



Capítulo II

SUS, SUAS e política sobre drogas: interfaces e tensionamentos

Miriam Dias

O tema das políticas públicas sobre as drogas tem relação direta com o entendimento do seu contexto de instalação e o significado da relação da sociedade e o Estado, requerendo o entendimento de conceitos e dimensões intrínsecas.

A intersetorialidade é um desafio para uma ação articulada das políticas públicas na oferta de serviços e programas à população, e para isto, torna-se necessário um entendimento sobre a seguridade social no Brasil, a característica do federalismo existente no país, e a compreensão dos sistemas nas políticas. A forte setorialidade dos sistemas únicos de saúde e de assistência social repercute na proteção social, requerendo um entendimento de algumas de suas características.

Os aspectos na Saúde que merecem destaque são a mudança do conceito de saúde, os modos explicativos do processo saúde-doença, a organização e os desafios da atenção à saúde. E na Assistência Social são os fundamentos, os tipos de proteções sociais e a organização da rede de um sistema com existência recente no país. Ressalta-se o marco regulatório sobre as drogas, com destaque às contribuições da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (2010), bem como o arcabouço de atenção presente na recente institucionalização da Rede de Atenção Psicossocial.

Este panorama desvela os desafios que os profissionais, gestores e cidadãos, de um modo geral, têm para a construção de uma articulação capaz de contribuir na elaboração de ações para a atenção integral às pessoas com prejuízos pelo uso de álcool e outras drogas, na perspectiva de respeito aos direitos humanos e da integralidade.

Considerações sobre políticas públicas e a seguridade social no Brasil

As políticas públicas são constituídas a partir de um determinado modo da sociedade conceber e explicar os fenômenos sociais, para que seja possível que a ação pública governamental se efetive, indicando os fins, os setores, os públicos e os meios, ancorados em dispositivos legais e de gestão, requeridos para a sua materialização.

(...) A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006, p. 26).

O entendimento da existência desta relação entre sociedade e Estado, mediada pelos governos, possibilita uma compreensão das peculiaridades presentes no âmbito da execução terminal das políticas sociais, circunstância em que os trabalhadores sentem os impactos e tensões existentes nesta relação, que a Figura 01 procura ilustrar.

Figura 01 - Políticas Públicas - Relação entre Estado e Sociedade



Fonte: elaboração da autora

Assim, as políticas públicas são

(...) espaço de tomada de decisão autorizada ou sancionada por intermédio de atores governamentais, compreendendo atos que viabilizem agendas de inovação em políticas ou que respondem a demandas de grupos de interesses (COSTA, 1998, p. 07).

Esta peculiaridade da política pública expressa o grau de relação com a mobilização e organização de grupos e coletivos que defendem seus projetos societários, cuja trama de negociação e relação com as condições sociais e econômicas, no momento, vão desenhar as formas de oferta de bens e serviços à população.

As políticas públicas setoriais da saúde e da assistência social foram gestadas no teor, ritmo e tempo característicos da formação e consolidação do Estado brasileiro ao longo do século vinte, particularidades que as moldam com feições contraditórias, ora de negação, ora de reconhecimento da questão social. A questão social, entendida como o conjunto das manifestações das desigualdades sociais geradas na sociedade capitalista, e as formas de reação das classes nas lutas por acesso a bens e direitos (IAMAMOTO, 1998).

É para o enfrentamento da questão social que, em determinado momento histórico, a sociedade e o Estado constituíram formas de proteção social, que é um conceito amplo, vigente a partir do século XX, que engloba a Seguridade Social (ou Segurança Social), asseguramento (ou garantias à seguridade) e as Políticas Sociais (PEREIRA, 2002). Dois modelos marcaram a história nos países centrais e também inspiraram os países em desenvolvimento.

Um é o modelo Bismarckiano, com seu caráter seletivo e corporativista, no qual os benefícios eram fixos, uniformes e voltados apenas aos grupos profissionais, baseado nas propostas de Otto Von Bismarck, na Prússia do final do século XIX. O outro modelo é o

orientado pelo Plano Beveridge¹, de formatação calcada nos direitos de cidadania, caracterizado por oferecer benefícios uniformes, democráticos, igualitários, desmercadorizantes e universalizantes.

Ambos os modelos inspiraram a elaboração de propostas de proteção social no Brasil, inaugurados na década de 1930, quando o país viveu o momento de construção do estado moderno, e a agenda do governo estabeleceu a criação de um variado conjunto de políticas previdenciárias, sanitárias e trabalhistas.

Os dois modelos de política social instalados, ambos com feições intervencionista e centralizadora foram o Assistencial e o Seguro Social (FLEURY, 2003). O primeiro destinava-se aos grupos pobres mais vulneráveis como medida compensatória pela situação de alta desigualdade social, e não pela concepção de direito social. Modelo inspirado na ação caritativa e reeducacional, com estrutura pulverizada e descontínua, resultante da aliança entre setores privados filantrópicos e Estado, assentado muitas vezes no trabalho voluntário. No modelo de Seguro Social o acesso à saúde era para os que estavam inseridos no mercado de trabalho e contribuintes da previdência social, o que construiu o sistema de medicina previdenciário no país.

Estes modelos vigoraram por décadas até a promulgação da Constituição Federal de 1988, resultante da Assembleia Constituinte que produziu um novo marco conceitual de seguridade social, derivado de um longo processo de luta pela democratização e por melhores condições de vida, com a participação da sociedade de forma mais orgânica nos novos rumos da nação.

A década de 1990 expressou várias rupturas relevantes no país. No quadro político, o retorno do sufrágio universal para a retomada da democracia representativa; na área econômica, a política de estabilização pela via da recessão para combater a herança da inflação; a desregulamentação da economia através da liberação dos preços dos produtos e conseqüentes privatizações e liberalização das

¹Para maior conhecimento sobre o tema ler o artigo A influência do relatório Beveridge nas origens do Welfare State (1942 – 1950), de Cardoso, 2010.

importações, e a flexibilização das relações capital-trabalho (SOARES, 2001).

O Estado brasileiro desenvolvimentista (1945–1964), que havia sido elemento-chave do processo de industrialização, investindo em infraestrutura e criando estatais produtoras de matérias primas essenciais, ocupado em operar um determinado sistema público de proteção social (BIELSCHOWSKI, 2004) iniciou seu processo de reforma administrativa. A contenção do gasto público, dirigida tanto ao combate à inflação como à criação de um superávit primário² fiscal, expressa a posição do Estado de contenção de investimento nas políticas sociais.

É nesse contexto que a Constituição de 1988 introduziu o conceito de Seguridade Social, com a construção de um consenso mínimo sobre direitos sociais a serem efetivados. Ou seja, se evidenciavam as contradições e disputas de projetos societários nos rumos da sociedade e do Estado brasileiro.

Mas o que é seguridade social? Pereira (2002 p. 16) contribui definindo-a como um “sistema programático de segurança contra riscos, circunstâncias, perdas e danos sociais, cujas ocorrências afetam negativamente as condições de vida dos cidadãos”. É o sistema mais avançado de proteção social produzido no Estado de Bem Estar Social (*Welfare State*) nos países centrais, de feição socialdemocrata.

Consiste numa união das políticas de cunho social com as perspectivas intervencionistas estatais no mercado, que foi capaz de oferecer excedentes econômicos, desenvolvimento tecnológico, avançada burocratização e um específico modelo de produção - modelo fordista capaz de viabilizar o Estado Protetor, o que se constituiu num regime específico de capitalismo moderno (CARDOSO, 2009).

²O superávit primário: governo passa a ter como objetivo arrecadar mais do que gasta, não considerando o pagamento de juros da dívida. Esta ferramenta contábil se torna essencial na política econômica para o pagamento da dívida. O superávit primário se torna para as políticas sociais um “sacrifício Social” (FBO, 2004, p. 7).

A característica peculiar da noção de seguridade social é o reconhecimento dos direitos sociais como condição da cidadania, e a responsabilidade do Estado em provê-los por meio de sistemas de políticas sociais – Direito do Cidadão, Dever do Estado.

O contexto social e político da Constituinte, resultante da forte mobilização social por reformas no Estado brasileiro para o alcance de prerrogativas cidadãs e o processo de democratização, criou um consenso possível na definição de Seguridade Social, expresso no artigo 194 da Constituição Federal como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

No parágrafo único do referido artigo, estão os objetivos da Seguridade Social, quais sejam: I - universalidade da cobertura e do atendimento; II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV - irredutibilidade do valor dos benefícios; V - equidade na forma de participação no custeio; VI - diversidade da base de financiamento; VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Estes objetivos vão orientar a organização das políticas sociais setoriais constituindo-se em componentes orientadores e estruturantes dos Sistemas de Saúde e de Assistência Social.

A setorialidade das políticas sociais

O termo setor equivale a um “conjunto de atividades relativamente coerentes em termos técnicos ainda que diferenciados em termos de subsistemas socioeconômicos aos quais pertencem” (DOWBOR, 2003, p. 17).

Classicamente o termo é utilizado para definir os setores da economia, mas também identifica as políticas sociais, demarcando suas especificidades quanto aos objetivos e natureza da ação. A seguridade social no Brasil é formada pelos setores da saúde, assistência social e previdência social, sendo que as duas primeiras serão abordadas nesta discussão.

A seguridade social definida pela Constituição estabelece dois princípios básicos para as políticas sociais correspondentes: participação da sociedade e descentralização político-administrativa. Estes princípios são inovadores na história brasileira da proteção social, pois vão provocar alterações substantivas na relação entre Estado e sociedade (Figura 01). A formação inicial da sociedade brasileira revela que o exercício da cidadania civil foi obstaculizado por três fatores: a escravidão, a grande propriedade rural e um Estado comprometido com os interesses privados. Esta situação torna o Brasil a terra da cidadania inconclusa (CARVALHO, 2004), pois a presença de alguns direitos não garante que todos sejam considerados.

A participação dos brasileiros nas políticas da seguridade social constitui-se numa inovação democrática relevante, pois vai recuperar o tempo de privação da liberdade de expressão e de inserção na vida social que a ditadura militar impôs no país. Mas esta peculiaridade da participação no país é um fator ainda a ser conquistado e fortalecido através da forma histórica como se constituiu a relação entre sociedade e Estado. Coutinho (2003, p. 212) analisa o Brasil contemporâneo à luz da teoria do Estado ampliado de Gramsci e sintetiza que “[...] não só a sociedade civil brasileira era até pouco tempo ‘primitiva e gelatinosa’, mas também que o Estado foi sempre bastante forte”.

A luta pela democratização no país e a forte mobilização de vários setores por melhores condições de vida repôs no campo legal a participação da população através de Conferências e da criação dos Conselhos Setoriais ou de Direitos nas três esferas de governo.

Os conselhos são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo sobre as respectivas políticas, e são “canais de

participação que articulam representantes da população e membros do poder público estatal em práticas que dizem respeito à gestão de bens públicos” (GOHN, 2003, p. 07).

Há uma diferença na composição dos Conselhos de Saúde e os Conselhos das demais políticas setoriais. Os da saúde são formados pelo segmento dos usuários (50%), profissionais de saúde (25%) e gestor e prestadores de serviços (25%). Os demais conselhos tem sua composição paritária entre governo e sociedade civil, ou seja, entidades que representam seus usuários, os trabalhadores do setor e entidades prestadoras de serviços.

Côrtes (2004, p. 251) assinala que

(...) a maior parte dos conselhos tem atribuições relativas ao planejamento e fiscalização da aplicação de recursos financeiros transferidos da esfera do governo federal ou estadual, e relacionados ao monitoramento da implementação de políticas.

Estas atribuições ainda requerem uma maior institucionalização, considerando as diferenças regionais no país e a cultura participativa brasileira, que deve avançar para uma democracia participativa, estágio em que a população tem maior poder na tomada de decisão sobre os rumos do país.

Um aspecto a se considerar na formulação e gestão das políticas sociais no aspecto da descentralização é quanto ao tipo de federalismo existente, pois diferente da maioria dos outros países, o Brasil é um sistema federativo de tripla soberania. A união, os estados e os municípios são entes autônomos, com autoridade administrativa e jurídica própria, não havendo hierarquia entre os mesmos.

Ocorre uma repartição da autoridade política do Estado [a soberania] e o exercício do poder [o governo] em centros soberanos definidos geograficamente e coordenados entre si. Esta situação produz um elevado grau de heterogeneidade, com a existência de múltiplos centros de poder e de um sistema complexo de dependência

política e financeira entre as esferas governamentais, cujos resultados podem ser diversos e contraditórios pelas disparidades inter e intrarregiões no país (LIMA, 2007).

Na forma como estão organizadas no país, as Políticas Sociais Setoriais têm uma organização calcada em Leis Orgânicas, no caso da Saúde, Assistência Social, Previdência Social e Educação. Os segmentos da população com suas especificidades têm Estatutos: da Criança e do Adolescente, Idosos, Igualdade Racial, Pessoa com deficiência, assim como a política da Habitação com Estatuto das Cidades.

Todas estas políticas têm Planos Nacionais, Estaduais e Municipais, e respectivos programas com regramentos normativos que estabelecem os processos organizativos, de gestão e de financiamento. Da mesma maneira foram instituídos os respectivos Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais e as Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais por setor, responsáveis por garantir a participação da população nos rumos das políticas sociais. Assim, cada uma das políticas se dirige ao seu público, de acordo com as suas finalidades, como mostra a Figura 02.

Figura 02 - A Setorialidade das Políticas Sociais



Fonte: elaboração da autora

Outro aspecto a se considerar diz respeito ao papel das profissões na formulação e gestão das políticas sociais, pois estas são uma

(...) espécie de política pública que visa concretizar o direito à seguridade social, por meio de um conjunto de medidas, instituições, profissões, benefícios, serviços e recursos programáticos e financeiros (PEREIRA, 2002, p. 16).

Cada profissão tem como matriz uma ou mais disciplinas do campo do conhecimento e legislações específicas sobre suas competências e atribuições no exercício profissional. A racionalidade científica criou as disciplinas para possibilitar, por meio da especialização em profissões, para distribuir distintamente as atribuições e as responsabilidades e para que a execução do trabalho seja bem disciplinada, prepará-los e treiná-los para produzirem mais e melhor, de acordo com o método planejado, conforme preconizado pela Teoria da Administração Científica de Taylor, em 1903 (CHIAVENATO, 2000).

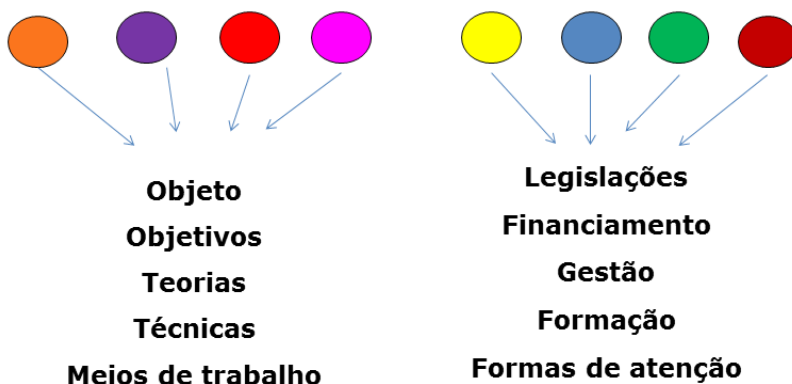
Esta teoria determinou a organização do trabalho no modelo fordista³, hegemônica durante o período do Welfare State nos países centrais e era do desenvolvimentismo nos países como o Brasil. Uma das características deste trabalho realizado em série, dependente de normas e especializado, é a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais.

Associando as características das profissões com as das políticas setoriais já apresentadas, temos um contexto que dificulta a possibilidade de integração e articulação necessária para uma oferta

³Baseou-se em inovações tecnológicas e organizacionais calcadas na produção a partir de ciclos operatórios curtos, segmentados e em fluxo contínuo e progressivo, de modo a obter uma grande produção no menor tempo possível, associado a uma política de recompensa ao operário pela obtenção de um salário mais elevado (HARVEY, 1993).

de serviços centrados no cidadão, como se verifica na ilustração da Figura 03.

Figura 03 - As especificidades das Profissões e das Políticas Setoriais



Fonte: elaboração da autora

As políticas públicas de Saúde e de Assistência Social são sistemas, pois contêm um conjunto de órgãos funcionais, componentes, entidades, partes ou elementos e a integração entre esses componentes se dá por meio de variados fluxos de informações, existindo comunicação entre seus componentes em cada política.

A Lei n.º 12.435, 06 de julho de 2011 que altera a Lei nº 8.742, de 07/12/1993, dispõe sobre a organização da Assistência Social, e no artigo 6º está definido que a gestão das ações na área de assistência social fica organizada sob a forma de sistema descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social (Suas).

Os seus objetivos são: I - consolidar a gestão compartilhada, o cofinanciamento e a cooperação técnica entre os entes federativos que, de modo articulado, operam a proteção social não contributiva; II - integrar a rede pública e privada de serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social, na forma do art. 6º-C; III - estabelecer as responsabilidades dos entes federativos na organização, regulação, manutenção e expansão das ações de assistência social; IV - definir os

níveis de gestão, respeitadas as diversidades regionais e municipais; V - implementar a gestão do trabalho e a educação permanente na assistência social; VI - estabelecer a gestão integrada de serviços e benefícios; e VII - afiançar a vigilância socioassistencial e a garantia de direitos.

O parágrafo 1º define que as ações ofertadas no âmbito do Suas têm por objetivo a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice e, como base de organização, o território. E no 2º parágrafo, fica estabelecido que o Suas é integrado pelos entes federativos, pelos respectivos conselhos de assistência social e pelas entidades e organizações de assistência social abrangidas pela Lei.

O Decreto nº 7508 de 28/06/2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19/09/1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. No artigo 3º está definido que o SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

Como se constata no marco legal destas duas políticas sociais, estas “são pensadas no interior do setor fundamentadas no seu objeto e acúmulo de práticas e saberes [...]” (ANDRADE, 2006, p. 281), peculiaridades da setorialidade histórica nas políticas brasileiras.

O Sistema Único de Saúde

A conceituação da saúde se torna necessária tendo em vista a mudança significativa nas últimas décadas. Considera-se a saúde tanto um valor universal na sua dimensão de cuidados para a manutenção e qualidade de vida, quanto um setor estratégico de política pública, no atendimento das condições necessárias para a reprodução social.

A saúde é também fundamental para a democracia e a cidadania, pois como diz Escorel (2009), a democracia é entendida

como substantiva, que indica um conjunto de fins entre os quais sobressai a igualdade jurídica, social e econômica, onde podemos situar a saúde como um dos *objetivos sociais* a serem atingidos. Esta perspectiva de saúde é resultante do Movimento da Reforma Sanitária⁴, que se constituiu numa articulação de forças sociais com a mesma direção: qualificar a atenção em saúde e torná-la pública, como direito universal dos cidadãos, no período de lutas pela democratização do país e de crítica à política e às condições de saúde vigentes na época.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi o ápice do Movimento pela Reforma Sanitária, e a primeira vez que representantes dos usuários da saúde pública e profissionais de saúde participaram. Os temas discutidos foram: saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial. O forte debate produzido no Movimento construiu um novo conceito de saúde que esta conferência aprovou: saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

O conceito de saúde ampliado, que não envolve apenas a recuperação da doença, mas como resultante das condições de vida, além de explicitamente considerar a intersectorialidade, transforma a luta pela saúde numa luta pela cidadania, com a primazia do público para garantir os direitos sociais da população. Deste modo, o Brasil superou o clássico conceito de saúde elaborado pela Organização das Nações Unidas (ONU), quando no período pós 2ª guerra mundial, em 7 de abril de 1948, divulga uma carta de princípios (desde então o Dia

⁴ “Processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado” (TEIXEIRA, 1989, p. 39).

Mundial da Saúde) que reconhece o direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, e formula o conceito de saúde: estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente à ausência de doença ou enfermidade. A crítica feita a este conceito é quanto ao seu caráter linear sistêmico – coloca num mesmo nível dimensões completamente distintas e independentes, como são o físico, o mental e o social (DAMASO, 1989).

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído em 1988 pela Constituição Federal, por ação do movimento sanitário, e criado pelas Leis 8.080 e 8.142/92, é considerado um dos sistemas de saúde mais avançados do mundo. Ao garantir o acesso universal aos serviços de saúde a toda a população, constitui-se numa das maiores conquistas dos brasileiros.

Conhecer os modos explicativos do processo saúde-doença torna-se necessário, visto serem matrizes conceituais que orientam o modo como é organizada a atenção e a gestão em saúde. Dois modos explicativos são preponderantes neste debate. O primeiro é o clássico “História Natural da Doença”, criado na década de 1950 por Leavell & Clark e calcado no tripé: o homem-hospedeiro, o agente patogênico e o meio. E que se baseia na dinâmica do equilíbrio ou desequilíbrio dos três elementos, pelo estabelecimento de uma relação causa-efeito, demarcando dois momentos no processo de adoecimento: fase pré-patogênica - Prevenção Primária e fase patogênica – Prevenção Secundária e Terciária. Este modelo inspirou a organização hierarquizada e de etapas vigente no sistema de saúde até os dias atuais, cujos componentes podem ser visualizados na Figura 04.

Figura 04 – Modelo História Natural da Doença

PERÍODO PRÉ-PATOGÊNICO			PERÍODO PATOGÊNICO OU CLÍNICO			
PERÍODOS	Interação de fatores: Hospedeiro - Agente - Meio ambiente		Alterações precoces	Primeiros Sintomas	Doença Avançada	Convalescência
NÍVEIS DE ATUAÇÃO	Promoção da saúde	Proteção específica	Diagnóstico e Tratamento precoce	Limitação do dano	Reabilitação	
	PREVENÇÃO PRIMÁRIA		PREVENÇÃO SECUNDÁRIA		PREVENÇÃO TERCIÁRIA	

Fonte: FIOCRUZ, 1998.

O debate promovido pelo Movimento pela Reforma Sanitária também produziu um novo campo de conhecimento, o da Saúde Coletiva, que mesmo em permanente processo de

(...) autocriação, [...] (que) recompõe e atualiza constantemente os elementos das práticas de saúde - os objetos, os meios de trabalho, as atividades realizadas nessas práticas, e também para que, a partir dessa experiência democrática, sejam instauradas novas relações técnicas e sociais no processo de trabalho em saúde (PAIM, JS; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 312).

Neste contexto outro modo de explicação do processo saúde-doença é produzido, o da Determinação Social da Doença, quando a Epidemiologia Social faz a crítica à Epidemiologia Clínica tradicional, baseada na causalidade. O processo de adoecimento é entendido como uma

(...) realidade concreta expressa em grupos sociais marcados por traços socioeconômicos particulares, que evidenciam as suas similaridades em termos de condições materiais de vida e condições materiais de trabalho (FIOCRUZ, 1998, p. 54).

Deste modo a noção de *causalidade* é substituída pela de *determinação*: as condições ligadas à estrutura social são consideradas na explicação da saúde e da doença, pelas características comuns relativas às condições materiais de vida dos indivíduos que correspondem às relações de trabalho, alimentação, moradia, lazer, educação, transporte, etc.

Os Determinantes Sociais de Saúde são elementos de ordem econômica e social que afetam a situação de saúde de uma população, e passaram a se constituir como referência na política de saúde. Uma Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS)⁵ foi criada em 2005 pelo governo federal, formada por um grupo interdisciplinar e intersetorial, para examinar e propor ações considerando que as desigualdades sociais brasileiras determinam as condições de saúde da população como consequência das escolhas sobre a política econômica e social no país.

Um conceito relevante considerado é o das iniquidades em saúde, que se traduz nas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 1992 apud FIOCRUZ, 2008, p. 11). Um exemplo de iniquidade é a probabilidade de 5 vezes maior de uma criança morrer antes de alcançar o primeiro ano de vida pelo fato de ter nascido no nordeste e não no sudeste. O outro exemplo é a chance de uma criança morrer antes de chegar aos 5 anos

⁵ Ver Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. 2008. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>.

de idade ser 3 vezes maior pelo fato de sua mãe ter 4 anos de estudo e não 8.

Os pesquisadores Dahlgren e Whitehead propõem um esquema que permite visualizar as relações hierárquicas entre os diversos determinantes da saúde, divulgado pelo Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, como se observa na Figura 05.

Figura 05 – Relações hierárquicas entre os Determinantes Sociais da Saúde



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991) apud FIOCRUZ, 2008.

Esta perspectiva explicativa do processo de saúde-doença demanda a intersectorialidade como eixo catalizador da formulação e execução de políticas sociais na realidade social.

Outro aspecto importante a destacar na política de saúde é referente à Atenção à Saúde, com o fim de explicitar conceitos e a organização do sistema de saúde. Como Atenção à Saúde entende-se um conjunto de ações que envolvem a promoção, a prevenção e os serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade, abarcando a Vigilância em Saúde e a assistência prestada no âmbito do SUS e da Saúde Suplementar (Brasil, 2008).

A atenção à saúde no país segue em processo de atualização e consolidação, que se expressa na Portaria GM/MS nº 4.279, de 30/12/2010 ao estabelecer as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A Rede de Atenção à Saúde é o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2010a). Esta portaria tem um marco conceitual e organizativo que revela o acúmulo do setor nestas décadas de execução da política pública de saúde.

A atenção à saúde tem relação intrínseca com o entendimento sobre os modos de atenção, que para Campos, é “[...] o modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las” (1989, p. 53). Para Paim,

(...) os modelos de atenção ou modelos assistenciais ou modos de intervenção em saúde podem ser definidos como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas (2006, p. 18).

Está presente nestas definições a perspectiva histórica processual do modo de atenção, pois são os atores e forças sociais, mediados pelo Estado, que em determinado tempo e condicionados por uma gama de interesses, vão constituir a forma como a saúde será materializada em serviços, processos e gestão.

A Portaria GM/MS nº 4.279 define Modelo de Atenção à Saúde como um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções

sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (BRASIL, 2010a).

Uma apreciação relevante sobre o modelo assistencial hegemônico no Brasil é feita por Teixeira (2004), quando aponta o modelo médico-assistencial privatista, com suas características de considerar o hospital como o centro da organização dos serviços de saúde, desvinculado da relação com os demais serviços que compõem a atenção à saúde. As ações curativas são predominantes na oferta de serviços de saúde, e, por conseguinte, as ações preventivas e de promoção da saúde são consideradas de baixa relevância. Outra característica é o fato da organização do trabalho estar fundamentada na prática médica, com o conhecimento específico dos demais profissionais com posição subordinada.

Outra dimensão relevante para se destacar é que historicamente a Atenção no SUS foi guiada pelas condições agudas que induziram a conformação do sistema de saúde, com suas características de ser um modelo de atenção episódico, voltado para atenuar os sintomas e promover a cura, não se aplicando para atender às condições das doenças crônicas. Os conceitos de doenças transmissíveis e não transmissíveis têm sido os conceitos usados para análise e compreensão da situação epidemiológica, mas sua aplicação na organização de serviços não atende às necessidades decorrentes das peculiaridades das doenças crônicas e agudas (CONASS, 2009).

A condição crônica requer como ação de enfrentamento a continuidade do cuidado, pois constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um longo período de anos ou décadas. As condições crônicas abarcam uma categoria extremamente vasta de agravos, doenças transmissíveis, não transmissíveis e incapacidades (CONASS, 2009). A figura 06 sintetiza as peculiaridades das condições agudas e crônicas de saúde.

Figura 06 - Condições Agudas e Condições Crônicas

CONDIÇÕES AGUDAS	CONDIÇÕES CRÔNICAS
Duração limitada	Duração longa
Manifestação abrupta	Manifestação gradual
Diagnóstico usualmente preciso	Diagnóstico usualmente incerto
Intervenção usualmente efetiva	Intervenção usualmente com alguma incerteza
Resultado: a cura	Resultado: o cuidado
Centradas no cuidado profissional	Centradas no autocuidado orientado
Cuidado centrado no profissional da medicina	Cuidado multiprofissional

Fonte: CONASS, 2009.

A situação de saúde no Brasil, segundo Mendes (2010) é de uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva. Há uma forte predominância relativa das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada, assim como o forte crescimento da violência e das causas externas.

O atual modelo de atenção orientado para a constituição das Redes de Atenção à Saúde, conforme a Portaria GM/MS nº 4.279, requer uma mudança necessária no atual modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas. Para isto a Estratégia Saúde da Família representa o principal modelo para a organização da Atenção Primária à Saúde, tornando-se uma exigência para o estabelecimento da RAS (BRASIL, 2010a).

Conforme o Art. 7º da Portaria GM/MS nº 4.279, as Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores⁶, devendo conter em cada Região de Saúde, no mínimo, ações e serviços de I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V - vigilância em saúde. No Art. 9º estão definidas as Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços: I - de atenção primária; II - de atenção de urgência e emergência; III - de atenção psicossocial; e IV - especiais de acesso aberto.

Estes são, portanto, os atuais componentes da atenção à saúde no SUS, que o conjunto de municípios, estados e união precisam organizar, financiar e ofertar à população para que a saúde seja acessada por todos os cidadãos, como expressão deste direito social.

Importante referir que o SUS tem também entre suas atribuições constitucionais a atuação em Saúde do Trabalhador, conforme artigo 200 da Constituição Federal. A Lei 8080/90, que institui o SUS, no seu artigo 6º, parágrafo 3º, descreve a Saúde do Trabalhador como: Conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Esta área ainda precisa ser devidamente valorizada e efetivada na política pública de saúde, pois o trabalho também produz adoecimento e está presente nas determinações sociais da saúde.

Por fim, é relevante assinalar as mais recentes mudanças no marco legal do SUS. O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, 19/09/1990 na organização do SUS: planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. E a Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de

⁶Fóruns de negociação e pactuação sobre o funcionamento do sistema de saúde.

2012 (PEC 29), que Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde.

Estes instrumentos legais consolidam a saúde como uma política de Estado no país, oferecendo os mecanismos organizativos e financeiros para que o direito à saúde e o dever do Estado se efetive no Brasil.

O Sistema Único de Assistência Social

No marco do processo de democratização da sociedade brasileira se instituiu a Política de Assistência Social, orientada pelo princípio de respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao acesso a benefícios e serviços de qualidade, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade. Com este princípio, a assistência social se orienta sob a condição de direito social e integrante da seguridade social no país. A assistência social passou então a ter reconhecimento de política pública setorial, com as diretrizes de descentralização político-administrativa e a participação dos indivíduos auto representáveis na sua formulação e sua fiscalização.

Esta inovação no marco da cidadania não eliminou as tensões entre concepções distintas e até antagônicas, típicas das políticas sociais. Sposati (2009) destaca que há duas concepções em embate: uma que considera a política de assistência social como direito do cidadão e dever do Estado, requerendo então uma gestão pública e transparência quanto ao seu financiamento. E a outra posição interpreta a Constituição Federal pelo princípio da subsidiariedade, isto é, o “Estado deve ser o último e não o primeiro a agir. [...] opera a assistência social sob o princípio de solidariedade como ação de entidades sociais subvencionadas pelo Estado” (SPOSATI, 2009, p. 16).

Estas concepções vão delinear o tipo de gestão da política, ou sob a responsabilidade do Estado ou pela parceria com as entidades privadas filantrópicas.

Esta tensão, presente em todas as políticas sociais setoriais na contemporaneidade brasileira, é muito forte na assistência social pelo fato de estar ancorada

(...) por décadas na matriz do favor, clientelismo, do apadrinhamento e do mando, [...] [que] caracterizou-se historicamente como *não política*, renegada como secundária e marginal no conjunto das políticas públicas (COUTO, 2010, p.33).

O desafio para os segmentos sociais que defendem a política pública como direito social é o de garantir os princípios da seguridade social. O marco legal da política é formado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) Lei Nº 8.742/1993, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004) e a Lei nº 12.435/2011 que institui o Sistema Único de Assistência Social, SUAS. No Art. 1º da LOAS a assistência social é definida como direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que prove os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Os mínimos sociais estão entendidos como o acesso aos bens e serviços básicos de reprodução da vida moderna, mas que se ampliam quando seu provimento se relaciona com o enfrentamento da pobreza, universalização dos direitos sociais, tornando-se um conceito “problematizador do próprio padrão desta reprodução” (LOPES, 1998, p. 96).

O público da assistência social é constituído por cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e risco, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade, ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnicos, culturais e sexual, desvantagem

peçoal resultante de deficiências, exclusão pela pobreza e ou dificuldades de acesso às demais políticas públicas, uso de substâncias psicoativas, vítimas de diferenças formas de violências advindas do núcleo familiar, de grupos e ou indivíduos, desemprego ou inserção precária no mercado formal ou informal, além de sujeitos ou grupos que utilizam outras estratégias de sobrevivência que possam representar risco social ou pessoal (BRASIL, 2004, p.33).

O Art. 2º da Lei do SUAS (BRASIL, 2011) define os objetivos da assistência social, que são o da proteção social, da vigilância socioassistencial e a defesa de direitos.

A proteção social também orienta a materialização da política de assistência social, rompendo

(...) com a noção dos cidadãos como massa abstrata e os reconstrói a partir da realidade de sua vida [...] e age sob três situações: proteção às fragilidades/vulnerabilidades próprias ao ciclo de vida; proteção às fragilidades da convivência familiar; proteção à dignidade humana e combate às suas violações (SPOSATI, 2009, p.42).

Está assentada em princípios apresentados no Quadro 01.

Quadro 01 – Princípios da Proteção Social

Princípios	Significado
Universalidade	Pode ser acessado por todos os cidadãos.
Matricialidade sociofamiliar	A família é o núcleo protetivo intergeracional, presente no cotidiano e que opera tanto o circuito de relações afetivas como de acessos materiais e sociais.
Descentralização compartilhada	Federalismo cooperativo, cuja concepção se opera pelo processo de regionalização.
Territorialização	Dimensão da política que supõe o reconhecimento da heterogeneidade dos espaços em que a população se assenta e vive bem como o respeito cultural aos seus valores, referências e hábitos.

Intersetorialidade	Construção de uma relação de complementaridade entre as políticas públicas.
--------------------	---

Fonte: Sistematização de SPOSATI (2009).

A proteção social consiste no “conjunto de ações, cuidados, atenções, benefícios e auxílios ofertados pelo SUAS para redução e prevenção do impacto das vicissitudes sociais e naturais ao ciclo da vida, à dignidade humana e à família como núcleo básico de sustentação afetiva, biológica e relacional” (BRASIL, 2005). A Lei do SUAS estabelece no Art. 6 A os tipos de proteção:

I - proteção social básica: conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários;

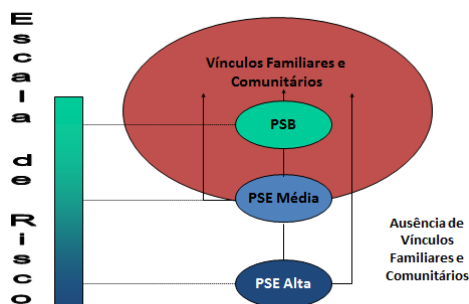
II - proteção social especial: conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos.

O Art. 6º-B define que as proteções sociais básica e especial serão ofertadas pela rede socioassistencial, de forma integrada, diretamente pelos entes públicos e/ou pelas entidades e organizações de assistência social vinculadas ao Suas, respeitadas as especificidades de cada ação.

O Art. 6º-C estabelece que as proteções sociais, básica e especial, serão ofertadas precipuamente no Centro de Referência de Assistência Social (Cras) e no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), respectivamente, e pelas entidades sem fins lucrativos de assistência social.

A Figura 07 apresenta de forma esquemática a Proteção Social Básica (PSB) e a Proteção Social Especial (PSE) de Média Complexidade e Alta Complexidade.

Figura 07 – As formas de proteção Social no SUAS



Fonte: Brasil, 2005.

A Proteção Social Especial de Média Complexidade é para o atendimento especializado a famílias e indivíduos que vivenciam situações de vulnerabilidade, com direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos. A Proteção Social Especial de Alta Complexidade é para o atendimento de famílias e indivíduos que se encontram em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos, necessitando de acolhimento provisório, fora de seu núcleo familiar de origem. O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS, 2009) aprovou a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, organizados pelos níveis de complexidades, categorizando e detalhando cada um dos serviços de atenção.

A proteção social inclui a rede hierarquizada de serviços, benefícios e programas, que são formas complementares de atenção. A Lei do SUAS, no Art. 23 define os serviços socioassistenciais “como as atividades continuadas que visem à melhoria de vida da população e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas”.

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif) foi instituído no Art. 24-A da Lei do SUAS, integrando a proteção social básica e consiste na oferta de ações e serviços socioassistenciais de prestação continuada, nos CRAS, por meio do trabalho social com famílias em situação de vulnerabilidade social, com o objetivo de prevenir o rompimento dos vínculos familiares e a violência no âmbito de suas relações, garantindo o direito à convivência familiar e comunitária.

O Art. 24-B institui o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi), que integra a proteção social especial e consiste no apoio, orientação e acompanhamento a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, articulando os serviços socioassistenciais com as diversas políticas públicas e com órgãos do sistema de garantia de direitos.

O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família, previsto no Art. 20. Os benefícios podem ser eventuais, e consistem em provisões suplementares e provisórias destinadas “aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública”, conforme Art. 22.

E o Art. 24 define que os programas de assistência social “compreendem ações integradas e complementares com objetivos, tempo e área de abrangência definidos para qualificar, incentivar e melhorar os benefícios e os serviços assistenciais”.

O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), de caráter intersetorial, integrante da Política Nacional de Assistência Social, que, no âmbito do Suas, compreende transferências de renda, trabalho social com famílias e oferta de serviços socioeducativos para crianças e adolescentes que se encontrem em situação de trabalho foi instituído no Art. 24-C da Lei do SUAS.

Em 27 de novembro de 2009, foi sancionada a Lei 12.101, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência

social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social e dá outras providências. Esta legislação, junto com a tipificação dos serviços de assistência social, está produzindo um reordenamento no setor, possibilitando a formatação da política na forma de sistema único de fato, superando a multiplicidade de serviços e programas existentes até recentemente, típica da forma como a assistência social se constituiu no Brasil.

A política de assistência social, na perspectiva da universalidade, não é mais exclusiva para aqueles considerados inaptos para o trabalho, mas inclui aqueles em situação de desemprego, subemprego e sob precárias condições de trabalho (COUTO, 2010). As vulnerabilidades sociais estão postas a muitos extratos sociais, pois o padrão de desigualdade social brasileiro não se alterou, apesar dos índices de melhora na empregabilidade e no aumento de renda na população em geral, ainda está presente o desafio da justiça social para todos.

Políticas sobre drogas

Inicialmente é importante o registro de que se consideram os direitos humanos como a matriz ética orientadora do marco legal e estratégico das políticas sobre drogas. “Os direitos humanos integram direitos e valores universais, nenhuma pessoa pode ser excluída desse respeito, e toda exclusão social é negação do humano” (DALLARI, 2000, p. 24).

O horizonte é o do respeito aos direitos dos homens e mulheres, com universalização do acesso a bens e serviços, tendo a liberdade como valor central nos seus corolários de autonomia e emancipação dos indivíduos sociais.

A abordagem sobre o marco legal e das políticas públicas sobre as drogas no país é muito dinâmico e controverso, considerando o intenso debate na sociedade sobre o tema. O objetivo neste tópico é apresentar sucintamente o que de significativo foi produzido como

referência na área, de modo a possibilitar uma informação deste arcabouço e contribuir em estudos subsequentes.

O Ministério da Saúde lança em 2002 o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos usuários álcool/outras drogas que é um marco no período para a construção de uma política específica para esse campo da saúde mental. A política específica vai ser consolidada em 2004, com o lançamento da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas.

A Intersetorialidade é um dos aspectos relevantes desta Política, visto que: O impacto de políticas públicas coordenadas setorialmente é visível e vem se impondo para todas as áreas sociais de governo; O uso de álcool e outras drogas é um tema transversal a outras áreas - da justiça, da educação, social e de desenvolvimento; Requer uma intensa capilaridade para a execução de uma política de atenção integral ao consumidor de álcool e outras drogas; As articulações com a sociedade civil, movimentos sindicais, associações e organizações comunitárias e universidades são fundamentais para a elaboração de planos estratégicos ampliando-se significativamente a cobertura das ações dirigidas a populações de difícil acesso (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) aborda a relevância da redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, indicando um conjunto de iniciativas a serem realizadas pelo poder público, como: I – Investimento em ações educativas e sensibilizadoras para crianças e adolescentes quanto ao uso abusivo de álcool e suas consequências; II – Produzir e distribuir material educativo para orientar e sensibilizar a população sobre os malefícios do uso abusivo do álcool; III – Promover campanhas municipais em interação com as agências de trânsito no alerta quanto às consequências da direção alcoolizada; IV – Desenvolvimento de iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool e outras drogas que envolvam a corresponsabilização e autonomia da população; V – Investimento no aumento de informações veiculadas pela mídia quanto aos riscos e danos

envolvidos na associação entre o uso abusivo de álcool e outras drogas e acidentes/violências; e VI – Apoio à restrição de acesso a bebidas alcoólicas de acordo com o perfil epidemiológico de dado território, protegendo segmentos vulneráveis e priorizando situações de violência e danos sociais.

Em 2005 o Presidente do Conselho Nacional Antidrogas – CONAD, aprova e o Presidente do Brasil sanciona a Política Nacional de Drogas que

(...) avança ao enfatizar a prevenção ao uso indevido de drogas e o tratamento humanizado à pessoa que faz um uso abusivo de drogas, em um movimento de afastamento da repressão como central, reconhecendo a redução de danos enquanto uma estratégia para intervenção em relação às drogas (MACHADO, 2013, p.69).

No âmbito legislativo, a Lei Federal nº 11.343 de 23 de agosto de 2006 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; Prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; Estabelece normas par repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. Posteriormente o Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006regulamenta a referida Lei.

O Decreto nº 6.117 de 22 de maio de 2007 aprovou a Política Nacional sobre Álcool e Outras Drogas que dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e a criminalidade. As principais medidas para reduzir e prevenir danos à saúde: Propaganda de bebida alcoólica: regulamentação, monitoramento e fiscalização; Campanhas de informação e sensibilização quanto às consequências do uso indevido de bebidas alcoólicas; Redução da demanda de álcool por populações vulneráveis: fiscalização do ECA, populações indígenas, escolas/universidades; Álcool e trânsito; Capacitação profissionais

rede básica saúde e da segurança pública; Fiscalização de estabelecimentos diversão/lazer.

O Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras drogas (PEAD 2009-2011), foi aprovado em Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do SUS em maio de 2009, com os objetivos de: 1) Ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS); 2) Diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos, e 3) Construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e à complexidade desta clínica.

O Decreto n.º 7179, de 20 de 05 de 2010 instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. A prevenção é direcionada a educação e informações sobre drogas, visando ampliar a rede de assistência ao dependente e autoridade no enfrentamento ao tráfico.

Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, 2010, os delegados participantes examinaram a política sobre drogas no país e deliberaram sobre o conjunto de princípios que devem orientar a ação do Estado, e destacam-se aqueles referentes à imprescindível articulação entre as políticas sociais.

Deliberação 183:

Assegurar que as políticas públicas sejam elaboradas integralmente, prevendo ações e financiamento intersetorial, em especial nos campos da infância e adolescência, no que se refere à violência doméstica, exploração sexual, uso de álcool e outras drogas, moradores e em situação de rua, em cumprimento de medidas socioeducativas e em situação de risco, seguindo a Política Nacional para cada área.

Quanto a princípios e diretrizes gerais, a Deliberação 485 enfatiza que o enfrentamento da problemática do uso e abuso de álcool e outras drogas requer a implantação e o desenvolvimento, nos três níveis de atenção, de políticas públicas intersetoriais, em consonância com as diretrizes da reforma psiquiátrica, do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) e do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Do mesmo modo a Deliberação 486 enfatiza que é necessário se estabelecer, efetivamente, a estratégia de redução de danos como política pública de saúde; e expandir, em todo território nacional, a rede de cuidados em saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, garantindo de forma irrestrita o direito à saúde e a uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2010b).

O mais recente ordenamento da política pública sobre drogas é a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088⁷, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Os objetivos, conforme artigo 3º são de I - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II - Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III - Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

O art. 5º da Portaria elenca os componentes da Rede: I - Atenção Básica em Saúde; II - Atenção Psicossocial Especializada; III - Atenção de Urgência e Emergência; IV - Atenção Residencial de

⁷ A Portaria na sua íntegra está disponível no sítio:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Caráter Transitório; V - Atenção Hospitalar; VI - Estratégias de Desinstitucionalização; e VI - Reabilitação Psicossocial.

No ponto de atenção da Atenção Básica em Saúde, é institucionalizado um dispositivo relevante para abordagem e cuidado a pessoas em situação de rua com problemas decorrentes do uso de drogas e as mais diversas vulnerabilidades sociais, as Equipes de Consultório na Rua, cujas diretrizes de organização e funcionamento estão regradas pela Portaria do Ministério da Saúde nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Já a Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

Estes são alguns destaques orientadores para a elaboração e execução de políticas de atenção às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tema complexo e que requer a intersetorialidade como patamar imprescindível na sua realização.

O desafio da intersetorialidade

Contemporaneamente o campo de conhecimento da gestão de políticas públicas tem constatado que a intersetorialidade é um fator preponderante para a efetivação de serviços e programas à população. A natureza das necessidades humanas e sociais tem em si complexidade relevante que não podem ser atendidas na perspectiva da setorialidade. Do mesmo modo, a integralidade é um princípio fundamental das políticas de saúde e de assistência social, políticas sociais aqui analisadas, requerendo uma ação articulada das políticas públicas.

A integralidade se expressa na Assistência Social por meio das Seguranças Socioassistenciais: atenção básica, média e alta complexidade. E na Saúde, é um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro através do SUS para conjugar as ações

direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço à população. Mas a forte setorialidade dos Sistemas Únicos de Saúde e de Assistência Social repercute na efetividade de suas ações de proteção social, e no caso de políticas sobre drogas, torna-se imperiosa a intersetorialidade.

Um conceito de intersetorialidade apropriado para este debate é o que o considera

(...) um princípio de gestão das políticas sociais que privilegia a integração das políticas em sua elaboração, execução, monitoramento e avaliação. Busca superar a fragmentação das políticas, respeitando as especificidades de cada área (SAMPAIO, 2009).

A gestão em políticas públicas tem o papel de ser a protagonista nos esforços de ações intersetoriais. Aproveitando a conceituação no setor saúde, a função gestora é um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área, através de quatro grandes grupos: (1) formulação de políticas e planejamento; (2) financiamento; (3) regulação, coordenação, controle e avaliação do sistema/redes e prestadores de serviços, (4) prestação direta de serviços (MACHADO et al, 2009, p. 56).

Ou seja, no processo de gestão devem ser incluídas ações e estratégias para a necessária articulação entre os setores, pois

(...) a intersetorialidade se assenta no princípio da convergência da ação, devendo refletir uma racionalidade interna da ação governamental. [...] O que a move é o pacto de uma ação coletiva, integrada para um objetivo (SPOSATI, 2006, p. 140).

As ações de atenção à saúde e assistência social, assim como as de educação, trabalho, habitação entre outras, para a população com

prejuízo pelo uso de álcool e outras drogas torna mais complexa o tipo de intersectorialidade, pois vai requer as outras esferas da sociedade. Por isto o conceito de rede intersectorial colabora na compreensão e formulação deste tipo de ação. Como Porto e colaboradores expressam,

(...) as redes intersectoriais são estruturas flexíveis que permitem a construção de canais de comunicação e de estratégias de ação conjunta, estabelecendo novos compromissos entre instituições e atores sociais organizados (2003, p. 196).

Esta perspectiva alia as políticas que foram sendo gestadas na área específica de álcool e outras drogas como a da promoção da saúde, ficando evidenciado que a magnitude do problema em tela é tanto do Estado como da sociedade em geral, e principalmente, precisa ser elaborada e executada na perspectiva da intersectorialidade.

Considerações finais

O debate realizado e a aproximação das legislações do SUS e do SUAS revelam o elemental: apontam ações diretas aos cidadãos. A interface é evidente, com ações que se complementam entre si. Portanto, é requerido aos gestores, trabalhadores e prestadores de serviços um esforço de pensar a política pública tendo como sua centralidade os indivíduos, a população usuária e, a partir deste foco, revisitar as normas, processos e ações para a construção de elos de articulação. É preciso ter como direção da execução das políticas sociais públicas a Integralidade, articulando os meios para o alcance da maior cobertura possível de ações, com postura interdisciplinar e ética, de modo a pautar as políticas nos direitos e na cidadania de todos.

Os desafios estão postos aos profissionais, gestores e cidadãos em modo geral para a construção de uma articulação capaz de contribuir na elaboração de ações para a atenção integral às pessoas com prejuízos pelo uso de álcool e outras drogas, na perspectiva de respeito aos direitos humanos e da integralidade.

Mudanças conceituais também se fazem necessárias, pois a perspectiva das condições agudas das doenças não é mais suficiente para a formulação e organização de ações de cuidado, uma vez que os problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas exigem atenção ao longo da vida, e de práticas capazes de possibilitar a inserção social destes indivíduos.

Outros desafios para a efetiva política pública também estão colocados, como a permanente tensão entre um Estado garantidor de direitos e um Estado privatista, o que determina o insuficiente financiamento público para as necessidades da população por meio das políticas públicas.

Por fim, a organização dos serviços de saúde e de assistência social, assim como as demais políticas setoriais, deve ser orientada pelo cuidado ao usuário; esta é uma máxima que vai possibilitar ações de intersetorialidade. Para tanto, é fundamental o incentivo a participação social no processo de decisão e gestão das políticas públicas, com destaque ao controle social.

Referências

ANDRADE, LOM. *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec, 2006.

BIELSCHOWSKI, R. *Pensamento Econômico Brasileiro: o ciclo ideológico do desenvolvimentismo*. 5. ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 2004.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, 19/09/1990 - organização do SUS: planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

_____. Lei Nº 12.435, de 06 de julho de 2011. Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2010a.

_____. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final, 27/06 a 01/07 2010*. Brasília, 2010b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. Brasília: MDS, 2009.

_____. Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os

procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. *Mais Saúde: direito de todos*, 2008-2011. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social. SUAS – Norma Operacional Básica -NOB/SUAS, Brasília – DF, 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Brasília – DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, 2004.

_____. Conselho Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Anais*. 1986. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf

CAMPOS, GWS. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde. In: CAMPOS, GWS; MERHY, E; NUNES, ED. *Planejamento sem normas*. São Paulo: HUCITEC, 1989.

CARDOSO, F.L.L. A influência do relatório Beveridge nas origens do Welfare State (1942 – 1950). *Revista Todavia*. Ano 1, nº 1, 2010. Porto Alegre. Disponível em:
<http://www.ufrgs.br/revistatodavia/Artigo3%20-%20Revista%20Todavia.pdf>. Acesso em 11/04/2012 .

CARVALHO, J.M. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CHIAVENATO, I. *Administração: teoria, processo e prática*. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

CONASS. Seminário sobre modelo de Atenção à saúde no SUS. Brasília, 2009.

_____. *A gestão da saúde nos estados: a avaliação e fortalecimento das funções essenciais*. Brasília, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CNAS). Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009 - Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

CÔRTEZ, Soraya M. Vargas. Arcabouço institucional e participação em conselhos municipais de saúde e assistência social. In: SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves; RIBEIRO, Luiz César de Queiroz; AZEVEDO, Sérgio (orgs.) *Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

COSTA, N.R. *Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: saúde e saneamento na agenda social*. São Paulo: Hucitec, 1998.

COUTINHO, CN. *Gramsci, um estudo sobre seu pensamento político*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

COUTO, B. A política nacional de assistência social e o SUAS: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: COUTO, B; YAZBEK, M.C.; SILVA, M.O.S; RAICHELIS, R. (orgs). *O sistema único de assistência social no Brasil: uma realidade em movimento*. São Paulo: Cortez, 2010.

DALLARI, DA. Direitos Humanos, Exclusão Social e Educação para o Humanismo. In: PIRES, Cecília Pinto et al. (Org.). *Direitos Humanos: pobreza e exclusão*. São Leopoldo: Adunisinos, 2000.

DAMASO, R. Saber e práxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

DOWBOR, L. *A reprodução social: política econômica e social, os desafios do Brasil*. Vol. II. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

SCOREL, S.; MOREIRA, M.R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. (org.). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

SCOREL, S. Saúde uma questão nacional. IN: TEIXEIRA, S.F. *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989.

FIOCRUZ. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. 2008. Disponível em:
<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>

_____. Gestão em saúde: curso de aperfeiçoamento pra dirigentes municipais de saúde. Programa de educação á distância. Processo Saúde-Doença. V. I, 1998.

FLEURY, S. Seguridade social: a agenda pendente. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 414-424, set./dez. 2003.

FÓRUM BRASIL DO ORÇAMENTO – FBO. Superávit primário. *Cadernos para Discussão*. Brasília: FBO, 2004.

GOHN, MG. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003. Coleção Questões da Nossa Época 84.

HARVEY, D. *Condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 1993.

IAMAMOTO, MV. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 1998.

LIMA, LD. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.

LOPES, C. R. Movimento contra as iniquidades. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 45, maio 2006.

LOPES, J.R. Mínimos sociais, cidadania e assistência social. *Serviço Social e Sociedade*. Ano XIX, n. 58, São Paulo: Cortez, 1997, p. 94-108, nov. 1998.

MACHADO, BS. Política proibicionista de drogas no Brasil. *Dissertação de Mestrado*. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social PUC RS. Porto Alegre, 2013.

MACHADO, CV; LIMA, LD; BAPTISTA, TWF. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: OLIVEIRA, RG; GRABOIS, V. MENDES JÚNIOR, WV. (Orgs.) *Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*, 15 (5): 2297-2305, 2010.

PAIM, JS. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, JS; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma nova 'saúde pública' ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*, 32 (4), 1998.

PEREIRA, PAP. *Necessidades humanas subsídios à crítica dos mínimos sociais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PORTO, MFS; LACAZ, FAC; MACHADO, JMH. Promoção da Saúde e Intersetorialidade: contribuições e limites da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 192-206, set./dez. 2003.

SAMPAIO, APS; LEITE, MR; NETO, AL. *Glossário de Assistência Social*. Governo do Estado do Espírito Santo, Instituto Jones dos Santos Neves, outubro de 2009.

SOARES, LTR. *Ajuste Neoliberal e Desajuste Social na América Latina*. Petrópolis: Vozes, 2001.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

SPOSATI, A. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil*. Brasília: MDS, UNESCO, 2009.

SPOSATI, A. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. *Revista Serviço Social e Sociedade*. n. 85, ano XXVII, São Paulo: Cortez, 2006.

TEIXEIRA, C. (org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010.

_____. Planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde. *Espaço da Gestão*. Informação para tomadores de decisão em saúde pública. BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em www.itd.bvs.br.

TEIXEIRA, SF. (org.) *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.