



Autor: Felipe Ferreira

MAPEAMENTO DA REDE AMPLIADA DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO RIO DE JANEIRO/RJ

Orientadora: Maria Cecília Carvalho

Monografia final apresentada como requisito parcial para conclusão do curso de
Registros e Informações em Saúde.

DEZEMBRO/2007

Autor: Felipe Ferreira

MAPEAMENTO DA REDE AMPLIADA DE
ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS NO RIO DE JANEIRO/RJ

Orientadora: Maria Cecília Carvalho

Monografia final apresentada como requisito
parcial para conclusão do curso de Registros e
Informações em Saúde.

DEZEMBRO/2007

RESUMO

Esse trabalho pretende ser um mapeamento da rede ampliada de atenção a usuários de álcool e outras drogas na cidade do Rio de Janeiro/RJ, indicando de que forma ela se estrutura, por que meios e órgãos os serviços são oferecidos, sem tencionar fazer qualquer análise qualitativa ou quantitativa da rede. Fez parte do processo de mapeamento o levantamento da legislação que o sustenta, onde se inclui as orientações legais relativas à saúde, ao direito penal e também a Constituição Federal,

Ainda em busca do objetivo, uma explicação sobre o modelo de atenção oficial, mostrando de que forma é pretendida sua execução, e outros modelos utilizados na rede ampliada, novamente sem qualquer pretensão quanto à análise qualitativa do conteúdo. Por fim, endereços de páginas na internet onde podem ser consultados locais para atendimento.

Este trabalho não abordará temas relacionados ao tabaco, por não ser substância entorpecente e por ter programas específicos na área da saúde.

SIGLAS (em ordem alfabética, pela sigla)

Alcoólicos Anônimos – AA

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS / SIDA

Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e Outras Drogas - CAPS ad

Conselho Estadual Antidrogas – CEAD

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID

Classificação Internacional de Doenças - CID

Conselho Municipal Antidrogas – COMAD

Conselho Nacional Antidrogas – CONAD

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES

Instituto Nacional do Câncer – INCA

Instituto de Convivência e de Recreação do Espaço Social – Inverso

Ministério da Saúde – MS

Narcóticos Anônimos – NA

Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas - NEPAD

Organização Mundial de Saúde – OMS

Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos – SEASDH

Secretaria de Estado de Educação – SEE

Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD

Secretaria Especial de Prevenção à Dependência Química – SEPDQ

Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro - SES

Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD

Secretaria Municipal de Saúde – SMS

Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT

Sistema Único de Saúde – SUS

Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime – UNODC

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO – p. 6

CAPÍTULO I – MODELOS DE ATENÇÃO – p. 9

CAPÍTULO II – LEGISLAÇÃO ANTIDROGAS – p. 16

CAPÍTULO III – MÉTODOS E DEFINIÇÃO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL – p. 18

CAPÍTULO IV – RESULTADO E CONSIDERAÇÕES FINAIS – p. 26

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – p. 29

INTRODUÇÃO

Aproximadamente 11% da população brasileira é dependente de álcool (CARLINI, E. A. et al, 2001). Em quase todas as capitais a prevalência de uso abusivo é ainda maior. No Rio de Janeiro, em um inquérito realizado pelo Ministério da Saúde e INCA (Instituto Nacional do Câncer), essa taxa foi de 13,7%. No ano de 2001, o custo das internações de dependentes de álcool foi de mais de 60 milhões de reais, não contando custos de atendimento ambulatorial e com doenças relacionadas ao álcool - como câncer hepático e doenças do sistema cardiovascular. Exclui-se dessa conta também os acidentes de trânsito – responsável por 25% de todas as mortes por causas externas (dados de 2000), homicídios, agressões e outros agravos indiretamente ligados ao abuso de psicotrópicos.

Só esses dados já serviriam para justificar o título de problema de saúde pública e a política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Apesar de ser uma droga lícita, o custo dos agravos causados pelo álcool para o SUS supera em mais de seis vezes o das outras drogas.

Quanto às ilícitas, o consumo vem subindo no Brasil. Segundo dados do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC), a proporção de usuários de maconha e cocaína passou de 2001 a 2005, respectivamente, de 1% para 2,6% e de 0,4% para 0,7%. O uso de drogas injetáveis é responsável por 25% dos casos de AIDS, direta ou indiretamente. Importante levantamento realizado pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas) constatou ainda grande aumento no uso de ansiolíticos e anfetaminas.

A Constituição Federal de 1988 definiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado (a saúde é entendida como um direito de cidadania pela Constituição) e em 1990 foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS tem seus recursos financeiros movimentados pelo Ministério da Saúde, mas é financiado por orçamento de seguridade social, União, estados, municípios e Distrito Federal e outras fontes (§1 do artigo 198 da Constituição Federal). O SUS tem por princípios universalidade, equidade e integralidade, que são chamados de princípios doutrinários.

Esses três princípios se complementam na medida em que a visam a dar a todos o direito a ações e serviços de saúde (universalidade), com iguais oportunidades (equidade), seja de forma preventiva ou curativa, seja coletiva ou individual.

O SUS é guiado ainda por outros princípios, chamados organizativos. São eles: controle social (participação dos usuários nos Conselhos de Saúde), hierarquização (a divisão dos serviços por níveis de complexidade), regionalização (os serviços de saúde possuem uma área de abrangência) e descentralização (cada esfera governamental tem suas responsabilidades e atribuições). Temos, portanto, ações de saúde assistenciais executadas pelas três esferas de governo (federal, estadual e municipal). De forma que a Lei Antidrogas determina que também os órgãos ligados à Assistência Social prestem assistência aos usuários de álcool e drogas (remetendo assim ao conceito de saúde explicitado pela Organização Mundial de Saúde: “estado de equilíbrio e bem-estar físico, mental e social”). No estado do Rio de Janeiro, a secretaria responsável por isso é a Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos. Subordinado a ela está o Conselho Estadual Antidrogas (CEAD). Os Conselhos têm “por finalidade atuar como instância de assessoramento ao Governo do Estado no provimento das orientações estratégicas globais (...) e promover a articulação, a integração e a organização da ação do Estado para a redução da demanda

e da oferta de drogas”. Trabalhando em conjunto ao CEAD, no Rio de Janeiro, há o COMAD (Conselho Municipal Antidrogas), subordinado a Secretaria Especial de Prevenção à Dependência Química e o CONAD (Conselho Nacional Antidrogas), ligado ao governo federal. As universidades públicas oferecem projetos relacionados ao tratamento da dependência química também. O Ministério da Justiça trabalha apoiando a Justiça Terapêutica, proposta onde o cumprimento da legislação seja conjugado a medidas sociais e tratamento, quando estiver envolvido uso de alguma droga, proposta de acordo com a nova legislação antidrogas brasileira.

O objetivo do trabalho é mapear a estrutura da rede ampliada de atenção a usuários de álcool e outras drogas no Rio de Janeiro/RJ. Trata-se aqui da rede ampliada porque não engloba apenas os serviços ligados à saúde, mas também à assistência social e grupos de ajuda mútua - como os Alcoólicos Anônimos - e quaisquer outros mecanismos que se prestarem a dar atendimento a esses usuários, sejam públicos ou privados Também serão abordados: 1) os modelos de atenção, separando-os por objetivo: a abstinência da substância ou a redução dos danos causados pelo uso, sendo a abstinência visada quando possível e desejada; e 2) a política oficial antidrogas vigente no país, seu modo de atuação e a legislação criminal que trata das drogas ilícitas.

Não há intenção de fornecer todos os endereços disponíveis, mas sim indicar como a rede está estruturada, apontando endereços na internet onde estão disponíveis informações sobre onde ser atendido.

CAPÍTULO I – MODELOS DE ATENÇÃO

Modelo oficial

A popularização do modelo da redução de danos ao redor do mundo data da década de 80, quando da difusão da AIDS relacionada ao compartilhamento de seringas, mas a primeira experiência de que se tem notícia data da década de 1920, com a prescrição de derivados do ópio pelo médico inglês Humphrey Rolleston para dependentes que não conseguiam manter uma vida produtiva sem a droga. Na década de 1960, a metadona já era usada no tratamento da adicção em heroína.

O conceito de redução de danos parte de alguns pressupostos, segundo Marcelo Araújo Campos (“Freire e Freud: por uma atitude transitiva na educação sobre drogas”, 2005), presidente da Associação Brasileira dos Redutores de Danos, tais como: drogas são elementos que fazem parte da sociedade, e sempre fizeram; o uso de drogas não é incompatível com qualidade de vida; relação problemática com drogas não é uma regra, sim exceção; a abordagem do uso dessas substâncias não deve ser moralizante/supersticiosa. O autor sugere ainda alguns parâmetros a serem usados em uma educação sobre drogas, entre eles: respeito à diversidade de valores e crenças; reconhecimento do papel social e cultural dos psicoativos; respeito mútuo entre as pessoas, independentemente do uso ou não de que substância for.

Araújo Campos se refere ainda à “valorização da saúde”, claramente guiado pela interpretação da OMS. Guiados por tais parâmetros e pressupostos, o que se pretende com esse modelo é levar em conta, além do aspecto médico, o social, psicológico, econômico, cultural e político; e evitar sua estigmatização/segregação. Mais do que isso, estimular a autonomia e tornar o

usuário co-responsável pelo seu tratamento. (VELOSO, LAÍS et al.; 1998). O foco deixa de ser a droga, e passa a ser o usuário, com vontades, desejos e limitações.

O modo de trabalho pelo qual o governo pretende prestar assistência aos usuários de álcool e drogas é exposto na Portaria Nº 1.059/GM de 2005, que visa ao fomento de ações de redução de danos. Distribuição de seringas, agulhas e cachimbos; e elaboração de materiais educativos conscientizando sobre as formas seguras de uso de álcool e outras drogas são algumas das ações que constam na Portaria e devem ser seguidas pelos Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e Outras Drogas (CAPS ad). Um exemplo de cartilha educativa foi a distribuída na Parada Gay de São Paulo, em 2007, com apoio do Governo Federal, contendo orientações de como usar drogas de maneira mais segura, e com a inscrição: "Compartilhe a droga, nunca o material a ser usado".

A rede de cuidados na comunidade é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais e caracteriza-se por ser essencialmente pública e de base municipal. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. Têm como função organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais prestando atendimento clínico em regime de atenção diária, promovendo a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações; regulando a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dando suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Esse suporte é feito pelas equipes do CAPS, juntamente com membros das equipes dos outros equipamentos, através de ações de supervisão, atendimento conjunto e específico e capacitação (Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas).

No município do Rio de Janeiro o Programa de Saúde Mental, iniciado na década de 1990, tem privilegiado ações dirigidas ao cuidado desses pacientes através da implantação de CAPS (há dez unidades no município do Rio de Janeiro) e serviços terapêuticos. Mais recentemente voltou, ainda, sua atenção para a reestruturação dos ambulatorios com o objetivo de:

“modificar o atual modelo tradicional de atendimento ambulatorial centralizado na consulta individual e na distribuição de medicamentos para o modelo de atenção ambulatorial territorial em saúde mental; e organizar serviços de saúde mental priorizando a população com transtorno mental grave que não necessite de atendimento em tempo integral.” (SMS-Rio, 2005)

A atenção ambulatorial deve se dar de forma que os pacientes tenham projetos terapêuticos individuais definidos, as famílias sejam acompanhadas pelos técnicos das equipes e o atendimento no território seja realizado, sempre que necessário.

(Recomendações sobre o atendimento em saúde mental na rede básica -SMS –Rio, 2005)

Os CAPS são diferenciados em três categorias (I, II e III), segundo o nível de complexidade e abrangência populacional, sendo um serviço ambulatorial de atenção diária, funcionando pela lógica territorial, e prestando acompanhamento de forma intensiva, não-intensiva e semi-intensiva.

Os CAPS ad são classificados no grupo II, por atender a populações com mais de 70 mil habitantes. São suas atribuições: a responsabilização pela organização da demanda, servindo de porta de entrada da rede. Devem prestar atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, etc.) e em grupos (psicoterapia, suporte social e outros), oficinas terapêuticas, atendimento à família, atividades comunitárias buscando a integração social do paciente e desintoxicação. A equipe deve contar com sete profissionais de nível superior e seis de nível médio.

Outra opção são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) em Saúde Mental, definidos, segundo a Portaria n.º 106/MS de 2000 como “moradias ou casas inseridas (...) destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais (...) que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.” No Rio de Janeiro, os moradores possuem acompanhamento contínuo de uma equipe multiprofissional, contam com auxílio reabilitação de um salário mínimo, e passam a receber dois se voltarem a morar com a família.

Vale ressaltar a importância da rede básica municipal, que tem o papel de porta de entrada do SUS para o paciente, com a qual os CAPS e outros serviços municipais devem estar integrados. Dessa forma, com base nos princípios do SUS (principalmente o da resolutividade), o paciente, se não procurasse a ajuda adequada, seria encaminhado.

Apesar de a redução de danos ser o modelo oficial na atenção a usuários de álcool e outras drogas, há, na rede ampliada, instituições diversas (hospitais, grupos de mútua ajuda, etc.) que utilizam modelos que visam unicamente à abstinência. Ronaldo Laranjeira, Phd em Psiquiatria pela Universidade de Londres, aponta que, por conta disso, “não existe estrutura de apoio efetivo a quem precisa de tratamento para deixar de usar”. Para ele, o programa de redução de danos deveria ser um complemento, e não a prioridade.

Grupos de Mútua Ajuda

Na rede ampliada, quando o foco é a abstinência, o principal destaque são as associações comunitárias, como os Alcoólicos Anônimos (AA) e os Narcóticos Anônimos (NA), com aproximadamente 4900 e 700 grupos, respectivamente. O único requisito para fazer parte desses

grupos é o “desejo de parar” de usar drogas ou álcool. Esses grupos utilizam o método dos 12 passos, que reúne a essência do texto básico dos Alcoólicos Anônimos, escrito em 1939.

AA teve início a partir de um encontro entre Bill W. e o Dr. Bob S., dois alcoólatras americanos, em 1935. Bill havia se recuperado, estando sóbrio durante alguns meses, participando dos Grupos de Oxford, guiados por seis passos, que pregavam a confissão e o contato com Deus como pré-requisito para a mudança. Os doze passos de AA não possuem caráter religioso, mas espiritual. O primeiro passo é a admissão da impotência perante o álcool (em NA, perante as drogas, incluídas as legais).

Bill percebera a importância do contato com outros adictos em recuperação para que ele próprio conseguisse manter-se sóbrio – apesar de, no grupo do qual participava, ninguém mais ter se recuperado. Além disso, outro fator importante foi a consciência de que o alcoolismo era uma doença – física, mental, espiritual, progressiva e letal, além de incurável (a Organização Mundial da Saúde passou a classificá-lo como doença em 1967, a partir do CID-8¹, mas já era tratado desta forma desde 1952, a partir da publicação do DSM-I - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – American Psychiatric Association).

Toda a estrutura organizacional desses grupos (AA e NA) é voltada para o restabelecimento do indivíduo, moral e espiritualmente. Tal estrutura se apresenta em Doze Passos e Doze Tradições. Os Passos são a essência do programa, que descrevem atitudes e atividades importantes para que seja alcançada a sobriedade. As Tradições definem os princípios dos grupos, que devem ter principalmente como base o anonimato e a auto-suficiência.

¹ 8ª revisão da Classificação Internacional de Doenças. Hoje a CID encontra-se em sua décima edição, e os transtornos mentais decorrentes do uso de álcool são encontrados na sessão F10. Entre eles: intoxicação aguda, síndrome de dependência, síndrome amnésica e transtorno psicótico residual.

Nas reuniões, é preservado o total anonimato dos participantes – para colocar “os princípios acima das personalidades” (12ª tradição), e lhes é sugerido (tudo é sugerido, nada é obrigado), a partir dos passos, fazer “um minucioso e destemido inventário moral”, reparações diretas – sempre que possível - a pessoas que tivessem sido prejudicadas e continuar fazendo o inventário pessoal, admitindo prontamente qualquer erro.

A auto-suficiência está tanto ligada ao grupo quanto à pessoa. Para o grupo é importante porque o mantém independente, inclusive não aceitando contribuições de fora. Para o adicto, pela responsabilidade consigo mesmo. Como dependente da substância, a liberdade não existia, e a responsabilidade era apenas para com o vício. A auto-suficiência do grupo deve ajudar na recuperação da dignidade pessoal, além de ajudar o próprio grupo no financiamento de materiais de estudo e divulgação dos serviços, além de rede de apoio. Como um grupo de mútua ajuda, é importante que se preserve a primeira tradição: “nosso bem-estar comum deve estar sempre em primeiro lugar; a recuperação pessoal depende da unidade”.

Outra base do programa de NA e AA é o chamado “só por hoje”. Dada a dificuldade de se pensar em parar de ter certo comportamento por toda a vida, os adictos são orientados a não usar só por hoje. Concentrar-se no dia de hoje, aceitando o passado, em vez de se ressentir com ele e tendo fé no futuro, em vez de medo.

Partindo da premissa que a adicção é uma doença incurável e progressiva, esses grupos, embasados formalmente em Passos e Tradições, possuem um *modus operandi* bem mais amplo, na tentativa de estimular e dar força no processo de recuperação. Além do “só por hoje”, o apadrinhamento – o padrinho, ou madrinha, é uma pessoa mais antiga no grupo escolhida com o consentimento de ambos - é considerado um importante canal para a realização dos passos, para o

aprendizado da recuperação e partilha de experiência como adicto, além de poder levar a reuniões e apresentar outros membros.

Modelo Minnesota

Baseado nos 12 passos, o Modelo Minnesota surgiu na tentativa de utilizar os 12 passos num hospital no tratamento do alcoolismo (Darrach, Mary C., 1992). Por isso, as premissas básicas são as mesmas utilizadas em AA e NA: a dependência química pode ser tratada, mas não curada – a pessoa deve aprender a viver com ela. As diferenças que mais se destacam entre esse modelo e médico tradicional são a ausência de diagnósticos e medicamentos e os pacientes participam ativamente da sua recuperação. O local de tratamento deve possuir uma equipe multidisciplinar, contando com um “conselheiro”, que pode ser um dependente químico em recuperação.

Como o plano de tratamento é específico para cada paciente e baseado tanto em princípios científicos como experiência, torna-se difícil descrever seu funcionamento e até mesmo a definição do que é ou não Modelo Minnesota, e não há qualquer organização que faça tal controle.

Normalmente as unidades que utilizam essa modalidade trabalham tanto em regimes ambulatoriais (para pacientes que conseguem ter longos períodos de abstinência) quanto de internação, com tratamento voluntário, onde os pacientes possuem atividades diárias e freqüentam reuniões de grupo, com visitas nos fins de semana.

CAPÍTULO II – LEGISLAÇÃO ANTIDROGAS

Apesar de destacar-se a questão do álcool quando se trata de saúde pública relacionada a substâncias psicoativas, não se pode ignorar a questão dos usuários das drogas ilícitas. Por esta mesma ilicitude dá-se a dificuldade de integração desses usuários no Sistema de Saúde, visto que a prisão do usuário de drogas aumentava o preconceito e a segregação com relação a essas pessoas.

Até 2006, o “porte” (trazer consigo, adquirir, guardar) de drogas ilícitas para consumo próprio era passível de pena privativa de liberdade (seis meses a dois anos), sob a chamada Lei de Entorpecentes (LEI Nº 6.368/1976). O tratamento e recuperação eram abordados no Capítulo II, que determinava que a rede de serviços de saúde deveria ser responsável pelo tratamento dos dependentes, inclusive a ligada ao Ministério da Previdência e Assistência Social.

Em 23 de agosto de 2006, o presidente da república sancionou a nova “Lei Anti-Drogas” (LEI Nº 11.343/2006), prescrevendo a Lei anterior e instituindo o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), responsável pela prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas – que não era uma das preocupações da Lei original de 1976. O usuário era visto apenas pelo prisma jurídico-criminal e da saúde. Essa nova forma de ver o usuário está explicitada já no primeiro capítulo do Título II da nova Lei (DOS PRINCÍPIOS E DOS OBJETIVOS DO SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS). Entre outros, tem-se como princípios o respeito a autonomia, liberdade e diversidade, a promoção dos valores éticos e culturais; como objetivos, a inclusão social do usuário, “visando a torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas” (Art. 5º, inciso I); construção e socialização do conhecimento sobre drogas e integração entre políticas de prevenção, atenção, repressão (à produção não autorizada e ao tráfico ilícito),

reinserção social e políticas públicas setoriais (de todas as esferas governamentais).

O Título III da Lei Nº 11.343/2006 trata da prevenção ao uso indevido, da atenção e da reinserção do usuário. Nesse capítulo é onde se percebe melhor que a Lei Anti-Drogas está completamente de acordo com a “Política do Ministério da Saúde para atenção a usuários de álcool e outras drogas”, editada em 2003. Ela estabelece como diretrizes para a prevenção - Capítulo I - o fortalecimento da autonomia e responsabilidade individual; o reconhecimento do “não-uso”, do “retardamento do uso” e da redução de danos; investimento em alternativas culturais, artísticas e outras. O Capítulo II versa sobre a forma de atenção e reinserção social do usuário / dependente. As atividades devem ter como meta e melhoria da qualidade de vida, respeito ao usuário, consciência das diferenças psicológicas e socioculturais, buscando a redução dos danos individuais e sociais.

O Capítulo III trata dos crimes e penas. A grande diferença nesse aspecto é que o usuário não é mais passível de pena privativa de liberdade, podendo ser submetido a qualquer das seguintes penas: advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade ou medida educativa (por no máximo cinco meses, podendo ser estendidos até 10), podendo haver admoestação verbal ou multa caso haja recusa do usuário em cumprir a pena. Muito se discute se isso representa uma descriminalização. Segundo Luiz Flávio Gomes, doutor em Direito Penal, houve uma “descriminalização formal” e o porte de drogas tornou-se uma “infração penal *sui generis*”. Ele argumenta que pensar o usuário como criminoso é “ideologicamente incompatível” com o texto legal. Uma demonstração clara disso é o fato de o usuário dever ser levado, não a um delegado, senão a um juiz.

CAPÍTULO III - MÉTODOS E DEFINIÇÃO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Internet

A internet surgiu como um instrumento militar americano, nos tempos da Guerra Fria, sob o nome de ArphaNet. Posteriormente, considerado findo o perigo da Guerra, foi permitido o acesso à rede por cientistas, universidades locais e universidades de outros países, progressivamente.

No Brasil, o início da internet se deu com a Rede Nacional de Pesquisa, de caráter acadêmico e ligada ao Ministério da Ciência e Tecnologia, em 1991. A abertura ao setor privado se deu em 1995. Desde o seu princípio até hoje a internet passou por várias mudanças, tanto estruturais, como aumento do número de redes e em suas próprias composições, até formas de apresentação e interação, acompanhando a evolução dos sistemas operacionais e capacidades dos equipamentos.

De um instrumento militar e posteriormente acadêmico, a internet se transformou em um canal para os mais diversos fins: comércio, relacionamentos, pesquisas, entretenimento, etc. Com o crescimento 'descontrolado', veio a discussão sobre um possível controle do conteúdo da rede - alguns países já possuem inclusive legislação própria para crimes cometidos na internet. No Brasil já há um projeto de lei (Projeto de Lei 76/2000 do Senado) tratando do tema. A principal polêmica acerca do PLS 76 é quanto ao armazenamento de dados do usuário, tais como endereço, nome completo, data de nascimento e dados do endereço eletrônico (endereço eletrônico, horário da conexão e outros). A principal crítica é quanto à falta de privacidade e ao possível extravio dessas informações.

Pesquisa

Com o avanço tecnológico, tornou-se possível encontrar todo tipo de material (textos, imagens, áudio) disponível na internet, seja catalogado para venda ou digitalizado (que também pode ser para venda). Seja na própria internet ou através dela, estão acessíveis dados sobre os temas mais diversos, e é difícil pensar um que esteja excluído disso. Jornais, universidades, museus, órgãos governamentais de todo o mundo também fazem parte disso.

O principal meio de acesso, quando a busca se dá por tema, são os *sites* (páginas) de busca, como o Google, Cadê?, Yahoo! e outros. A pesquisa pode ser feita de diversas maneiras: busca por todas as palavras, qualquer das palavras, com a expressão e até mesmo uma busca por páginas que não contenham a palavra. Alguns deles possuem ainda filtros de idioma, localização, formato do arquivo e direitos autorais (Google). Outra maneira é por *links*, que são ligações de uma página a outra. Ainda há *sites* que organizam endereços de outros, separando por temas.

Um dos problemas quanto ao uso do material disponibilizado na internet é sua estabilidade, no que se refere ao tempo. Nada garante que um tempo depois a mesma página onde você fez sua consulta estará disponível, ou com as mesmas informações. Essa estabilidade deve ser considerada quando é analisada a validade da fonte, o que exige mais cuidado quando se trata de pesquisa no meio virtual. Alguns critérios podem ser utilizados para essa avaliação, tais como: informações sobre a pessoa, instituição ou empresa responsável pelo *site*, analisando sua confiabilidade e parcialidade; outros materiais do autor e outras fontes acerca da informação exposta, entre outros critérios como atualização da página, credenciais ou experiência do autor, publicação da informação e fontes ou bibliografia.

Método da pesquisa

Se a pesquisa tratasse apenas da rede de atenção formal na área da Saúde, o *site* do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) conteria todas as informações necessárias, por conter todas as unidades de saúde cadastradas. Apesar disso, por não permitir qualquer tipo de busca que retornasse dados indicando quais estabelecimentos prestaram atendimentos a usuários de álcool e drogas, o CNES foi usado apenas para ter acesso a dados sobre as unidades já encontradas. Dados como: esfera administrativa a que pertence, endereço e natureza da organização.

Um sistema que permite a busca por tipo de atendimento é o TABNET - programa que permite a tabulação de bases de dados dentro do SUS. Essa busca é limitada ao Sistema Hospitalar ligado ao SUS (SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS).

O critério usado foi: dados de morbidade hospitalar, com tabulação por prestador, com a CID-10, município do Rio de Janeiro. Na montagem da tabela, foi usada na linha a variável “Unidade Hospitalar” e na coluna “Natureza”, que identifica a unidade de acordo com sua natureza jurídica. Outra opção seria o uso da variável “Regime”, que agrega diferentes naturezas em três categorias: hospital público, privado e universitário. O conteúdo da tabela pode ser preenchido com dados como número de internações, valor total, valor médio, entre outros. Foram utilizados os últimos 12 meses disponíveis (abril de 2006 a março de 2007). Foi usado um filtro na pesquisa para que somente fossem pesquisados os dados relacionados aos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, segundo a CID 10, classificação por três dígitos (F10 a F19).

O resultado da pesquisa mostra que os hospitais universitários são classificados segundo sua administração (federal ou estadual), e que uma mesma unidade pode possuir mais de uma natureza jurídica. Como os dados mostram os atendimentos que foram realizados, é possível que locais que prestem o mesmo serviço não tenham aparecido por não o terem feito. O contrário, que também pode ter acontecido, seria uma unidade não estar plenamente capacitada para cuidar desses pacientes, e mesmo assim tê-lo feito.

Quando se trata da rede ambulatorial, não há opção de busca por classificação na CID 10. De forma que a rede é majoritariamente de administração municipal, e seguindo os princípios e diretrizes do SUS, todo ambulatório com atendimento em Saúde Mental deve estar qualificado para receber os pacientes. Mas, se não for possível, o paciente será encaminhado para atendimento especializado, visto que a rede de atenção básica pretende servir de ‘porta de entrada’ para o SUS. O *site* da Secretaria Municipal de Saúde possuiu um *link* (“onde ser atendido?”), onde se podem buscar os locais de atendimento por localidade ou especialidade. Nas especialidades, há as opções: “atendimento em grupo de saúde mental”, “clínica em saúde mental” e “programa de atenção à saúde mental”.

Ainda na administração municipal, o *site* da Secretaria Especial de Prevenção à Dependência Química (SEPDQ) apresenta uma lista com telefones e endereços de ambulatórios e locais de internação, tanto públicos como privados, além de grupos de mútua ajuda para usuários ou familiares e amigos. A separação é feita por regime (naturezas jurídicas agregadas) e por bairro.

Em nível federal, há a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). “São competências da SENAD: (...) articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas; propor a atualização da política nacional

sobre drogas na esfera de sua competência” (Decreto N.º 5.912, de 27 de setembro de 2006). O *site* possui um sistema de busca similar ao da SEPDQ. Pode-se escolher entre ver sobre Centros de Tratamento, Comunidades Terapêuticas, Grupos de Mútua Ajuda ou Viva Voz, este um serviço telefônico gratuito, onde se pode ter “orientações e informações sobre a prevenção do uso indevido de drogas”. Este serviço foi concebido pela SENAD, em conjunto com instituições do Rio Grande do Sul.

O *link* “Centros de Tratamento” abre a página do Inverso (Instituto de Convivência e de Recreação do Espaço Social), uma organização não governamental em saúde mental, conveniada ao Ministério da Saúde. Seleciona-se, nessa página, que tipo de instituição quer procurar (CAPS, SRTs, hospital psiquiátrico ou manicômio judiciário), e em qual estado. O resultado da busca é uma lista com os nomes das instituições, cada uma com um *link* para maiores informações (endereço, telefone, atendimento) sobre a unidade.

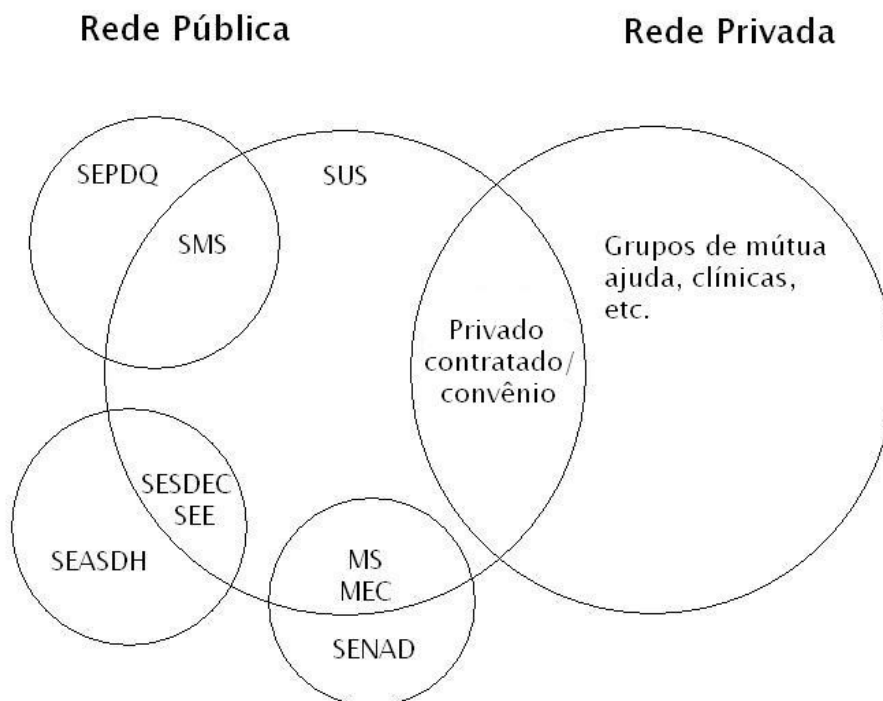
Outra lista de instituições de apoio acessada foi a do *site* do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, localizado através da busca pela expressão “justiça terapêutica”. Essa lista também discrimina os órgãos por regime, e fornece telefones, endereços, informações sobre triagem e o nome do responsável.

Diversas outras tentativas foram feitas: combinações de palavras e expressões ligadas ao tema (“tratamento”, “drogas”, “rio de janeiro”, “álcool”, “dependência química”, “dependência química” AND “reabilitação”, “adictos”, e outras palavras congêneres) em páginas de busca, que em geral remetiam a *sites* com guias de outras páginas, organizadas por temas, ou *sites* sobre alcoolismo e dependência química, que possuíam endereços de locais para tratamento.

Estrutura Organizacional da Rede Ampliada

Toda distinção feita nesse trabalho entre o que é e o que não é da Saúde referia-se apenas à natureza administrativa. Não houve a intenção de discutir o que é ou não uma ação de Saúde, por tentar pensa-la de forma mais abrangente (tanto a Constituição como a OMS o fazem). Da mesma forma que houve a tentativa de não ficar preso ao aspecto da assistência, pois se poderia perder importantes canais de informação – caso da SEPDQ, que não presta assistência médica, mas visa a orientar pessoas que busquem ajuda e capacitar outras para que possam prestar assistência no trato com a dependência química. Partindo dessas considerações, busquei representar em um diagrama a forma de organização da rede ampliada, preferencialmente de forma que nenhuma parte ficasse isolada, porque penso que de fato nenhuma está. Como parte uma rede, todos eles devem se ligar de alguma forma

Rede Ampliada de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas



O modelo de estrutura da rede poderia ter sido feito de várias formas, mas foi escolhida uma em que a rede aparecesse com todas as instituições interligadas. Portanto, essa rede tem implícitas algumas premissas, por exemplo; a saúde entendida por um conceito mais amplo, só assim pode-se agrupar os grupos de mútua ajuda (AA e NA), que possuem, excluindo os grupos de amigos e familiares de usuários, mais de 200 grupos no município do Rio de Janeiro.

Pode-se ver no diagrama a divisão básica entre serviço público e privado, com uma área de interseção, onde estão localizados os atendimentos efetuados na rede privada por meio de contratação ou convênio do SUS. Na rede privada, fora da rede SUS, estão localizadas todas as clínicas, grupos de mútua ajuda e todos os outros serviços dispostos a assistir usuários de álcool e drogas. Dentro da rede SUS, a divisão pode ser feita por esfera governamental de administração e por secretaria ou ministério que presta o serviço. Em nível federal, estão incluídos o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura, este último por causa das atividades da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Esta unidade, apesar de universitária e ligada ao MEC, é apresentada no DATASUS como federal, e recebe recursos financeiros do SUS. O mesmo acontece com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em nível estadual, ligada à Secretaria de Estado de Educação (SEE). Ainda nesse nível, tem-se, dentro do SUS, a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SEDESC), com a rede estadual. No nível municipal, tem-se todas as unidades subordinadas à Secretaria Municipal de Saúde, da qual faz parte a maior parte da rede de atenção da saúde.

Fora da Rede SUS, de caráter público, temos a SEPDQ e a SENAD, em nível municipal e federal, respectivamente, e a SEASDH, em nível estadual. Essas três secretarias têm como seus subordinados os Conselhos Antidrogas, nos três níveis de governo. Além disso, a SENAD presta um serviço de atendimento telefônico gratuito, em assuntos relacionados a dependência química

(Viva Voz). Dessas secretarias, a única que presta atendimento é a SEASDH. Segundo o *site* do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, a UERJ presta atendimento ambulatorial via NEPAD (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas), e a UFRJ possui um Centro de Informações em Tóxico-farmacologia, onde usuários de drogas podem passar por processos de desintoxicação, mas por falta de informação disponível e por já estarem localizados dentro da rede SUS via hospitais universitários, a preferência foi não colocá-los também na parte de prestadores de serviços fora dessa rede.

CAPÍTULO IV – RESULTADO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Onde Buscar Atendimento na Internet

AA – www.aa.org.br NA – www.na.org.br

Os dois *sites* possuem sistemas de buscas semelhantes, com busca interna para quem deseja, tanto achar um número de telefone da sua cidade, como grupos. O mecanismo de busca dos grupos permite a utilização de opção por cidade, bairro e estado, sendo possível utilizar um ou mais filtros, no caso de NA, e todos possuem variáveis definidas, ou seja, a busca é feita numa lista pronta, não é necessário digitar. Na página de AA Rio de Janeiro, o sistema de busca é similar, não possuindo apenas listas já preenchidas, e permitindo a busca pelo nome do grupo, em vez de CSA, como no caso de NA (aparentemente, AA não usa essa distinção). A página de AA possui ainda um sistema de bate-papo utilizado para reuniões virtuais, em determinado horário. São grupos classificados como privados, mas a única cobrança realizada (e não obrigatória) é para as despesas de manutenção do grupo (aluguel do local, café e outras despesas).

Secretaria Municipal de Saúde – www.rio.rj.gov.br/sms

Por essa página, acessando o item “onde ser atendido?”, pode-se fazer a busca por atendimento na rede básica por locais e especialidades. A busca é feita indicando a especialidade e a localidade, necessariamente. Se não houver o atendimento desejado na área, será indicada uma unidade da mesma área.

CAPS no Rio de Janeiro: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/riodejaneiro1.pdf>

Lista de CAPS localizados no estado do Rio de Janeiro, ordenados por nome do município, em ordem alfabética.

Secretaria Especial de Prevenção à Dependência Química:
http://www.rio.rj.gov.br/livre_das_drogas/

A SEPDQ publica o “Preserve-se”, “catálogo de endereços e telefones de ambulatórios e unidades de internação (governamentais e não governamentais) para o dependente químico e de grupos de mútua ajuda, como o A.A. (Alcoólicos Anônimos), N.A (Narcóticos Anônimos), NAR-ANON (Familiares e Amigos de Dependentes Químicos), AL-ANON (Familiares e Amigos de Alcoólicos), entre outros de interesse da comunidade.”

Para localizar os endereços, basta acessar no menu “AJUDA”, no menu à esquerda. A primeira divisão é entre serviços, centros e clínicas particulares e grupos de mútua ajuda. Dentro de cada uma dessas páginas, os endereços estão separados por bairro.

Secretaria Nacional Antidrogas: <http://www.senad.gov.br/>

Apresenta no menu a esquerda o *link* “Onde buscar ajuda”, que dá acesso a: Centros de Tratamento, Comunidades Terapêuticas, Grupos de Mútua Ajuda e Viva Voz.

Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas: www.obid.senad.gov.br

Vinculado à SENAD, esse órgão também apresenta uma lista de instituições onde se pode buscar tratamento. Acessando por “Onde buscar ajuda”, “Instituições”, “Outras Instituições”, e selecionando o estado e município, abrirá uma página com uma lista de instituições com diversos dados, tais como: tipo de instituição, nome, endereço, telefone, e-mail, que tipo de serviço ela oferece (prevenção e/ou tratamento).

Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro: www.mp.rj.gov.br

Acessando por essa página e seguindo os *links* “Institucional”, “Justiça Terapêutica” e “Instituições de Apoio”, será mostrada uma página com diversas instituições do estado, seus horários de atendimento, que tipo de instituição é, a que órgão está ligada, etc. São divididos em: rede hospitalar e rede ambulatorial.

Lista Telefônica – 102 online: www.telelistas.net

Possui um guia para “Medicina e Saúde”, pelo qual é possível selecionar estado e município, e, seguindo por “Clínicas e Hospitais”, acessar informações sobre serviços em “Álcool – Tratamento” e “Drogas – Tratamento”.

SobreSites: www.sobresites.com

Essa página possui um link para dependência química, à esquerda, onde se acessa um novo menu que dá acesso a informações gerais sobre o assunto, grupos de apoio (para dependentes e familiares), busca de ajuda e outros tópicos. Lembrando que o *site* fornece apenas URLs de outras páginas, não endereços ou telefones.

Além desses, diversos outros *sites* sobre o assunto dão informações sobre instituições de apoio, entre eles:

www.alcoolismo.com.br

www.abead.com.br (Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da mesma forma que a rede de atenção não é julgada como pronta, esse trabalho também não poderia ser. Poderia se dizer que ele está em construção também. A internet, como método de pesquisa, e sua grande quantidade de dados disponíveis facilitaram muito o trabalho, mas, usando a rede virtual como campo para trabalho, pôde-se notar algumas limitações, mas foram mínimas. De toda forma, a internet também está em constante transformação.

Não foi feita análise quanto ao funcionamento da rede, mas é fácil notar que as opções para o usuário no município do Rio de Janeiro são variadas, e que as ações e serviços são coerentes uns com os outros, fazendo parte de um contexto de mudanças sociais e políticas.

Não se pode esquecer, porém, que, além de um problema de saúde pública, o álcool e/ ou outra(s) droga(s) são um problema para o dependente químico, e que não existe mágica: o principal para a recuperação do paciente é o desejo de mudança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSELRAD, GILBERTA (org.). **Avessos do Prazer: drogas, Aids e direitos humanos**; Rio de Janeiro, Ed. da Fundação Osvaldo Cruz, 2001.

AMARAL, RITA. Antropologia e Internet. – Pesquisa e Campo no meio virtual. **Os Urbanitas**. Disponível em: <<http://www.aguaforte.com/antropologia/osurbanitas/revista/pesqnet1.htm>>. Acesso em: 04/12/2007.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE JUSTIÇA TERAPÊUTICA. **JT: Um instrumento para a justiça social**. Disponível em: <<http://www.anjt.org.br/index.php?id=1>>. Acesso em: 04/12/2007.

BERGAMASCO, DANIEL. Panfleto para Parada Gay orienta como cheirar cocaína. **Folha de São Paulo**. Cotidiano. 08/06/2007. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u302817.shtml>>. Acesso em: 04/12/2007.

BRASIL. Lei nº 6.368 – de 21 de outubro 1976 – dou de 22/10/76 – Lei de Entorpecentes – Revogada. Sancionada pelo Presidente da República. Revogada pela Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1976/6368.htm>>. Acesso em: 04/12/2007.

BRASIL. Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006. Sancionada pelo Presidente da República. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm>. Acesso em: 04/12/2007.

BURNS, JOHN E. **História de Tratamento de Dependência Química e a Metodologia de Vila Serena**. Outubro, 2002. Disponível em: <http://www.vilaserenasp.com.br/nacional/fundamentos_documentos/metodohist.doc>. Acesso em: 04/12/2007.

CARLINI, E. A. et. al. **V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas Entre Estudantes do Ensino Médio Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Departamento de Psicobiologia – Unifesp /EPM. 2004. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil2/index.htm>. Acesso em: 04/12/2007.

CONSTANTINO, LUCIANA; DANTAS, IURI. ONU recomenda tratar usuário de droga como caso de saúde pública. **Folha de São Paulo**. Cotidiano. 16/04/2003. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u73174.shtm>>. Acesso em: 04/12/2007.

COSTA, HUMBERTO. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N.º 1.059/GM DE 4 DE JULHO DE 2005.**

Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1059.htm>>. Acesso em: 04/12/2007.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Ronaldo Laranjeira defende política restritiva p/publicidade de bebidas alcoólicas.** Íntegra. SP. 22/09/2006.

Disponível em: <<http://www.abead.com.br/noticias/exibNoticia/?cod=49>>. Acesso em: 04/12/2007.

COORDENADORIA ESTADUAL ANTIDROGAS. **Conselho Estadual Antidrogas do Paraná.**

Disponível em: <<http://www.antidrogas.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=16>>. Acesso em: 04/12/2007.

DRUG POLICY ALLIANCE. **El Tratamiento Continuo de Metadona.** Disponível em: <<http://www.drugpolicy.org/library/research/metadona.cfm>>. Acesso em: 04/12/2007

ESCOLA TÉCNICA. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Avaliando a Informação.**

Tutoriais. Disponível em: <http://www.escolatecnica.ufrgs.br/index.php?option=com_content&task=view&id=135&Itemid=186>. Acesso em: 04/12/2007.

GERK, CRISTINE. Aumenta o consumo de drogas ilegais no Brasil. **Jornal do Brasil.** 27 de junho de 2007. Disponível em:

<http://www.ac24horas.com/index.php?option=com_content&task=view&id=3720&Itemid=35>. Acesso em: 04/12/2007.

GOMES, LUIZ FLÁVIO. Posse de drogas para consumo pessoa: crime, infração penal “sui generis” ou infração administrativa? **Jus Navegandi.** Teresina, ano 11, n. 1275, 28 dez. 2006.

Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=9327>>. Acesso em: 04/12/2007.

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF CHRISTIAN TWELVE STEP MINISTRIES. **The Twelve Step and Their Relationship to Christian Faith: Some Historical Perspectives.**

Disponível em: <<http://www.christianrecovery.com/tfr/dox/history.htm>>. Acesso em: 04/12/2007.

LARANJEIRA, RONALDO. **“Ronaldo Laranjeira: Nossa política antidrogas está errada”.** Isto É num. 1966. 4/7/2007 Disponível em: <<http://clipping.planejamento.gov.br/Noticias.asp?NOTCod=365316>>. Acesso em: 04/12/2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.**

Brasília – DF. 2003. Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0277_%20M.pdf>. Acesso em: 04/12/2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Taxa de prevalência de consumo excessivo de álcool.** Indicadores de morbidade e fatores de risco. Brasil. 2002-2003 e 2004-2005. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/d25a.htm>>. Acesso em: 04/12/2007.

MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS SEGUNDO SEXO E TIPO DE CAUSA.

Brasil, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/img/revistas/csp/v20n4/14t1.gif>>. Acesso em: 04/12/2007.

NARCÓTICOS ANÔNIMOS. “**Eh! Para que é o dinheiro?**” Narcotics Anonymous World Services Inc. 1994 Disponível em: <<http://www.na.org/ips/po/PO3124.pdf>>. Acesso em: 04/12/2007.

PORTAL SISREG. Regulação no SUS. **Princípios do SUS.** Disponível em:

<<http://www.portalsisreg.epm.br/conteudo/principios.htm>>. Acesso em: 04/12/2007.

QUAGLIA, GIOVANNI. **Pour l’ONU, les drogues sont une question de santé publique.**

Comunidade Segura. 30/05/2007 Disponível em:

<<http://www.comunidadessegura.org/?q=pt/node/34018>>. Acesso em: 04/12/2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (Rio de Janeiro). Assessoria de Comunicação Social. **Residências Terapêuticas da Prefeitura recebem prêmio.** 01/11/2006 Disponível em:

<http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/v2/view.htm?infoid=3407&editionsectionid=9&from_info_index=89&user=reader>. Acesso em: 04/12/2007.

SERRA, JOSÉ. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ato Portaria n.º 336/GM em 19 de fevereiro de 2002.** Disponível em: <<http://www.saudemental.med.br/CAIII.html>>. Acesso em: 04/12/2007.

SERRA, JOSÉ. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 106/MS em 11 de fevereiro de 2000.** Disponível em: <<http://www.saudemental.med.br/SRT.html>>. Acesso em: 04/12/2007.

TERRA. Notícias. **Entenda a lei que coíbe crimes na Internet.** 19 de setembro de 2006.

Disponível em: <<http://infomediav.terra.com.br/infomediav/?section=10&article=108>>. Acesso em: 04/12/2007.

VELOSO, LAÍS; CARVALHO, JANE; SANTIAGO, LUCIANA. **Redução dos danos decorrentes do uso de drogas: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas.** 1998.