho formal, estão lançados à sorte de ajudas filantrópicas, religiosas e das políticas sociais do Estado, como a exemplo da política de Assistência Social, que muitas vezes é ineficiente.

Pode-se ainda colocar em reflexão que grande parte dessa massa pauperizada, que compõe a informalidade é formada pela população negra, que dentro do processo histórico de formação da sociedade brasileira sempre esteve desfavorecida e não teve acesso equânime as políticas sociais.

3.3. Mercado de trabalho e a reestruturação produtiva

É por meio do trabalho, transformando a natureza, que o homem satisfaz as suas necessidades materiais e também torna-se um ser social, constrói assim, suas relações sociais. Na sociedade capitalista o trabalho é realizado de maneira alienada e explorada. O grande capital tem por objetivo a produção de mercadorias e a apropriação da “mais-valia”¹⁰, dessa forma, o capital explora a mão de obra, que produz um determinado número de mercadorias recebendo por apenas uma parte da produção, a outra parte é trabalho não pago que se transforma em mais-valia. Para Marx (2013), o trabalho é a única mercadoria capaz de gerar valor, sendo peça chave nesse sistema. No processo de circulação das mercadorias, para gerar lucro, elas passam a ser trocadas por dinheiro e parte desse valor é repassado ao trabalhador em forma de salário. Com esse salário a classe trabalhadora deve buscar satisfazer as suas necessidades materiais, comprando aquilo que precisa para se reproduzir materialmente. A riqueza é produzida de modo coletivo, mas apropriada de modo privado, tendo a classe trabalhadora uma grande desvantagem, pois, de maneira geral não é possível ter todas as suas necessidades materiais atendidas com o valor de salário que recebe.

¹⁰ É apropriação de trabalho não pago. O trabalhador é pago por apenas uma parcela da quantidade de horas que despendeu sua força de trabalho, o restante das horas trabalhadas é apropriada pelo burguês. Esse processo ocorre de modo alienado, ou seja, o trabalhador acaba não tendo consciência disso. “O trabalhador não para de trabalhar quando produz o valor correspondente ao pagamento da sua força de trabalho.” (TAVARES,P.4, 2009).

Em momentos de crise, o grande capital, se utiliza de estratégias para enfrentar a situação, adota medidas como: a reestruturação da produção, a redefinição das funções do Estado e a financeirização do capital. No Brasil, sob um projeto neoliberal, que se apresenta com maior força a partir da década de 1990, a reestruturação no mundo do trabalho traz consequências sérias para a classe trabalhadora, aumenta a flexibilização do trabalho, exigindo mais esforços dos trabalhadores, o sujeito precisa qualificar-se enquanto mão de obra cada vez mais especializada e qualificada para conseguir melhor inserção no mercado de trabalho, ser um trabalhador polivalente, ter o conhecimento de várias funções, aceitar imposições feitas pelo empregador, já que o medo do desemprego tenciona o mercado. As crises obrigam a intensificação da extração de mais-valia. Como não se pode aumentar o custo da produção, contratando mais trabalhadores, ocorrem demissões em massa e os trabalhadores que ficam tem que assumir funções dobradas e até triplicadas para produzir a mesma quantidade de mercadorias com menos mão de obra. A produção capitalista não consegue excluir o trabalho vivo da produção, reconfigurando novas formas de exploração sobre ele (RAMOS, 2010).

A reestruturação produtiva também se utiliza do desenvolvimento da ciência e da tecnologia para aumentar a produtividade do capital, o que gera uma liberação de tempo para os indivíduos, já que esse trabalhador é substituído por máquinas, porém, esse tempo é liberado de forma negativa, porque gera desemprego e subemprego. Rauta Ramos (2010) faz o seguinte questionamento, se os computadores assumem certas funções de atividades humanas, fazendo a produção se tornar mais barata e mais rápida, assim o certo seria investir mais nas potencialidades humanas, na sua criatividade e na sua inteligência, já que as máquinas desobrigam homens e mulheres de atividades pesadas e custosas, lhes sobrando mais tempo para desenvolver outras áreas. Mas, infelizmente não é isso que acontece, aquelas pessoas que ficam fora da produção acabam por compor o exército industrial de reserva, que é parte importante na produção capitalista, tem a função de tencionar o mercado por baixos salários e regular a oferta e procura de trabalho. Não há intenção, por parte da burguesia, de maiores investimentos que beneficiem em grande medida a classe trabalhadora, a intenção é que ela se mantenha suprindo suas necessidades mínimas, de modo a estar sempre disponível enquanto força de trabalho barata.

Também ocorre um enorme crescimento do setor de serviços, o desenvolvimento da vida econômica faz com que o Estado, assim como o mercado, necessitem ofertar

certos tipos de serviço, como educação, saúde, assistência social, etc. Muitos desses serviços servem para a reprodução da força de trabalho. No neoliberalismo, com a redefinição das funções do Estado, muitos desses serviços acabam por serem desempenhados por empresas privadas ou pelo terceiro setor, com a justificativa de reduzir gastos e ter mais eficiência e eficácia em sua oferta.

A política social é um instrumento de realização de direitos, que visa o atendimento das necessidades e do bem estar de uma coletividade. As políticas sociais, dentre todas as duas características são contraditórias, atendendo tanto aos interesses do capital quanto ao do trabalho. Sua materialização é um processo intenso dessa correlação de forças, e a depender da conjuntura que se coloca, define-se quem terá maior poder de pressão e dominação, e assim os seus interesses atendidos.

No capitalismo as políticas sociais resultam de pactos sociais estabelecidos entre o capital e o trabalho, ou seja, elas têm um limite de até ontem podem ir nesse sistema. Sendo assim, elas podem reduzir as desigualdades sociais e a pobreza, aprofundar a democracia e a liberdade, possibilitar o acesso para uma nova forma de sociabilidade, mas ainda, existem os limites. Sozinha a política social não é capaz de eliminar toda a desigualdade e as causas estruturantes da pobreza.

Para desempenhar suas funções, dentre elas proporcionar proteção social, o Estado precisa dispor de um montante de recursos, visando manter a reprodução dos indivíduos e também do sistema capitalista (CASTRO, 2012). Para isso dispõe-se do fundo público, que segundo Salvador (2014) envolve toda a capacidade de mobilização de recursos que o Estado tem para intervir na economia, seja por meio de empresas públicas, pelo uso das políticas monetárias e fiscal, assim como, pelo orçamento público. Ainda segundo esse autor, o orçamento público é a expressão mais visível do fundo público, é um instrumento de controle das receitas e despesas, incluindo a dívida pública. Possui um papel importante na tomada de decisões em relação ao financiamento das políticas públicas e sociais (CASTRO, 2012).

Salvador e Teixeira (2014) afirmam que, o orçamento público é além de instrumento técnico e de planejamento, uma importante peça de cunho político. Sendo assim, a maneira como são direcionados os gastos de determinado orçamento demonstram as prioridades a que vem atender. As decisões tomadas tem caráter de direcionamento político, explicitando a correlação de forças envolvidas na sociedade, demonstrando quem tem hegemonia sobre as decisões e quais interesses serão atendidos

prioritariamente. Soma-se isso ao fato de que as despesas que mais comprometem as contas públicas brasileiras são as despesas financeiras referentes ao pagamento e amortização da dívida pública. De acordo com Boschetti (2010) o governo brasileiro demonstra profunda preocupação em manter sobre controle a dívida pública. Os recursos públicos comprometidos com pagamento dos juros da dívida subtraem do Estado brasileiro a possibilidade de ampliar investimentos em políticas públicas e, especialmente na política de geração de emprego (BOSCHETTI, 2010, P.75).

E, em tempos de crise econômica o Estado socorre o grande capital por meio do fundo público, e isso tem impacto direto no financiamento da seguridade social. Como já citado anteriormente, o governo vem priorizando o pagamento da dívida pública, para isso necessita gerar superávit primário¹¹ e muitas vezes se utiliza do orçamento da seguridade social. Por meio da Desvinculação das Receitas da União (DRU)¹² vem extraíndo recursos tanto da seguridade social quanto do orçamento fiscal para gerar superávit primário, o que diminui o investimento com as políticas sociais, deixando a população desprotegida em diversos aspectos. Segundo Boschetti (2010) em 2010 estaria se extraíndo anualmente 20% do orçamento da seguridade social para pagamentos de encargos da dívida, o que só favorece a ampliação do lucro do setor financeiro. Tencionar o Estado para que invista cada vez mais no capital financeiro é uma estratégia da burguesia, que apenas favorece aos grandes rentistas, a exemplo dos bancos, dos fundos de pensão, e dos grandes investidores.

¹¹ Superávit primário é o resultado positivo de todas as receitas e despesas do governo, excetuando gastos com pagamento de juros. O déficit primário ocorre quando esse resultado é negativo. Ambos constituem o "resultado primário". O resultado primário é importante porque indica, segundo o Banco Central, a consistência entre as metas de política macroeconômicas e a sustentabilidade da dívida, ou seja, da capacidade do governo de honrar seus compromissos. A formação de superávit primário serve para garantir recursos para pagar os juros da dívida pública e reduzir o endividamento do governo no médio e longo prazo. (Definição retirada do site do Senado Federal, disponível em: <http://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/superavit>. Visualizado em 23/08/2017 às 13h13min).

¹² A Desvinculação de Receitas da União (DRU) é um mecanismo que permite ao governo federal usar livremente 20% de todos os tributos federais vinculados por lei a fundos ou despesas. A principal fonte de recursos da DRU são as contribuições sociais, que respondem a cerca de 90% do montante desvinculado. (Definição retirada do site do Senado Federal, disponível em: <http://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru>. Visualizado em 23/08/2017 às 13h18min). Ou seja, a principal fonte de recursos da DRU são os recursos da Seguridade Social, já que grande parte dela é financiada pelas contribuições sociais, o que retira o financiamento para políticas de saúde, assistência social e previdência, para financiar a dívida pública, quem perde com isso são as classes mais baixas.

O Estado endividado e sobre a mira do capital financeiro (que domina o mercado) socorre os bancos, reduz impostos sobre produtos industrializados, tenta garantir o consumo, para evitar uma recessão profunda, mas com isso traz o endividamento e empobrecimento da classe trabalhadora e favorece em grande medida somente aos bancos (BOSCHETTI, 2010). Ocorrem desonerações tributárias, incentivos fiscais, tudo isso em benefício do capital (SALVADOR, 2014), além da ocorrência de programas sociais focalizados e seletivos, privatização das políticas de saúde e educação, criação de planos privados de previdência, o que acaba por retomar uma espécie de cidadania regulada, onde só quem pode pagar acaba acessando serviços de “melhor” qualidade.

A situação das pessoas desempregadas ou em subempregos é complicada, pois, acabam desprotegidas por não terem os benefícios que o trabalho formal proporciona, por meio do INSS, ficando a mercê da proteção social que vem do Estado, de modo não contributivo, por meio da lógica da proteção social. O problema é que a assistência social, como foi colocado, esta sendo a cada dia mais desarticulada, por meio de políticas focalizadas, seletivas e paleativas, que muitas vezes não se configuram de fato como um direito. Com a seletividade muitas pessoas, pelos critérios de inclusão, deixam de receber determinados benefícios por diferenças mínimas entre aqueles que acessaram a política.

Algumas pessoas podem contar com apoio de familiares, já que a família, de acordo com Mioto (2010), se organiza para satisfazer as necessidades dos seus membros, de maneira a prover o seu bem-estar, além da proteção e cuidado. A família é colocada como primeiro agente protetivo, mas, a visão de que a família deve ser protetora acaba em certa medida por desconfigurar a responsabilidade do Estado, que muitas vezes não está sendo capaz de subsidiar essas pessoas para que possam acessar direitos, individualizando o problema para dentro do contexto familiar.

Somente uma família com direitos assegurados, com antepassados de serviços acessados por via do Estado, pode ter a capacidade de proteger seus membros. E claro, além de proporcionar que essas famílias tenham condições de proteger seus membros o Estado deve assegurar que caso os familiares, por diversos motivos do contexto familiar, não queira amparar a pessoa, ela deve ser protegida de outras formas por via de serviços estatais.

3.4. A proteção social e o trabalho.

Segundo Castel (1998), existem formas particulares de proteção social em cada formação social. De acordo com esse autor, a sociedade se organiza para corrigir os desequilíbrios e socorrer aqueles que não podem manter-se sozinhos, com isso, busca-se o equilíbrio do grupo. Nas sociedades pré-capitalistas, a exemplo da sociedade feudal, estruturava-se uma rede de solidariedade primária, baseada na generosidade e nas relações de proteção entre pequenos grupos. Pelo sentimento de pertença a comunidade buscava ajudar os seus membros, isso se estruturava por meio dos costumes. Essa forma de proteção social ficava muito a cargo da família e da comunidade. Nessa época não havia um processo de pobreza generalizado como existe hoje.

Por volta do século XVIII, com a ascensão da burguesia revolucionária e o aprofundamento de uma sociedade industrial, novas exigências sociais e políticas vão surgindo. (DI GEOVANNI, 1998). Com o processo da “acumulação primitiva”, explicado por Marx em seu livro “O Capital”, os camponeses passam por um processo violento de expropriação de suas terras. Sendo confiscado o seu principal meio de produção, que era a terra, os camponeses são separados dos meios de produção, lhes restando apenas sua mão de obra (que passa a ser uma mercadoria) como forma de obter meios para sua sobrevivência e reprodução da vida material. Essa mão de obra, configurada como um trabalho “livre”¹³ é a principal fonte de estruturação para o sistema capitalista, já que o trabalho é a única mercadoria capaz de gerar valor. Sobre essa forma de trabalho aprofunda-se a exploração, por meio da qual o capitalista extrai a maior quantidade possível de “mais-valia” para garantir seu lucro e a reprodução do sistema. O capitalismo só se mantém se extrai mais-valia dos trabalhadores.

Com advento da burguesia industrial e as novas formas de estruturação do capital, que não absorve a todos no mercado de trabalho, sendo necessário a existência de um exercito industrial de reserva, ou como coloca Silva (2010), uma superpopulação

¹³ “Na sociedade capitalista, em que a fonte básica da riqueza é a mercadoria, o trabalho deixa de ser atividade vital do ser humano e passa a ser trabalho assalariado. Assim, o trabalho materializado na mercadoria, segundo Marx (1988) possui duplo significado. É dispêndio de força de trabalho especial para um determinado fim, e assim, trabalho útil e concreto que produz objetos úteis aos seres humanos. E é também, no sentido fisiológico, dispêndio de força humana de trabalho e como tal, trabalho humano igual ou abstrato que determina o valor das mercadorias, ou seja, é força de trabalho, uma mercadoria especial, cuja finalidade é criar novas mercadorias e valorizar o capital” (SILVA, p.03, 2010).

relativa¹⁴, a comunidade por si só já não consegue arcar com todos aqueles que estão desprotegidos e desempregados. Começa assim uma nova forma de solidariedade primária passando para uma solidariedade secundária, convencionando-se de uma assistência institucionalizada. Essa nova forma de proteção social passa a se estruturar a partir das igrejas e posteriormente meio do Estado, que é chamado a intervir por meio das políticas públicas. De acordo com Di Geovanni (1998), desde meados do século XIX e mais precisamente no século XX o Estado se organiza como produtor, gestor e normatizador de um sistema de proteção social.

Com as novas configurações sociais e políticas, advindas do modo de produção capitalista, surge a chamada “Questão Social”, que se faz pela ascensão da luta de classes e da crescente desigualdade que passa a se configurar na sociedade. A Questão Social, de acordo com Potyara Pereira (2001) não é um mero sinônimo da contradição entre capital e trabalho, que gera desigualdade, pobreza, desemprego e necessidades sociais, mas sim, também, do embate político entre as classes. Quando a classe trabalhadora coloca-se na sociedade enquanto sujeito de direitos e a reivindicar melhores condições de vida e de trabalho as coisas se reconfiguram um pouco. Mesmo tomando consciência e fazendo reivindicações, nem sempre é possível a toda a classe trabalhadora acessar direitos sociais, como educação, saúde, assistência social, cultura, etc. e também direito ao trabalho. Não obter esses direitos desconfigura a proteção social, o que amplia o contexto de desigualdades sociais.

Como já foi dito neste trabalho, até o final dos anos 1960 a proteção social no Brasil estava quase que exclusivamente vinculada à lógica do seguro social, onde somente trabalhadores assalariados acessavam benefícios por meio de contribuição prévia. Sendo assim, uma forte camada da população era excluída das proteções diretamente ligadas ao trabalho. Desse modo a cidadania brasileira funcionava como uma espécie de cidadania salarial, ao invés de uma cidadania social. Segundo Boschetti (2006), a partir dos anos 1970 a noção de “direitos de cidadania” começou a ser concebida, reivindicada e materializada. Busca-se romper a lógica da condição salarial como mecanismo de acesso a direitos sociais. A condição de não assalariado formal não poderia ser um empecilho para o acesso à cidadania, exigindo-se igualdade de direitos.

¹⁴ “Com o desenvolvimento do capitalismo, sua produção e reprodução vinculam-se à produção de uma superpopulação relativa que regula a oferta e a procura de trabalho e os salários conforme as necessidades de expansão do capital” (SILVA, p.05, 2010).

Ainda de acordo com Boschetti (2006), a instituição de direitos sociais mínimos não-contributivos é vista como um caminho para a universalização do sistema e para a redistribuição de renda. A proteção social por meio do trabalho formal só seria universalizada se o Estado fosse capaz de garantir uma situação de pleno emprego para toda sociedade, o que não é possível em uma estrutura capitalista.

Aqueles cidadãos que não possuem meios fixos de renda ou não estão inseridos no mercado formal de trabalho, por diversos motivos, principalmente pela falta de qualificação profissional e de oportunidades, que é decorrência do desemprego estrutural da sociedade capitalista, necessitam acessar proteção social de outras formas. Pessoas que se encontram desempregadas e até mesmo empregadas em trabalhos informais, precarizados, com baixos salários, recorrem à política de assistência social, ajuda filantrópica, ajuda de igrejas, de familiares, etc. para suprirem certas necessidades de reprodução da vida material que não foram supridas por meio do trabalho.

Os benefícios mais acessados por meio da política de assistência social são os de transferência de renda, a exemplo do programa Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada (BPC)¹⁵. As pessoas se utilizam dos benefícios e serviços da política de assistência social como meios de garantir determinada sobrevivência material. Para fazer parte de programas como esses é preciso estar dentro de critérios estabelecidos e ser atestado em situação de pobreza e vulnerabilidade. Aqueles que não possuem nenhum tipo de trabalho ou se encontram em subempregos necessitam das políticas sociais de modo mais incisivo.

De acordo com Camila Pereira (2006) as políticas focalizadas no neoliberalismo tem um caráter perverso, porque aqueles que são atendidos por essas políticas não o são por serem cidadãos merecedores, mas sim, por serem considerados os mais fracassados socialmente. Isso traz o caráter de uma cidadania invertida, de acordo com Fleury:

¹⁵ O Benefício de Prestação Continuada- BPC da Lei Orgânica da Assistência Social- LOAS (BPC) é a garantia de um salário mínimo mensal ao idoso acima de 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade com impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (aquele que produza efeitos pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos), que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas. Para ter direito, é necessário que a renda por pessoa do grupo familiar seja menor que 1/4 do salário-mínimo vigente. (Definição retirada do site do Ministério do Desenvolvimento Social – MDS. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/beneficios-assistenciais/bpc>. Visualizada em: em 23/08/2017 às 14h11min).

“Esta condição política de cidadania invertida, em que o indivíduo entra em relação com o Estado no momento em que se reconhece como um não-cidadão, tem como atributos jurídicos e institucionais, respectivamente, a ausência de uma relação formalizada de direito ao benefício, o que se reflete na instabilidade das políticas assistenciais...”(FLEURY, nota de rodapé, p.77, 2007).

As políticas focalizadas acabam deixando de fora segmentos populacionais que apesar de estarem em situação de pobreza estão fora de uma determinada linha de pobreza estabelecida. Desprotegidas acabam gerando mais empobrecimento no país. Esse contingente populacional não tem poder de pressão social, o que os faz continuar sem melhorias. Isso não acontece, por exemplo, com políticas universais, que abarcam as classes com maior poder e representação social, o que assegura um maior poder de mudanças e melhorias. (PEREIRA,2006).

De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) o programa Bolsa Família atendeu mais de 14 milhões de famílias no ano de 2015, tendo um gasto de 27 bilhões de reais. Em 2013 das 13,8 milhões de famílias atendidas pelo programa, 73% se autodeclararam pretas ou pardas. Esse programa de transferência de renda contribui para a reprodução material de milhares de famílias em todo o país. O programa é responsável juntamente com outras ações do governo por reduzir a pobreza extrema, fome e insegurança alimentar no Brasil. Em média, as famílias recebem um benefício de R\$ 167,00. Esse valor não permite que as famílias tenham o Bolsa Família como única fonte de renda, é apenas um complemento dela, que para muitos acaba fazendo uma diferença fundamental. As condicionalidades do programa acabam por assegurar um maior número de crianças matriculadas nas escolas e maior contato com a atenção básica de saúde.

Outro benefício da política de assistência social que visa o enfrentamento da pobreza, a garantia da proteção social e melhores condições de vida para a população é o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que apesar de ser da assistência social é operacionalizado pelo INSS (Instituto Nacional do Seguro Social). O benefício está previsto na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) de 1993 e também na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 2004. O BPC garante o pagamento de um salário mínimo para idosos a partir de 65 anos de idade e deficientes, em ambos os casos os beneficiários devem enquadrar-se nos requisitos do benefício, sendo a principal delas ter renda familiar mensal per capita de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo. De acordo com o MDS, em 2016 até o mês de outubro o governo federal havia pagado o valor de R\$

37.902.553.257,61 para os beneficiários do BPC. Até outubro deste mesmo ano havia um total de 4.385.204 beneficiários, sendo um total de 2.420.283 de pessoas com deficiência e um total de 1.964.921 de idosos.

Segundo Boschetti (2009), reconhecer o direito à assistência social não deve significar fazer dessa política a única referência para assegurar o bem estar ou satisfazer as necessidades sociais no capitalismo. Adotar essa postura seria pactuar com uma sociedade assistida. Ao mesmo tempo, defender uma sociedade de identidades profissionais não significa defender qualquer tipo de trabalho. Os benefícios da política de assistência social não são incompatíveis com o trabalho, caracterizando-se como complemento importante na redução das desigualdades sociais e satisfação de necessidades específicas. O que não pode acontecer é que esses benefícios passem a ter o papel de substituir os rendimentos que deveriam vir do trabalho. O Estado por não ser capaz de assegurar o direito ao trabalho não deve colocar o direito à assistência social como forma de resolução do problema.

“Uma seguridade social ampliada, além de garantir os direitos derivados do trabalho, como seguro desemprego, aposentadorias, pensões e seguro saúde, também instituiu diversos benefícios assistenciais, com intuito de reduzir desigualdades e responder à satisfação de necessidades básicas e específicas...”. (Boschetti, p. 7, 2009).

Como já foi colocado, algumas pessoas não tem acesso ao mercado de trabalho em grande medida pela forma estrutural da sociedade capitalista, que necessita de um exercito industrial de reserva para sua reprodução. Mas, muitas vezes processos de adoecimento também impedem os sujeitos de trabalhar. O que acontece com algumas pessoas que são dependentes de substâncias psicoativas.

Nesse processo de adoecimento, os sujeitos quase sempre necessitam da ajuda dos familiares, da comunidade (em certos casos) e de profissionais, principalmente da área de saúde, para superar a situação. O adoecimento pode trazer consequências sérias, levando a danos físicos e psíquicos, o que muitas vezes dificulta ou impossibilita o desempenho do trabalho, fazendo-se necessário viver sobre cuidados e dependência financeira de familiares. Muitas vezes os familiares não têm condições ou não querem sustentar e amparar essa pessoa, o que a faz buscar ajuda de amigos, filantrópica ou recorrer a recursos do Estado por meio de benefícios da assistência social, dentre outros.

Nem sempre a pessoa está incapaz para o trabalho, isso depende do grau de adoecimento em que se encontra, ou seja, do nível de comprometimento da sua saúde física e psíquica. Aquelas que possuem trabalho assalariado formal ou ainda permanecem na qualidade de segurado do INSS podem ter acesso a benefícios previdenciários que as outras não têm, como por exemplo, recorrer ao auxílio doença, o que as possibilita mesmo se afastadas do trabalho ter uma fonte de renda fixa, um grau de proteção social e uma forma de manter sua reprodução material. Diferente daquelas que estão desempregadas e não tem uma fonte de renda fixa.

3.5. A população brasileira e a inserção atual no mercado de trabalho

Tendo como base a síntese dos indicadores de 2015 da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2015, a população de 15 anos ou mais de idade (população em idade ativa) foi estimada em 161,8 milhões de pessoas. Esse contingente é formado por 104,8 milhões de pessoas economicamente ativas (64,8%) que compõe a força de trabalho e 57,0 milhões de pessoas não economicamente ativas (35,2%).

Já no que diz respeito à população ocupada, em 2015 o número foi de 94,8 milhões de pessoas, o que representou uma queda de 3,9% em relação a 2014, quando foi registrado um total de 98,6 milhões de pessoas ocupadas. No ano de 2015 o nível de ocupação se deu de forma maior entre os homens (70,2%) do que entre as mulheres (48,0%). O nível de desocupados, pessoas que não estavam ocupadas e tomaram alguma providência efetiva para conseguir um trabalho foi de 10,0 milhões.

Dentre as características da população desocupada em 2015, o IBGE considerou importante destacar os seguintes pontos: mais da metade (53,6%) desse contingente era formado de mulheres; 26,3% nunca tinham trabalhado; 33,4% eram jovens de 18 a 24 anos de idade; 60,4% eram pretos ou pardos; e 48,2% não haviam completado o ensino médio.

Tabela 1: População em idade ativa, ocupação/desocupação em milhões, no ano de 2015.

População em idade ativa (15 anos ou mais de idade)	Em milhões	Ocupação/desocupação	Em milhões
Economicamente ativa	104,8	População ocupada	94,8
Não economicamente ativa	57,0	População desocupada	10,0

Em 2015, assim como em 2014 a atividade de serviços permaneceu sendo a maior das ocupações com 46,3% no país, com cerca de 43,9 milhões de pessoas. Em segundo lugar veio o comércio e reparação, com aproximadamente 17,2 milhões de pessoas, o que representou 18,2% dos ocupados. Os trabalhadores da atividade agrícola (13,9%) totalizavam 13,2 milhões de pessoas. Com 11,9 milhões de ocupados (12,6%), a indústria registrou a maior perda de contingente, representando uma queda de 8,0% em relação a 2014. Ainda em 2015, os trabalhadores da construção respondiam por 9,0% da população ocupada, com 8,5 milhões de trabalhadores.

Tabela 2. Percentual de empregados por tipo de atividade, no ano de 2015.

Por tipo de atividade:	%
Empregados em atividades de serviço	46.3%
Atividade de comercio e reparação	18.2%
Empregados na construção	9.0%
Na indústria	12.6%
Em atividade agrícola	13.9%

Fonte: IBGE, 2016.

Em 2015, 60,6% da população ocupada estava inserida no mercado de trabalho como empregado (57,4 milhões de pessoas). Os trabalhadores por conta própria correspondiam a 23,0% (21,8 milhões de pessoas); os trabalhadores domésticos, a 6,6% (6,3 milhões de pessoas); e os empregadores, a 3,7% (3,6 milhões de pessoas). Os demais trabalhadores (5,8 milhões) estavam assim distribuídos no mercado de trabalho: trabalhadores na produção para o próprio consumo (3,8%), trabalhadores não remunerados (2,2%), e trabalhadores na construção para o próprio uso (0,1%).

Tabela 3. Percentual de trabalhadores e como estiveram inseridos no mercado de trabalho no ano de 2015.

Tipo de trabalho	%
Empregados	60.6
Trabalhadores domésticos	6.6
Por conta própria	23.0
Empregadores	3.7
Não remunerado	2.2
Para o próprio consumo	3.8
Na construção para o próprio uso	0.1

Fonte: IBGE, 2016.

Em 2015, dos 53,6 milhões de empregados em atividade não agrícola, 78,3% estavam no setor privado, e, dentre esses, 79,4% possuíam carteira de trabalho assinada. No conjunto de empregados do setor público (21,7%), predominavam os militares e funcionários públicos estatutários (63,0%). O setor público contava ainda com 16,6% de empregados com carteira de trabalho assinada e 20,4%, sem carteira de trabalho assinada.

Tabela 4. Percentual de trabalhadores com ou sem carteira de trabalho assinada

Carteira assinada	%	Sem carteira assinada	%
Setor privado	79.4	Setor privado	20.6
Setor Público	16.6	Setor Público	20.4
Militares e estatutários	60.4		

Fonte: IBGE, 2016.

Ainda de acordo com a síntese da PNAD de 2015, nesse ano 62,0% das pessoas ocupadas (58,8 milhões) eram contribuintes de instituto de previdência. Em 2014, essa proporção havia sido de 61,7%, o que representou uma queda de cerca de 2,0 milhões de pessoas. Desde 2004, houve um aumento gradual na proporção de pessoas ocupadas contribuintes de instituto de previdência. Essa proporção alcançou 62,0% em 2015, o que, frente à estimativa de 2004 (47,4%), representou um aumento de 14,6 pontos

percentuais em 12 anos. Tal expansão esteve relacionada ao crescimento, no mesmo período, do emprego com carteira de trabalho assinada.

Em 2015, o rendimento médio mensal real de todos os trabalhadores que tem 15 anos ou mais de idade, ocupadas e com rendimento de trabalho, foi estimado em R\$ 1.853, valor 5,0% inferior ao apurado em 2014 (R\$ 1.950). Com relação ao rendimento relacionado às categorias de emprego, empregados e trabalhadores domésticos receberam, em média, R\$ 1.726 em 2015, cerca de 2,0% a menos do que a média do ano anterior (R\$ 1.762). Os trabalhadores com carteira de trabalho assinada tiveram rendimento de R\$ 1.805, e os militares e estatutários apresentaram R\$ 3.188 de rendimento. Os trabalhadores domésticos com carteira de trabalho assinada, em 2015, declararam rendimentos de R\$ 1.016, enquanto os sem carteira de trabalho assinada, declaram rendimento de R\$ 647.

Tabela 5. Rendimento médio mensal real do trabalhador por categoria de emprego, no ano de 2015.

Categoria de emprego	R\$
Empregados e trabalhadores domésticos	1.726,00
Trabalhadores com carteira de trabalho assinada	1.805,00
Militares e estatutários	3.188,00
Trabalhadores domésticos com carteira de trabalho assinada	1.016,00
Trabalhadores domésticos sem carteira de trabalho assinada	647,00

Fonte: IBGE, 2016.

Sobre o rendimento mensal domiciliar, em 2015, a média do rendimento mensal real dos domicílios particulares permanentes foi de R\$ 3.186. Com relação ao rendimento domiciliar per capita, dos 68,2 milhões de domicílios que declararam possuir rendimentos, 30,5 milhões receberam menos de 1 salário mínimo de rendimento domiciliar per capita; 22,2 milhões (ou 32,5%) foram enquadrados nas faixas de rendimento domiciliar per capita de 1 a menos de 2 salários mínimos; e 13,6 milhões (ou 19,9%) informaram rendimento domiciliar per capita de 2 ou mais salários mínimos.

Tabela 6. Rendimento domiciliar per capita, no ano de 2015.

Quantidade de salários mínimos	%
Menos de 1 salário mínimo	47.6
Até 1 salário mínimo	32.5
2 ou mais salários mínimos	19.9

Fonte: IBGE, 2016.

Muitos fatores, como o grau de escolaridade e de instrução também influenciam para que a pessoa possa ter uma ocupação mais bem remunerada, ou de modo negativo, seja direcionada a subempregos. Ao calcular o nível de instrução dos brasileiros, o IBGE leva em consideração apenas pessoas com 25 anos de idade ou mais, para evitar que pessoas no processo regular de escolarização fossem consideradas. Sendo assim, no ano de 2015 mais da metade da população com 25 anos ou mais (52%) tinha níveis de instrução concentrados até o ensino fundamental completo, já aqueles que tinham o ensino médio completo correspondiam a 26,4% e 13,5% possuíam o ensino superior completo. Segundo os dados, entre 2014 e 2015 houve um pequeno acréscimo no grupo que concluiu o ensino médio ou equivalente, que passou de 25,5% para 26,4%.

Outro fator a ser observado é a taxa de analfabetismo, no Brasil entre as pessoas com 15 anos de idade ou mais foi estimada em 8,0% no ano de 2015, ou seja, havia 12,9 milhões de analfabetos. A taxa de analfabetismo aumenta à medida que a idade avança, atingindo 22,3% entre as pessoas de 60 anos ou mais em 2015, enquanto isso, no mesmo ano, entre os jovens de 15 a 19 anos de idade, a taxa de analfabetismo não chegou a alcançar 1,0%. Já em relação ao analfabetismo funcional, que diz respeito a proporção de pessoas de 15 anos ou mais de idade com menos de 4 anos de estudo em relação ao total de pessoas do mesmo recorte etário, o número passou de 17,6%, em 2014, para 17,1%, em 2015.

A partir da análise feita sobre a formação do mercado trabalho e do assalariamento brasileiro pretende-se analisar a conjuntura de trabalho dos pacientes do SEAD. O que se espera encontrar junto a esses pacientes é um retrato do que acontece com maioria da população brasileira, vivendo com uma faixa de renda de até dois salários mínimos, empregados pelo setor privado, em sua maioria em atividades de serviço. Pode-se supor que os pacientes estejam acessando certo nível de proteção social, principalmente na área da saúde, e da assistência social, mas ainda insuficiente.

Esse quadro pode ter uma tendência de piora, tendo em vista a conjuntura atual de corte de gastos que os governos vêm adotando, o que recai negativamente sobre as políticas sociais, que são as primeiras a terem seus orçamentos reduzidos, prejudicando majoritariamente a classe mais pobre.

4. CAPÍTULO III. OS PACIENTES DO SEAD E SUAS FORMAS DE REPRODUÇÃO MATERIAL.

Essa pesquisa tem como objetivo geral analisar como as diferentes formas de reprodução material (trabalho formal, informal, apoio assistencial estatal ou filantrópico, benefícios previdenciários ou assistenciais, aposentadoria, apoio familiar, apoio comunitário ou rede de apoio extenso – conhecidos, amigos, etc.) interferem no envolvimento/processo do tratamento dos pacientes do serviço.

Desse modo, obter informações para melhor compreender as formas de manutenção da reprodução material dos pacientes pode viabilizar que os profissionais identifiquem pontos que dificultem sua adesão ao tratamento. Nem sempre aquilo que é idealizado pelo profissional ou pelo próprio paciente, como estratégia de tratamento, pode ser concretizado. Obter essas informações possibilitará traçar projetos possíveis, que estejam fora do contexto do uso de drogas e dentro da realidade de renda de cada paciente. É importante conhecer a realidade social do sujeito, e com isso ter um maior entendimento das possibilidades que podem ser formuladas para seu tratamento.

4.1. O Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas - SEAD

Foi criado no ano de 1990 dentro do Hospital Universitário de Brasília (HUB) o Programa de Atendimento ao Alcoolismo – PAA. Segundo o protocolo de atendimento, o PAA foi criado com o objetivo de reduzir a incidência do alcoolismo no Distrito Federal e colaborar no desenvolvimento de estratégias que pudessem beneficiar a população. Também foram traçados objetivos específicos, que visavam à recuperação do paciente alcoolista e a orientação aos seus familiares, à sensibilização da comunidade quanto aos problemas do alcoolismo, e a contribuição para a capacitação técnica das equipes de saúde que trabalham na área. O trabalho do PAA obteve resultados bastante positivos e com o passar do tempo sofreu uma reestruturação, e passou a atender usuários de outras drogas além do álcool, passando então em 2008 a se chamar, Serviço de Estudo e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas – SEAD. Esta mudança além de atender às novas demandas dos usuários e familiares incluiu mudanças de caráter administrativo, bem como novos desafios à equipe, que vem se atualizando para realizar uma abordagem mais ampla.

O SEAD possui uma equipe interdisciplinar, composta por assistente social, psicóloga, enfermeira, clínico geral, psiquiatra, residentes dos cursos de serviço social,

psicologia e psiquiatria, além da atendente de consultório¹⁶. Os profissionais trabalham em equipe, sempre buscando compreender os pontos de vista de cada um, demandando do saber profissional específico.

O público que demanda atendimento no SEAD compreende adultos de todas as classes sociais, atende-se tanto o dependente de substâncias psicoativas como seus familiares. Os usuários podem chegar ao serviço de maneira espontânea, por encaminhamento do próprio hospital, clínicas especializadas, outras instituições de saúde, pelo judiciário e empresas públicas e privadas. Hoje o SEAD tem em média 116 pacientes em tratamento.

Além de cuidados ao paciente, com a elaboração de um Plano Terapêutico Singular – PTS, realiza-se um trabalho voltado aos familiares desses usuários. No SEAD existem também atividades de ensino e capacitação profissional, fazendo cumprir o preceito de hospital-escola que é princípio do HUB. O setor recebe estudantes da Universidade de Brasília (UnB) para estágio e residência, além de capacitar pessoas da comunidade que demonstrem interesse. A equipe também se articula por meio de vínculos com outras instituições, como a rede de serviços públicos, para encaminhamentos necessários a cada paciente.

O Serviço trabalha com a política de redução de danos recomendada pelo Ministério da Saúde. De acordo com o quadro de saúde e estilo de vida do usuário, se for realmente necessário trabalha-se com a proposta de abstinência. Quando o usuário chega ao estado de abstinência da substância de uso, o trabalho pode ser desenvolvido

¹⁶ O SEAD passa por uma falta de profissionais em seu quadro, na presente data da apresentação deste trabalho havia apenas dois profissionais na equipe, uma assistente social e uma psiquiatra. As psicólogas que se encontravam no serviço, por motivos diversos, saíram e até então não foram substituídas. Os problemas começaram com mais intensidade após a gestão do hospital ter sido assumida por uma empresa público-provada. Em 2012, o Consuni (Conselho Comunitário) da UnB aprovou a adesão à Ebserh (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) e em 17 de janeiro de 2013, o Reitor desta universidade e o Presidente da Ebserh assinaram um contrato que transferiu para a referida empresa a gestão do HUB, com a qualificação da equipe gestora, saneamento financeiro e contratação de pessoal no regime de trabalho regido pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). Permitir que uma empresa com direito privada administre um órgão público, visando a eficácia e eficiência do serviço, pode trazer muitos problemas, entre eles identifica-se que os profissionais ficaram ainda mais amarrados a certos ditames burocráticos, são muito controlados em relação aos gastos com materiais e equipamentos de trabalho. O fazer mais com menos é visível na gestão Ebserh, exigindo que os profissionais sejam cada vez mais flexíveis e multifuncionais. Os funcionários do HUB acabam sobrecarregados, tanto concursados como terceirizados. Além da falta de recursos humanos há falta de material para realização dos trabalhos com maior qualidade e segurança.

com intuito de manutenção da abstinência. A redução de danos trata-se de uma perspectiva que estimula o paciente a reduzir os impactos negativos que o consumo de substâncias psicoativas traz para ele e para os que com ele convivem. Essa perspectiva não impõe o definitivo rompimento com o uso de drogas, mas propõe uma nova abordagem com base em uma reeducação e não em ações punitivas. A redução de danos não é um estímulo ao uso de drogas e apesar de se apoiar na tolerância e respeito às escolhas individuais, apresenta ao usuário maneiras e hábitos saudáveis, orientando sobre os riscos e prejuízos do consumo destas substâncias para que diante destas informações o usuário possa tomar decisões concretas e saber o que está fazendo.

Portanto, os profissionais em conjunto traçam a melhor maneira de tratamento para o paciente. A abstinência não é colocada de modo impositivo, sendo preciso estudar cada caso e avaliar quais são os riscos e atentar para que o usuário também possa ter poder de decisão em relação ao seu tratamento.

É importante citar que o SEAD desenvolve atividades com grupos, tanto grupos com pacientes, como grupos com familiares, onde passa informações e orientações, visando à melhoria na qualidade de vida dessas pessoas. Esse tipo de trabalho é importante, pois muitas vezes o que o usuário não consegue expressar durante uma entrevista individual pode ser captado pelos profissionais durante a realização do grupo. Estar em um ambiente com pessoas que passam pela mesma situação é motivacional, vão apoiando-se uns nos outros e torna-se mais possível enfrentar a situação.

Atualmente no SEAD funcionam quatro grupos: Ateliê de Convivência, grupo de homens, grupo de mulheres e grupo de familiares. O Ateliê de Convivência é um grupo dedicado a usuários com capacidades cognitivas afetadas pelo uso de substâncias psicoativas. No grupo ocorrem atividades que permitem a expressão de vivências do cotidiano, sentimentos e o fortalecimento da autoestima e autonomia. Ocorre a realização de trabalhos manuais, ações educativas e de socialização, os encontros ocorrem semanalmente. Com relação ao grupo de mulheres, é dedicado a mulheres usuárias de álcool, como forma de manutenção do tratamento. É um espaço onde elas compartilham suas experiências e histórias de vida, tanto relacionadas à dependência do álcool como de vivências cotidianas. Também ocorrem discussões reflexivas de temas escolhidos por elas, onde as coordenadoras do grupo expõem o tema de forma educativa

e informativa, buscando socializar informações que possam fortalecer a autonomia, cidadania e princípios de liberdade dessas mulheres, tem frequência mensal.

No grupo de homens participam pacientes que estão em períodos prolongados de abstinência do álcool, mantêm as funções cognitivas preservadas e não apresentam transtornos psicóticos, tem frequência quinzenal. O grupo de família ocorre uma vez por mês, é feito com os familiares dos pacientes, para que possam expressar suas angústias e dificuldades com relação ao tratamento de seu familiar, pois sabemos que a família na maioria das vezes também encontra-se adoecida e precisa também de ajuda. O grupo trabalha com a intenção de proporcionar a família um melhor entendimento da situação e da realidade do uso de drogas em um contexto amplo e também individual. Com isso os familiares podem auxiliar no tratamento do paciente e cuidarem uns dos outros.

Portanto, os objetivos do SEAD são: colaborar no desenvolvimento de estratégias que beneficiem a população no enfrentamento das questões relacionadas ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas; buscar a qualidade de vida do usuário do serviço e de seus familiares; sensibilizar a comunidade quanto aos problemas relacionados ao uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas e contribuir na capacitação técnica de estudantes e profissionais.

4.2. Perfil dos pacientes do SEAD a partir da amostra de pesquisa

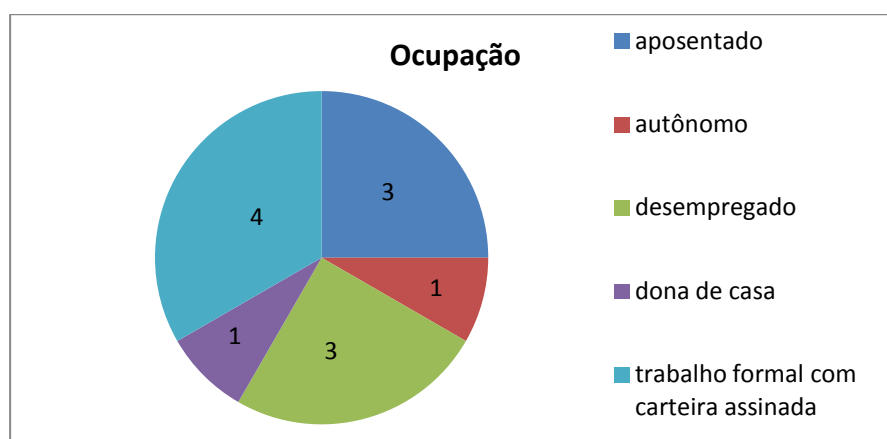
Foi aplicado um total de 12 (doze) questionários, dentre os quais, oito pacientes eram homens (66.7%) e quatro eram mulheres (33.3%). Entre os homens, três eram casados, um divorciado e cinco solteiros, já as mulheres uma casada, duas divorciadas e uma solteira. No que diz respeito a cor da pele, oito pacientes se declaram pardos (duas mulheres e seis homens), uma mulher declarou-se preta e três pessoas se declararam brancas (uma mulher e dois homens). Sendo assim, considerada a definição do IBGE, de que negros são os pretos e pardos, a maior parte dos pacientes que respondeu ao questionário é negra. Todos os entrevistados, exceto uma pessoa, têm 40 anos de idade ou mais, as idades variam de 34 a 72 anos. De todos os pacientes que responderam ao questionário, apenas dois nasceram no Distrito Federal, cinco nasceram em Minas Gerais, dois no Piauí, um no Ceará, um no Rio Grande do Norte e um no estado de Goiás.

No que diz respeito à moradia, a maior parte dos pacientes mora em regiões administrativas do Distrito Federal, dentre elas, São Sebastião (2), Planaltina (2), Samambaia (1), Ceilândia (1), Lago Norte (1) e Santa Maria (1), apenas uma pessoa mora na região administrativa de Brasília, na Asa Norte, o restante mora em cidades do entorno do DF, Novo Gama (1) e Águas Lindas (2). Nenhuma das pessoas mora de aluguel, nove delas tem casa própria e as outras três moram em residências cedidas. Quase todos os pacientes moram com algum tipo de familiar: pai, mãe, cônjuge, filho(a), irmão(ã), sobrinho(a), neto(a), cunhado(a), uma mulher mora sozinha e outra mora no trabalho. Do total, 10 pessoas têm filhos e duas pessoas não têm. Entre as pessoas com filhos, quatro delas têm cinco filhos cada uma, três pessoas têm três filhos cada, e as outras três têm um filho cada uma.

Com relação aos anos de escolaridade, quatro pessoas estudaram até a 4ª série do ensino fundamental, sendo dois homens e duas mulheres, dois homens estudaram até a 5ª série do ensino fundamental, três homens tem ensino médio completo e um deles fez até o 1º ano do ensino médio. Do restante das mulheres, uma é semialfabetizada e outra é analfabeta. Portanto, nesse caso, os homens têm mais anos de estudo que as mulheres, mas isso não é o que acontece em regra geral na sociedade brasileira, em médias as mulheres têm mais anos de estudo que os homens. Segundo o IBGE, em 2015 o número médio de anos de estudo para o brasileiro era de 7,8 anos, sendo o número médio de anos de estudo das mulheres maior que o observado entre os homens 8,0 e 7,6 anos, respectivamente.

Do total dos pacientes pesquisados, cinco trabalham fora e o restante (sete) não. Entre os que trabalham fora, dos homens um é funcionário público, outro é trabalhador autônomo e dois são empregados assalariados com carteira assinada, entre as mulheres apenas uma trabalha fora como empregada doméstica com carteira assinada. Dos pacientes que não trabalham fora, entre os homens três estão desempregados e um é aposentado, entre as mulheres, duas são aposentadas e uma é dona de casa. Sendo assim, 03 pacientes são aposentados, 04 tem trabalho formal com carteira assinada, 03 estão desempregados, uma é dona de casa e um é autônomo. Considerando trabalho formal com carteira assinada a junção entre funcionário público, empregado com carteira assinada e empregado doméstico com carteira assinada, configura-se, conforme gráfico abaixo, a seguinte relação de ocupação entre os pacientes do SEAD.

Gráfico 1. Formas de ocupação entre os pacientes do SEAD.

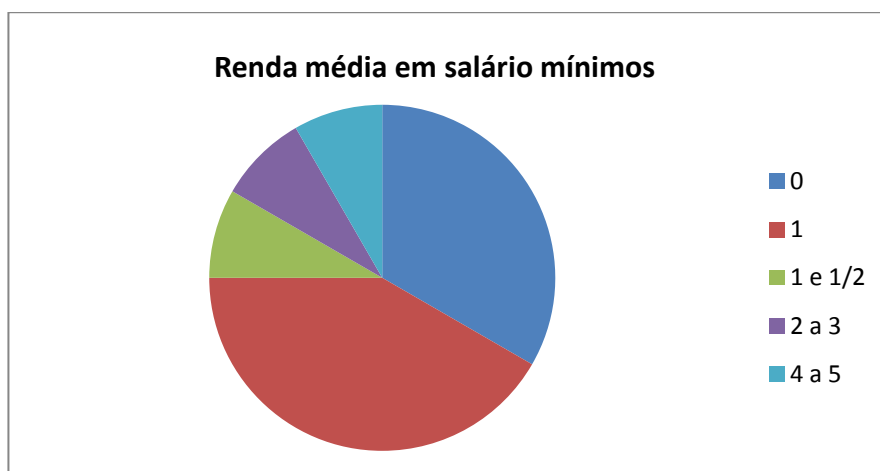


Fonte: Elaboração própria

Cinco pacientes, incluindo aqueles que estão aposentados, dizem já ter contribuído alguma vez para previdência social, dois dizem não estar contribuindo e nunca terem contribuído, um deles não está contribuindo e não soube informar se já contribuiu em algum momento, os quatro restantes estão contribuindo, pois possuem contrato formal de trabalho. Dentre os trabalhadores com contrato formal de trabalho, um deles está afastado por motivo de adoecimento e recebe auxílio doença do INSS (Instituto Nacional de Seguro Social), sendo o único a receber algum tipo de benefício do INSS no momento. Dos três que estão desempregados, um está nessa situação há 08 anos e os outros dois há mais ou menos 10 anos cada. Os discursos são parecidos, ambos afirmam não possuir condições de trabalhar por conta de sequelas que o adoecimento gerado pelo uso de álcool lhes causou, não tem acesso a benefícios da previdência social por não terem contribuído ou não estarem contribuindo no momento em que necessitaram, e não acessem benefícios da assistência social ou de outras redes de recurso institucional.

Com relação à renda individual dos pacientes, cinco deles têm uma renda média de um salário mínimo, um deles possui renda média de um salário mínimo e meio, outro recebe de dois a três salários mínimos, um deles recebe em média quatro a cinco salários mínimos e os quatro restantes não possuem nenhuma renda. Sendo assim, conforme gráfico abaixo, a maior parte dos pacientes (05) tem uma renda média de um salário mínimo ou não possuem nenhuma renda (04).

Gráfico 2. Renda média individual em salários mínimos



Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito à renda familiar média em salários mínimos, de acordo com o gráfico abaixo, quatro dos pacientes tem renda familiar média de 01 salário mínimo, quatro têm renda familiar média de 02 a 03 salários mínimos, um tem renda de 03 a 04 salários mínimos, um tem renda de 4 a 5 salários mínimos e um tem uma renda familiar média de 10 salários mínimos.

Gráfico 3. Renda média familiar em salários mínimos.



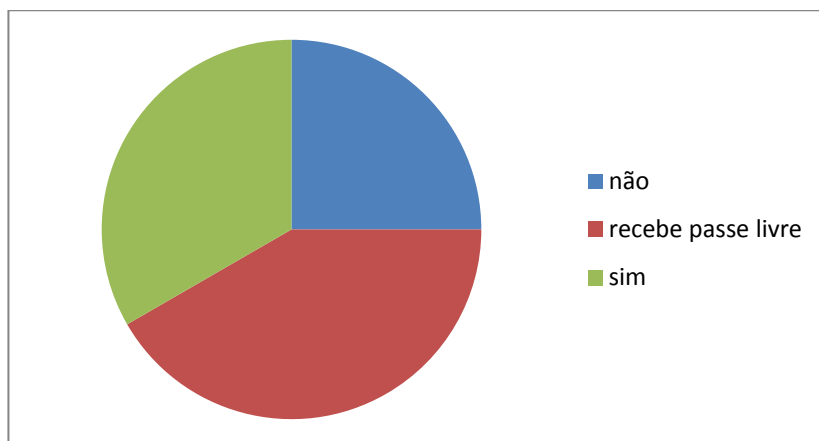
Fonte: Elaboração própria

Mais da metade dos entrevistados (sete) dizem contribuir nas despesas de casa, o restante não contribui, três por estarem desempregados, uma por ser dona de casa e não possuir renda e outra por morar no trabalho, sendo a patroa quem arca com todas as despesas da casa. Esses que não tem como contribuir nas despesas de casa são sustentados por seus familiares, a exemplo de cônjuge, pais e irmãos.

Nenhum dos pacientes que respondeu ao questionário diz receber Bolsa Família, BPC (Benefício de Prestação Continuada) ou qualquer outro tipo de apoio material do Estado, a exemplo de benefícios eventuais¹⁷ da assistência social. Nenhum deles recebe apoio material de instituições privadas sem fins lucrativos. Mas, no que diz respeito ao apoio material de familiares, cinco afirmam receber ajuda de familiares para suprir suas necessidades de reprodução material, dois dizem receber apoio material da comunidade, sendo em todos os casos o apoio da igreja. Um paciente disse que recebe ajuda material de amigos.

Com relação ao meio de locomoção utilizado para chegar até o SEAD, 10 deles chegam até o serviço por meio de transporte público, um paciente vem de carona e outro vem a pé. Cinco deles recebem passe de gratuidade para o transporte público, portanto, dizem não ter problemas com relação ao dinheiro para a passagem, quatro pacientes apesar de não terem passe livre, dizem não ter dificuldades em conseguir o dinheiro para o ônibus e três dizem já ter faltado às consultas por não ter dinheiro para a passagem. A grande maioria necessita pegar dois ônibus para chegar até o SEAD e dois ônibus para voltar para casa, entre as pessoas que não tem passe de gratuidade há um custo médio de R\$ 17.90 para ir às consultas.

Gráfico 4. Tem sempre dinheiro para passagem do ônibus?



Fonte: Elaboração própria

¹⁷ Os Benefícios Eventuais são previstos pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e oferecidos pelos municípios e Distrito Federal aos cidadãos e às suas famílias que não têm condições de arcar por conta própria com o enfrentamento de situações adversas ou que fragilize a manutenção do cidadão e sua família. (Retirado do site do Ministério do Desenvolvimento Social – MDS. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/beneficios-assistenciais/beneficios-eventuais>. Visualizado em: 24/08/2017 às 16h29min)

Com relação a substância psicoativa de maior consumo, todos os pacientes que responderam ao questionário estão em tratamento no SEAD em decorrência do uso abusivo ou dependência de álcool, um disse fazer uso também de merla e tiner (inalante) antes de iniciar tratamento e outro disse ter usado maconha e crack. Dois pacientes além do álcool consumiam tabaco, mas deixaram de usar, outros dois consomem tabaco ainda hoje.

Do total de pacientes entrevistados, quatro fazem parte do Ateliê de Convivência (sendo uma das mulheres e três dos homens) as outras três mulheres participam do grupo de mulheres e o restante dos homens (05) participa do grupo de homens. Além de participar dos grupos 10 desses pacientes passa regularmente pela psiquiatria e 09 tem atendimento psicológico frequente. Quando perguntados sobre as medicações, sete disseram sempre ter dinheiro para comprar os medicamentos receitados, enquanto cinco afirmaram já ter deixado de tomar medicamentos por não terem dinheiro para comprá-los.

No que diz respeito ao tempo que está em tratamento no serviço, quatro pacientes estão em tratamento há 04 anos, dois há 05 anos, dois estão há 10 anos e o restante, 03 meses, 01 ano e 13 anos. Portanto, em média os pacientes estão em tratamento no SEAD há 05 anos e 03 meses.

Com relação ao trabalho, sete dos pacientes disseram já ter enfrentado dificuldades na manutenção de algum trabalho em decorrência do uso abusivo ou dependência de SPAs. Um deles afirmou ter sido demitido por ser pego usando maconha em horário de trabalho, outro disse ter sido demitido por chegar embriagado no emprego. Todos disseram ter sido repreendidos por certos comportamentos decorrentes do uso de álcool, como chegar no trabalho de ressaca, faltas frequentes por não ter condições de trabalhar no dia seguinte, sair mais cedo por não ter condições de trabalho, sentir-se enjoado, com tremores, esquecimentos, o que dificulta um desempenho adequado de suas atividades e gera um caráter de irresponsabilidade.

Todos eles, sem exceção, disseram que ter uma renda certa no final do mês faria ou faz (se ela já existe) diferença na manutenção do tratamento, pois, ter um dinheiro certo, com o qual se pode contar para fazer compromissos e comprar coisas eventuais gera uma certa tranquilidade. Todos os pacientes que não tem renda disseram que se a tivessem poderiam ajudar seus familiares e contribuir nas despesas de casa e não

somente onerá-los com seus gastos, poderiam comprar remédios, roupas, comida, pagar a passagem do ônibus, etc. Um deles disse preocupar-se com a possibilidade do irmão não poder mais ajudá-lo, ficando desamparado, já que não tem trabalho, não recebe nenhum benefício do Estado e não tem contribuído com a previdência para que possa se aposentar no futuro.

4.3 Reflexões sobre os resultados da pesquisa

De acordo com o II LENAD (Levantamento Nacional de Álcool e Drogas), realizado em 2012, pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, o consumo de álcool na sociedade brasileira tem sido maior entre os homens que entre as mulheres, no ano de 2006, 65% dos homens declarou ter consumido bebida alcoólica em pelo menos uma ocasião durante o ano, enquanto isso a porcentagem entre as mulheres foi de 41%. Já no ano de 2012 a proporção de homens que consumiu bebida alcoólica em pelo menos uma ocasião no ano foi de 62%, enquanto a proporção de mulheres foi de 38%.

A substância psicoativa de maior consumo entre os pacientes do SEAD é o álcool. Dito isso, podemos observar que a maior parte dos pacientes atendidos no serviço não foge a regra nacional, sendo que a maior parte de homens, isso pode ser afirmado não somente porque a maioria das pessoas que se disponibilizou a responder ao questionário foi de homens, mas também pela constatação, segundo os profissionais e pela vivência cotidiana no serviço, que o número de homens que participa do grupo de homens é maior do que o número de mulheres que participa do grupo de mulheres, também no Ateliê de Convivência, um grupo aberto aos dois gêneros, existe um número maior de homens, sendo assim, tendo esses grupos como uma referência, o número de homens em tratamento no serviço seria superior ao de mulheres.

O fato do consumo de álcool ser maior entre os homens está relacionado a fatores sociais, como colocado no capítulo I, o álcool faz parte de vários processos de socialização, mas seu consumo muitas vezes é colocado de maneira diferente em relação a homens e mulheres. Na sociedade machista, patriarcal e patrimonialista em que vivemos a mulher deve se comportar de maneira exemplar e disciplinada, evitando fugir a padrões morais impostos. O ideário feminino é aquele do ambiente doméstico, da mulher frágil e cuidadora, já ao homem cabe ser dominante, viril, corajoso e

provedor. Em nossa sociedade os homens tem o “direito” de consumir bebida alcoólica, sair à noite com os amigos, frequentar locais como bares, sendo uma forma de relaxamento e lazer, tendo livre acesso a uma vida pública. Enquanto isso, as mulheres devem permanecer em uma vida privada, cuidando da casa e dos filhos.

As mulheres que consomem bebida alcoólica e outras drogas muitas vezes sofrem preconceito, são julgadas como irresponsáveis e vulgares, elas não podem abandonar seus papéis sociais de mãe e esposa para terem uma vida boêmia. De acordo com Quiñones (1988) e Griffith (1999) o surgimento do uso de álcool nas mulheres acontece a partir de eventos significativos, de ameaça aguda a adequação feminina, como problemas conjugais ou de relacionamentos interpessoais, um aborto espontâneo, um ou os filhos deixando o lar. Já entre os homens, o início desse uso pode estar associado com fracassos profissionais, a não capacidade de ser o provedor de seu lar.

Quase todos os pacientes, exceto um deles, moram em regiões administrativas ou em cidades do entorno do Distrito Federal, em regra geral necessitam pegar dois ônibus para chegar até o SEAD, segundo alguns deles é um trajeto demorado e cansativo, disseram que a distância algumas vezes chega a desmotivar a permanência no tratamento. Com relação à moradia, apesar de alguns pacientes reclamarem da distância, nenhum deles mora de aluguel, a maioria tem casa própria ou mora em residência cedida, o que é um fator positivo, pois morar de aluguel seria uma despesa a mais, a qual pode ser que alguns deles não teriam condições de arcar, o que dificultaria sua manutenção material, deixariam de comprar muitas coisas para pagar o aluguel e isso poderia interferir no tratamento, os deixando com dificuldades para comprar medicamentos, pagar passagem, etc.

Como foi colocado, a grande maioria dos pacientes se utiliza do transporte público para chegar ao SEAD, quase metade deles (cinco) tem gratuidade no transporte, recebendo passe livre, quatro apesar de não terem passe livre disseram não ter dificuldades em conseguir dinheiro para a passagem. Sendo assim, os três restantes disseram já ter faltado aos atendimentos por não ter dinheiro para a passagem. Mesmo havendo um número razoável de pessoas que já faltou aos atendimentos por não ter dinheiro para passagem, pensava-se que esse número seria maior. Talvez a quantidade de pessoas que deixaria de comparecer aos atendimentos por não ter dinheiro para pagar a passagem do ônibus fosse maior caso não tivessem acesso ao passe livre. Ou seja, o

fato de muitas pessoas não terem dificuldade em conseguir o dinheiro da passagem pode estar relacionado ao acesso do passe livre, se ele não fosse acessível, esse número poderia aumentar. Juntando aqueles que têm passe livre com os que dizem não ter problemas com dinheiro para passagem, nove pacientes não tem problema com relação a essa questão, o que é um ponto positivo.

Com a relação à medicação, quatro afirmaram já ter deixado de tomar medicamentos por não terem dinheiro para comprá-los. Tomar a medicação receitada pela psiquiatria é um ponto importante do tratamento, pois muitas vezes essa medicação auxilia nas crises de abstinência, no que diz respeito à ansiedade, nervosismo. Mesmo que a proposta para o paciente seja de redução de danos e não de abstinência, a pessoa vai sentir dificuldades em reduzir esse consumo e a medicação pode ajudá-la. Como nem todos os pacientes têm o mesmo organismo e padrão de consumo, então isso pode variar.

Como foi colocado no capítulo II, na sociedade capitalista as pessoas vendem sua força de trabalho como meio de obter recursos para suprir suas necessidades materiais. O trabalho sendo uma mercadoria é pago com dinheiro (salário), é por meio desse salário que as pessoas compram ou pagam por mercadorias e serviços necessários para a reprodução material de suas vidas. Somente 04 pacientes do SEAD têm um trabalho formal e 03 deles são aposentados. Sendo assim, é por meio do trabalho assalariado ou da aposentadoria que sete dos pacientes supre suas necessidades materiais, tendo uma fonte fixa de renda todo mês. Mas, fica muito claro que essa renda ainda é baixa e acabando sendo menor que a média da população brasileira.

Nenhum dos pacientes recebe apoio material do Estado ou de instituições privadas sem fins lucrativos (terceiro setor) para suprir ou auxiliar em sua reprodução e manutenção da vida. Hoje aqueles que não possuem renda ou tem uma renda baixa vivem da ajuda e apoio material de familiares, da comunidade ou de amigos, sendo a família a maior rede de apoio para esses pacientes. Logo, pode-se constatar que a família continua sendo para essas pessoas a principal fonte de proteção social, já que nenhuma delas recebe Bolsa Família, BPC ou qualquer outro tipo de benefício da assistência social, apesar de alguns pacientes terem perfil e possivelmente se enquadrarem dentro dos critérios estabelecidos pela política para receber determinados benefícios. Talvez, a burocracia ou a falta de informação possam ser fatores que

dificultem alguns pacientes no acesso a benefícios da política de assistência social, dois deles, por exemplo, disseram que estão com processo aberto e tentam receber o BPC há algum tempo, mas não sabem se vão conseguir.

Ressalta-se com isso a importância de garantir ações e benefícios assistenciais para essas pessoas, já que nenhuma delas vem recebendo apoio material do Estado, o que acaba sobrecarregando a família, que além de desprender todo o apoio emocional, também fica responsável pela parte financeira. Dessa forma o Estado mais uma vez acaba por responsabilizar a família no cuidado com seus membros, mas não lhes proporciona recursos que possibilitem a isso, sendo que na verdade também uma responsabilidade sua.

Os pacientes que não tem rendimento de trabalho, pouco mais de 28% são sustentados pelos familiares, se for levado em consideração que a renda média mensal familiar desses pacientes também é baixa, ficando entre 01 e 03 salários mínimos, não é fácil para essas famílias arcarem com as despesas dessas pessoas, que demandam diversos cuidados e gastos, tanto com mercadorias como remédios, comida, calçados, como de serviços como de água, luz, telefone, internet, etc. Duas pessoas mesmo tendo um rendimento próprio dizem receber também ajuda financeira de familiares.

A média de tempo de tratamento no SEAD é de 05 anos e 03 meses. Inclusive, dois pacientes que estão desempregados estão em tratamento há bastante tempo, 03 e 04 anos, mesmo sem um rendimento de trabalho eles continuaram o tratamento, demonstrando que nesses casos a falta de um rendimento próprio não foi decisiva para se envolver e continuar com o tratamento, o que só foi possível, pois houve apoio financeiro dos familiares.

Quatro pacientes disseram ter conhecido o SEAD por influências relacionadas ao seu local de trabalho, isso pode ser um ponto positivo se demonstrar que os empregadores tem tido preocupação com o adoecimento de seus empregados com relação ao uso de álcool e outras drogas. Levando em consideração que sete disseram ter tido algum tipo de dificuldade na manutenção de um trabalho por conta do adoecimento gerado pelo uso de SPAs. É de fundamental importância que os empregadores estejam instruídos e se possível apoiar seus funcionários, os encaminhando a tratamentos e ajuda profissional.

Sem contar os pacientes que estão trabalhando formalmente e os que estão aposentados, nenhum dos outros está contribuindo para a previdência social. Pode ser que eles não estejam contribuindo por falta de informação ou mesmo pela falta de dinheiro. É importante conscientizá-los que podem contribuir, mesmo que não estejam trabalhando de carteira assinada, para que no futuro possam se utilizar dos benefícios do INSS. Eles podem contribuir seja como contribuinte individual, para aqueles que são autônomos ou como segurados facultativos para aqueles que não trabalham ou não possuem renda, fazem parte desta categoria os estudantes, donas-de-casa, desempregados, entre outros.

Quando perguntado quais as dificuldades em relação à manutenção do tratamento, apenas um deles relatou uma dificuldade relacionada a fatores materiais/financeiros, no caso, disse se preocupar com o gasto que o irmão tem com a gasolina todas as vezes que precisa levá-lo aos atendimentos, relatou sentir-se mal por essa responsabilidade colocada sobre o irmão. Essa foi à única dificuldade desse tipo, as outras respostas foram relacionadas a fatores subjetivos, como por exemplo, medo de si mesmo, de não dar conta, de não ter força de vontade suficiente para continuar, medo das recaídas. Outros fatores citados foram a dificuldade de ir aos atendimentos sozinho e a distância do SEAD em relação ao local onde moram. Seis pacientes não conseguiram, no momento que respondiam ao questionário, pensar em nenhuma dificuldade em relação ao seu tratamento, um deles afirma não ter nenhuma dificuldade, o problema foi justamente não ter se dado conta antes que estava doente e precisava de tratamento.

Quando perguntados sobre o que poderia acontecer em suas vidas para facilitar o seu tratamento, esperava-se ouvir mais respostas relacionadas à melhoria de renda, mas poucos deles enfatizaram essa questão, talvez pelo fato de não terem entendido a pergunta. Diferente da pergunta anterior que perguntava o que dificulta seu tratamento, essa pergunta estava mais relacionada a formas de organização de vida, em relação à perspectivas, projetos, desejos e realizações. Mesmo tentando explicar a eles, acabaram dando respostas relacionadas ao que poderia acontecer para facilitar o tratamento.

Sendo assim, um deles disse que receber BPC facilitaria o tratamento, pois dessa forma poderia comprar coisas para sua casa e ter certa independência, não dependendo só do irmão para comprar tudo que precisa. Outro paciente disse que se tivesse uma

renda própria facilitaria seu tratamento, pois iria parar de dar despesas para a mãe e a irmã, com isso se sentiria melhor. As outras respostas foram relacionadas a ter um tratamento como o SEAD mais perto de casa, com acompanhamento terapêutico e atenção regular. Outro paciente disse que cortar os remédios seria algo bom, pois não gosta de tomá-los. Uma paciente afirma que continuar as consultas com a gastroenterologia seria algo que melhoraria seu tratamento.

O fato dos pacientes terem relatado dificuldade na locomoção até o SEAD, devido à distância, faz refletir sobre a necessidade da ampliação de iniciativas e serviços de saúde como o SEAD, isso pode significar que os CAPS AD, espalhados pelo DF, a exemplo de Brasília (no Setor Comercial Sul), Guará, Taguatinga, Itapoã, Ceilândia, Sobradinho II e Samambaia, que deveriam estar fazendo esse papel, não estão conseguindo executar o serviço como deveria. Como foi colocado no capítulo I, o CAPS AD oferece um serviço bem parecido com o feito no SEAD, tem funcionamento ambulatorial e de hospital-dia, com um trabalho interdisciplinar e integral que procura oferecer e criar uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. O SEAD pode se utilizar dos CAPS como uma das principais redes de encaminhamento, se o paciente desejar se tratar próximo a sua residência, mas para que isso ocorra é importante que os serviços funcionem de fato e haja uma boa articulação entre as redes.

É importante que a população tome conhecimento da existência dos CAPS AD, cobre melhorias na oferta do serviço e também em sua ampliação para mais cidades, assim como, o Estado deve em suas políticas de governo se responsabilizar de modo mais ampliado por essas instituições, possibilitando que tenham financiamento e recursos humanos para que o serviço possa ser executado como ele de fato é previsto em lei.

Foi possível perceber que de fato ter uma renda, um dinheiro com o qual se pode contar para comprar coisas como, comida, remédios, produtos de higiene pessoal interfere na autoestima do paciente, pois todos aqueles que dependem financeiramente dos familiares disseram querer poder comprar suas próprias coisas, querer caminhar com as próprias pernas, tomar certas decisões. Foi possível perceber que quanto mais tempo de tratamento, quanto mais comprometida com sua melhora a pessoa está, mais ela demanda por autonomia. Foi possível perceber também que aquelas pessoas que realmente estão refletindo e buscando uma melhora de sua saúde física e mental, mesmo

que dependendo da família e sentindo que estão dando trabalho aos familiares, querem continuar melhorando. Isso pode estar relacionado com o grau de vínculo e afetividade familiar que esses pacientes têm com seus familiares. Pode ser que aqueles pacientes que não tem renda e também não tem o apoio familiar não consigam se estruturar da mesma forma do que aqueles que não têm renda, mas tem o apoio dos familiares.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipótese levantada pela pesquisa era de que os pacientes que se mantêm ocupados e com formas fixas de manutenção de renda teriam maior chance de aderir ao tratamento. O fato de estarem ocupados e terem uma renda os traria certa estabilidade e uma sensação de controle sobre a própria vida. Quanto mais autonomia para fazer suas próprias escolhas, maior poderia ser o sentimento de motivação, o que poderia não acontecer com aqueles que dependem de outras pessoas, de algum auxílio ou benefício da assistência social, dentre outras formas incertas para conseguir se manter, podendo ser um fator impeditivo e desestimulante ao tratamento.

A hipótese foi confirmada, já que todos os pacientes disseram que ter uma renda certa no final do mês os ajuda, ou ajudaria, a ficarem mais tranquilos. Disseram que poderiam comprar suas coisas e tomar mais decisões, o que os levaria a ter mais autonomia. Mesmo aqueles que não possuem uma renda própria tem alguém da família para lhes garantir sustento material. Logo, é por meio da renda dos familiares que o paciente acessa os recursos materiais para sua sobrevivência. Ter uma garantia de renda, mesmo que não venha do próprio bolso, e sim da família, é um diferencial. Se o paciente não tem uma renda e seus familiares também não, as coisas se complicam ainda mais. Portanto, aqueles pacientes que não tem renda e se utilizam da renda familiar como garantia, tem na família o seu ponto de apoio financeiro. O recurso que vem dos familiares acabam sendo uma garantia, o que lhes permite continuar em tratamento.

Quase nenhum paciente apontou dificuldades financeiras como um impeditivo a seu tratamento. Isso pode significar que a família lhes mantém sem cobranças, sem exigências de uma contrapartida por estarem tendo despesas com essa pessoa. O fato de terem citado dificuldades de forma mais subjetiva, como o medo de não ser capaz de dar continuidade ao tratamento, responsabilizando somente a si mesmo. Leva a pensar que nem sempre os pacientes tem consciência de que o uso de álcool e outras drogas também é um fator externo, que vem também das relações sociais a qual ele está inserido, e que não deve individualizar o problema e tomar essa culpa somente para si.

Serviços como o SEAD são de fundamental importância para a saúde física e mental de pessoas que fazem uso abusivo ou são dependentes de SPAs. Tendo em vista que muitos pacientes reclamaram da distância do serviço para suas casas, existe a

necessidade de que sejam mantidos e ampliados serviços como este, principalmente nas localidades próximas aos usuários que mais necessitam. É importante para a população como um todo que serviços como o SEAD e o CAPS AD, estejam presentes nas comunidades, pois as problemáticas relacionadas ao uso abusivo e dependência de drogas têm sido cada vez mais frequentes.

É importante que os profissionais desses serviços, não somente a Assistente Social, que já deve fazer isso por obrigatoriedade ético-política, incentivem os usuários na tomada de consciência para que lutem e reivindiquem melhorias e ampliações nesses serviços. É preciso que haja uma ampliação da participação democrática nas tomadas de decisão em relação a essas políticas de saúde.

De fato, ter um rendimento em dinheiro é um fator estimulante ao tratamento, pois possibilita autonomia. Todos aqueles que dependem de familiares reclamaram de dificuldades e que se sentem de certa forma envergonhados por dependerem de outras pessoas, mas isso não se tornou um fator decisivo para desistirem. Esperava-se ouvir dos usuários mais respostas com dificuldades relacionadas à questão da renda, todos disseram que ter renda faz ou faria diferença em seu tratamento. Mas o que pode ser percebido é que quando a pessoa toma consciência que está adoecida e se coloca realmente disposta a se cuidar, mudar seu padrão de consumo, ela enfrenta as dificuldades de um modo mais aberto, mesmo tendo que depender de outras pessoas. Muitas vezes ter o apoio da família é mais importante do que ter uma estabilidade financeira, se não fosse pelo apoio financeiro e afetivo dos familiares a maioria dos pacientes não teria condições de continuar no tratamento. Isso porque o Estado está sendo ineficaz e ineficiente nesse apoio.

Grande parte dos serviços de atenção à saúde voltados a usuários de álcool e outras drogas não somente auxiliam os usuários, mas também a seus familiares. A família é um ponto importante no tratamento, diria que fundamental em certos casos. Também a conscientização e trabalho com a comunidade deve ser ampliada, para que a pessoa possa se sentir acolhida no lugar onde mora. Muitas vezes o preconceito que a própria comunidade incide sobre a pessoa lhe faz sentir-se desmotivada ao tratamento.

Ao mesmo tempo em que a renda é um fator muito importante, o paciente pode ter dinheiro para a passagem, para a gasolina, disposição para ir a pé, dinheiro para os medicamentos, mas em alguns casos se não tiver alguém para acompanhá-lo aos

atendimentos ele deixará de ir. Ele pode até estar desempregado, mas se tem uma boa vinculação com seus familiares, que o apoiam no tratamento e lhe mantêm financeiramente ele consegue se estruturar e se envolver com as atividades do serviço.

Por isso é importante que o Estado auxilie essas famílias, se responsabilize e não somente deixe a cargo dos familiares a responsabilidade de cuidado a essas pessoas. A dificuldade no acesso aos serviços e benefícios da política de assistência social parece ser frequente, assim como aos benefícios do INSS. Quando a pessoa está adoecida por motivos relacionados à dependência de drogas e incapaz para o trabalho, nem sempre é fácil comprovar esse tipo de adoecimento, instituições como a previdência nem sempre autorizam benefícios como o BPC ou auxílio doença, tendo a justificativa da dependência química para requerer aos benefícios. Geralmente, só quando a pessoa já está com a saúde muito comprometida é que consegue acessar esses benefícios. A burocracia, com critérios dificultosos e a falta de informação são fatores que dificultam ainda mais esse acesso.

O Trabalho pode funcionar não só como fonte de renda, mas se levado em conta a perspectiva da redução de danos, manter a cabeça ocupada, ter algo com que se preocupar e se motivar pode reduzir o consumo de SPAs. Portanto, o trabalho realizado em oficinas produtivas, que no caso do SEAD acontece no Ateliê de Convivência, é muito importante para os pacientes. Mesmo que a oficina não tenha a finalidade de geração de renda, influi diretamente na autonomia e na capacidade de sentir útil e produtivo, sendo capaz de organizar a vida em torno de outros projetos que fogem ao uso de drogas, o que é muito positivo.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Marcelo Ribeiro; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. A História das Drogas In: SILVEIRA, Dartiu Xavier. Panorama Atual de Drogas e Dependentes. _1 ed._ São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

AZEVEDO, Celia M. Marinho. “Capítulo IV: Reflexões sobre o Racismo e o Destino do Ex-Escravo” IN: Abolicionismo Estados Unidos e Brasil: Uma História Comparada (século XIX). São Paulo: Annablume, 2003.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD): síntese de indicadores 2015 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro, 2016.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. – 7. ed. – Brasília, 2014.

BRASIL, Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas. Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas: leitura recomendada para alunos a partir do 7º ano do ensino fundamental/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; conteúdo e texto original: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. 5. ed. 7reimpr. – Brasília: Ministério da Justiça, 2015.

BEHRING, Elaine Rossetti. “Política social: notas sobre o presente futuro”. In: Política Social: Alternativas ao Neoliberalismo / Organizadores: Ivanete Boschetti, Potyara A.P. Pereira, Maria Auxiliadora César, Denise B. B. de Carvalho. – Brasília: UnB, Programa de Pós-graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2004.

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. A Construção Social da Realidade: tratado de sociologia do conhecimento. Tradução de Floriano Souza Fernandes. Petrópolis, Vozes, 198.

BOSCHETTI, Ivanete. Dos Direitos do Trabalho à Cidadania Social (Cap. III). In: *Seguridade Social e Trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil*. Brasília: Letras Livres: Editora UnB, 2006.

BOSCHETTI, Ivanete. *Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação*. In Ivanete Boschetti; Samara Paulo Francelino Ribeiro; Tânia Maria Ramos de Godoi Diniz; Neile d'Oran Pinheiro; et al (Org.). *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Edição: CFESS e ABEPSS, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. “Os Custos da Crise para a Política Social”. In: *Capitalismo em Crise. Política Social e Direitos*. Ivanete Boschetti; Elaine Rossetti Behring; Silvana Mara de Moraes dos Santos; Regina Célia Tamasso Miotto. (Org.). São Paulo: Cortez, v. 1, (64-85), 2010.

CASTEL, Robert. *A proteção próxima (cap. I)*. In: *As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário / tradução de Iraci D. Poeti*. Petrópolis, RJ : Vozes, 1998.

COSTA, Márcia da Silva. *Trabalho informal: um problema estrutural básico no entendimento das desigualdades na sociedade brasileira*. Caderno CRH, Salvador, v. 23, n. 58, p. 171-190, Janeiro/Abril, 2010.

CRESWELL, John W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Tradução: Luciana de Oliveira da Rocha. - 2. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2007.

DEDECCA, Cláudio Salvadori. *Notas sobre a Evolução do Mercado de Trabalho no Brasil*. Revista de Economia Política, vol. 25, nº 1 (97), pp. 94-111, janeiro-março/2005.

DI GIOVANNI, Geraldo. *Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual*. In: OLIVEIRA, M. A.(org). *Reforma do Estado e política de emprego no Brasil*. Campinas, SP: UNICAMP, 1998.

FERNANDES, Florestan. *A integração do negro na sociedade de classes*. Volume 1 ensaio de interpretação sociológica. 5ª edição. Editora Globo, 2008.

FIORI, Maurício. *Uso de drogas como Questão Social – instituição e desdobramentos*. In: *Uso de “drogas” controvérsias médicas e debate público*. 2007

FIORI, Maurício. *O lugar do Estado na questão das drogas: O paradigma proibicionista e as alternativas*. Novos Estudos, CEBRAP 92, março 2012, pp. 9-21.

FIORI, Mauricio. Capítulo 1, Apresentação teórica e recorte empírico. In: Uso de drogas: substâncias, sujeitos e eventos. Campinas, São Paulo, 2013.

FLEURY, Sônia. Por uma sociedade sem excluídos(as). Observatório da Cidadania, 2007. Disponível em: <http://www.inesc.org.br/biblioteca/publicacoes/outras-publicacoes/social-watch-2007/Social%20Watch%202007%20sociedade%20-%20Sonia%20Fleury.pdf>. Visitado em: 20/01/2017 as 18 horas e 17 minutos.

GRIFFITH, Edwards; MARSHALL, Jane; COOK, Christopher. O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde. Trad: Maria Adriana Verísssimo Veronese. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

GOFFMAN, Evering. Estigma, la indentidad deteriorada. 1ª ed. 10ª reimp. – Buenos Aires: Amorrortu, 2006.

Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) –2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.]. São Paulo, 2014.

JUNIOR, Norberto Coutinho. Controvérsias a respeito da eficácia da lei antidrogas. Artigo publicado no site do TJDFT, página da Imprensa em Artigos, em 29/07/2013. Disponível em <http://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/artigos/2013/controversias-a-respeito-da-eficacia-da-lei-antidrogas-norberto-coutinho-junior>. Visualizado em 21/07/2017.

KARAM, Maria Lucia. A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: Beatriz Caiuby Labate, et al, (orgs.). Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.

KIRDEIKAS, João Carlos Vieira. O Estado e a formação do mercado interno para o capital no Brasil: 1850-1903. (Dissertação de mestrado, Economia). Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

LABETE, Beatriz Caiuby; FIORI, Maurício; GOULART, Sandra Lúcia. Introdução. In: Beatriz Caiuby Labate, et al, (orgs.). Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.

MARTINS, João; MACRAE, Edward. Por um olhar sociocultural sobre a questão das drogas. In: Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua. Organizadores: Antonio Nery Filho, Andréa Leite Ribeiro Valério. – Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010.

MARX, Karl. Capítulo XXIV A assim chamada acumulação primitiva. In: O Capital: Crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital/Karl Marx; [tradução de Rubens Enderle]. São Paulo: Boitempo, 2013.

MINAYO, Maria Célia de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social (Cap. I). In: Maria Célia de Souza Minayo (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001

MIOTO, Regina Célia. Família, trabalho com família e Serviço Social. Serviço Social, Revista, Londrina, V. 12, N.2, P. 163-176, JA./JUN. 2010.

NEVES, Delma Pessanha. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(1):7-36, janeiro- fevereiro, 2004.

PEREIRA, Camila Potyara. A pobreza, suas causas e interpretações: destaque ao caso brasileiro. Ser Social, Brasília, n. 18, p. 229-252, jan./jun. 2006.

PEREIRA, Potyara A. Questão Social, Serviço Social e Direitos da Cidadania. In: Temporalis/ Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano. 2, n.3 (janeiro/julho 2001). Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

POCHMANN, Marcio. Capítulo 1: “Sociedade salarial no Brasil e ruptura neoliberal”. In: Desenvolvimento, trabalho e renda no Brasil : avanços recentes no emprego e na distribuição dos rendimentos / Marcio Pochmann. – São Paulo: editora Fundação Perseu Abramo, 2010. 104 p.: il. – (Brasil em debate ; v. 2).

POCHMANN, Marcio. Capítulo 4: “Desempregados do Brasil”. In: Riqueza e miséria do trabalho do Brasil / Ricardo Antunes (organizador). – São Paulo: Boitempo, 2006. 3ª impressão: maio de 2013.

PRATTA, Elisângela Maria Machado. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília, abril-junho 2009, Vol. 25 n. 2, pp. 203-211.

QUIÑONES, Graciela. Aspectos psicológicos. In: BELASCAUN, Miguel E. e cols. Del Beber Al Alcoholismo. Buenos Aires: Daimôn, 1988.

RAMOS, Rauta. Para o estudo do processo de precarização e das novas modalidades de trabalho, sob o impacto da Revolução Informacional. In: Maria de Fátima Cabral Marques Gomes; Maria José de Souza Barbosa. (Org.). Cidade e Sustentabilidade: Mecanismos de controle e resistência. Rio de Janeiro: Terra Vermelha, 2010, v. 1.

RODRIGUES, Thiago. Tráfico, Guerra, Proibição. In: Beatriz Caiuby Labate, et al, (orgs.). Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.

SALVADOR, Evilásio; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. Orçamento e Políticas Sociais: metodologia de análise na perspectiva crítica. Revista Políticas Públicas, São Luís, v. 18, n 1, p. 15-32, janeiro/julho de 2014.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. Caracterização do fenômeno e da população em situação de rua (Cap. II). In: Trabalho e população em situação de rua no Brasil. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVEIRA, Dartiu Xavier da Silva. Dependências: de que estamos falando, afinal? In: Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD/ Dartiu Xavier da Silveira Filho, Mônica Gurgulho. __São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

SILVEIRA, Dartiu Xavier; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. Reflexões Preliminares Sobre a Questão das Substâncias Psicoativas In: SILVEIRA, Dartiu Xavier. Panorama Atual de Drogas e Dependentes. _1 ed._ São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

SILVEIRA, Dartiu Xavier. Reflexões Sobre a Prevenção do Uso Indevido de Drogas in Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde/ Marcelo Niel & Dartiu Xavier da Silveira (orgs). – São Paulo, 2008.

THEODORO, Mário. Capítulo 1: A formação do mercado de trabalho e a questão racial no Brasil. In: As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil : 120 anos após a abolição / Mário Theodoro (org.), Luciana Jaccoud, Rafael Osório, Sergei Soares . – Brasília : Ipea, 2008.

THEODORO, Mário. Capítulo 3: “As características do mercado de trabalho e as origens do informal no Brasil”. In: Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo / Luciana Jaccoud, organizadora ; Frederico Barbosa da Silva ... [et al.]. – Brasília : IPEA, 2005, reimpressão, 2009.

VARGAS, Eduardo Viana. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: Beatriz Caiuby Labate, et al, (orgs.). Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.

7. ANEXOS

7.1. Questionário de Pesquisa



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

FORMAS DE REPRODUÇÃO MATERIAL DOS PACIENTES DO SERVIÇO
DE ESTUDOS E ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA- SEAD/HUB E SEUS IMPACTOS NO TRATAMENTO.

Dados pessoais:
1. Qual seu primeiro nome?
2. Qual a sua idade? _____
3. Qual seu gênero? Feminino () Masculino ()
4. Para você, qual a sua cor? a. () branca b. () preta c. () parda d. () amarela e. () indígena
5. Em qual cidade você nasceu? _____ UF ()
6. Qual seu estado civil? a. () Casado(a) / amasiado (a)/ vive junto; b. () Divorciado(a) / separado (a) / desquitado (a) c. () Viúvo (a) d. () Solteiro (a)
7. Você tem filhos? () Sim () Não Número de filhos __ __ Idades: _____
Escolaridade:
1. Até que série escolar você completou? (não ler as alternativas, marcar de acordo com a resposta). a. () não sabe ler e escrever b. () sabe ler e escrever c. () não sabe informar d. () ensino fundamental: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () não sabe e. () ensino médio: () 1 () 2 () 3 () não sabe f. () ensino superior () incompleto () completo
Residência:
1. Onde você mora?() 1. Brasília, 2. Gama, 3. Taguatinga, 4. Brazlândia, 5. Sobradinho, 6. Planaltina, 7. Paranoá, 8. Núcleo Bandeirante, 9. Ceilândia, 10. Guará, 11. Cruzeiro, 12. Samambaia, 13. Santa Maria, 14. São Sebastião, 15. Recanto das Emas, 16. Lago Sul, 17. Riacho Fundo, 18. Lago Norte, 19. Candangolândia, 20. Águas Claras, 21. Riacho Fundo II, 22. Sudoeste/Octogonal, 23. Varjão, 24. Park Way, 25. SCIA, 26. Sobradinho II, 27. Jardim Botânico, 28. Itapoã, 29. SIA, 30. Vicente Pires, 31. Fercal, 32. Outros: _____

2. Há quanto tempo você reside no DF? __ __ anos ou __ __ meses ou __ __ dias
3. Antes de morar no DF, onde você morava? _____ UF __ __
4. Sua residência é: a.() Própria b.() Alugada c.() Cedida d.() Outros: _____
5. Quem são as pessoas que moram com você? (pode ser mais de uma opção) a. () cônjuge ou companheiro(a) b. () filho(a) do entrevistado e do cônjuge c. () filho(a) somente do entrevistado d. () enteado(a) e. () genro ou nora, sogro(a) f. () pai, mãe, padrasto ou madrasta g. () neto(a), bisneto(a) h. () irmão ou irmã i. () avô ou avó j. () sobrinhas/os k. () outro parente l. () convivente m.() outros: _____
Trabalho:
1. Você trabalha fora? A. () Sim b. () Não b.1 () dona de casa b.2 () aposentada/o b.3 () desempregada/o
2. Você é: a. () Trabalhador/a doméstico/a b. () Empregado/a assalariado/a com carteira assinada c. () Empregado/a assalariado/a sem carteira assinada d. () Empregador /a e. () Trabalhador /a por conta própria. Qual atividade? _____ f. () Trabalhador/a não remunerado/a de membro da unidade domiciliar (trabalha em negócio familiar) h. () Outro. Qual?
3. Qual sua profissão? _____ 3.1. Qual sua atividade atual: _____ 3.2. Há quanto tempo está na situação indicada: __ __ anos ou __ __ meses ou __ __ dias 3.3. Tempo de afastamento do trabalho: _____ 3.4.Motivo: _____
4. Se não for aposentado, contribui ou já contribuiu para o INSS? () Contribui () Já contribuiu () Não contribui
5. No momento, recebe algum benefício do INSS? Qual? _____
6. Qual seu horário de trabalho? a.() tempo integral b. () turno da manhã c.() turno da tarde d.() turno da noite e.() revezamento escala

Renda:
<p>1. Qual a sua renda em salários mínimos:</p> <p>a. () Menos de um b. () Um c. () Dois a três d. () Quatro a cinco e. () Seis a sete f. () Oito a nove g. () Dez e acima h. () Não tem i. () Não sabe</p>
<p>2. Quem contribui nas despesas da sua casa? (pode ser mais de uma opção)</p> <p>a. () você b. () seu companheiro/a c. () outros moradores. Quem? _____ d. () outras pessoas que não mora com você. Quem? _____</p>
<p>3. Qual a sua renda familiar em salários mínimos:</p> <p>a. () Menos de um b. () Um c. () Dois a três d. () Quatro a cinco e. () Seis a sete f. () Oito a nove g. () Dez e acima h. () Não tem i. () Não sabe</p>
<p>4. Quem são as pessoas que dependem financeiramente de você? (pode ser mais de uma opção)</p> <p>a. () cônjuge ou companheiro(a) b. () filho(a) do entrevistado e do cônjuge c. () filho(a) somente do entrevistado d. () enteado(a) e. () genro ou nora, sogro(a) f. () pai, mãe, padrasto ou madrasta g. () neto(a), bisneto(a) h. () irmão ou irmã i. () avô ou avó j. () sobrinhas/os k. () outro parente l. () convivente m. () outros: _____</p>
<p>5. Você recebe Bolsa Família?</p> <p>() Recebe () Não recebe</p>
<p>6. Você recebe o Benefício de Prestação Continuada (PBC)?</p> <p>() Recebe () Não recebe</p>
<p>7. Recebendo ou não o Bolsa Família e BPC, você recebe algum outro tipo de apoio material do Estado (a exemplo dos benefícios eventuais da política de Assistência Social) como forma de garantir sua manutenção?</p> <p>() Recebe () Não recebe</p>
<p>8. Você recebe apoio de instituições privadas sem fins lucrativos como forma de garantir sua manutenção?</p> <p>() Recebe () Não recebe</p>
<p>9. Você recebe apoio de familiares como forma de garantir sua manutenção?</p> <p>() Recebe () Não recebe</p>
<p>10. Você recebe apoio da comunidade, exemplo igreja, como forma de garantir sua manutenção?</p> <p>() Recebe () Não recebe</p>
<p>11. Você recebe apoio de amigos ou conhecidos como forma de garantir sua manutenção?</p>

()Recebe ()Não recebe
Locomoção:
1.Como você chega até o SEAD: a.() Transporte público b.() Transporte próprio c.() Carona d.() A pé e.() Outros: _____
2.Quantas passagens você gasta para chegar até aqui, e qual o valor delas?
3.Você tem sempre dinheiro para se locomover até o SEAD, ou já faltou algum atendimento por não ter dinheiro para vir?
Consumo de substâncias psicoativas e tratamento:
1.Quais substâncias psicoativas você consome, qual frequência e a quantidade? <input type="checkbox"/> Tabaco _____ <input type="checkbox"/> Maconha _____ <input type="checkbox"/> Cocaína _____ <input type="checkbox"/> Crack _____ <input type="checkbox"/> Merla _____ <input type="checkbox"/> Oxi _____ <input type="checkbox"/> Anfetaminas _____ <input type="checkbox"/> Benzodiazepínicos _____ <input type="checkbox"/> Sedativos ou Barbitúricos _____ <input type="checkbox"/> Esteroides anabolizantes _____ <input type="checkbox"/> Orexígenos _____ <input type="checkbox"/> Xaropes a base de codeína _____ <input type="checkbox"/> Analgésicos opiáceos _____ <input type="checkbox"/> Anticolinérgicos _____ <input type="checkbox"/> Solventes/inalantes _____ <input type="checkbox"/> Alucinógenos (LSD, ácido, êxtase...) _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Álcool (especificar tipo: cerveja, vinho, destilado, etc.) _____ _____
2. Quais são as modalidades de tratamento que você participa? a.() psiquiatria b.() psicologia c.() Ateliê de Convivência d.() Grupo de mulheres e.() Grupo de homens
3. Você tem sempre dinheiro para comprar os medicamentos receitados no tratamento, ou já deixou de comprá-los por falta de dinheiro?
Perguntas abertas:
1. Como você conheceu o SEAD?
2.Há quanto tempo você está em tratamento?
3.Para você, o que mais dificulta o seu tratamento?

4. Você já enfrentou dificuldades na manutenção de um trabalho formal por causa do adoecimento gerado pela dependência de álcool ou outras drogas? Se sim, qual ou quais dificuldades?

5. Ter uma “renda certa” no fim do mês, faria ou faz diferença no seu tratamento? Por quê?

6. O que você acha que precisaria acontecer na sua vida que facilitaria o seu tratamento?

7.2. Termo de Consentimento Livre e esclarecido



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PESQUISA: FORMAS DE MANUTENÇÃO DA REPRODUÇÃO SOCIAL DOS
PACIENTES DO SERVIÇO
DE ESTUDOS E ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA- SEAD/HUB

Termo de Consentimento Livre e esclarecido

Usuários do SEAD

Você está sendo convidado/a a participar da pesquisa **“Formas de reprodução material dos pacientes do Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas do Hospital Universitário de Brasília- SEAD/HUB e seus impactos no tratamento”**. O objetivo desta pesquisa é analisar como as diferentes formas de manutenção da reprodução social interferem no envolvimento/processo de tratamento dos pacientes do SEAD.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-la(o). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, como paciente do SEAD, tais como questionários, entrevistas, ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista guiada por um questionário estruturado, composto por questões fechadas e abertas. É para estes procedimentos que você está sendo convidado/a a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco considerável.

Espera-se com esta pesquisa contribuir para que os profissionais do SEAD possam ter um maior entendimento sobre a realidade socio-ocupacional dos pacientes do serviço, e com isso possibilitar uma melhor atuação em relação ao tratamento.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda em relação ao serviço prestado no SEAD.

A estudante Renata da Silva Café, que será pesquisadora nessa pesquisa, realizou estágio obrigatório supervisionado no SEAD-HUB, nos períodos de 21/09/2015 a 22/12/2015 e 11/04/2016 a 08/07/2016. Atualmente a mesma não possui vínculo formal com a instituição, se utilizará dos dados fornecidos pela instituição e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas CEP/IH.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode contatar a pesquisadora por meio dos telefones: (61) 31077505 ou (61) 985774371 ou pelos e-mails: lucelia@unb.br ou renatacafebsb@gmail.com. A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio da disponibilização dos dados nas instituições pesquisadas, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília-CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH cep_ih@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Local: _____
Brasília, ____ de _____ de 2017.