

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, ECONÔMICAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E
DIREITOS HUMANO

ELISA FERNANDES NEVES

**A POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS EM CHUI/BR E CHUYUY: DESAFIOS E
PERSPECTIVAS**

PELOTAS

2021

ELISA FERNANDES NEVES

**A POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS EM CHUÍ/BR E CHUYUY: DESAFIOS E
PERSPECTIVAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Política Social e Direitos Humanos da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Política Social e Direitos Humanos.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira

Pelotas

2021

Neves, Elisa Fernandes

A política pública de atenção aos usuários de álcool e outras drogas em Chui/BR e Chuy/UY: desafios e perspectivas./ Elisa Fernandes Neves . – Pelotas: UCPEL, 2021.

153 f.

Orientador: Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira.

Tese (doutorado) – Universidade Católica de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos. - Pelotas, BR-RS, 2021.

1. Política de Atenção a Saúde mental . 2. cooperação transfronteiriça em saúde. 3. Política de álcool e outras drogas. I. Nogueira, Vera Maria Ribeiro, orient. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Cristiane de Freitas Chim CRB 10/1233

ELISA FERNANDES NEVES

**A POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS EM CHUÍ/BR E CHUY/UY: DESAFIOS E
PERSPECTIVAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Política Social e Direitos Humanos da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Política Social e Direitos Humanos.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira (UCPel)
Orientadora

Profa. Dra. Helena Silveira Fagundes (UFSC)

Profa. Dra. Beatriz Franchini (UFPEL)

Prof. Dr. Sandro Schreiber de Oliveira (UCPel)

DEDICATÓRIA

Dedico essa tese para os amores da minha vida, minhas filhas: Maria Cecília e Manuela, que me ensinam todos os dias o amor, a paciência e as alegrias. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial a minha mãe, uma mulher incrível que me ensinou tudo na vida, ao meu pai pela leveza e paciência que me ensinou a levar a vida, ao meu marido pelo apoio e amizade e às minhas filhas que acompanharam todo o processo para a conclusão deste trabalho.

À Professora Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira pela orientação, carinho e apoio com que conduziu todo o processo de aprendizado.

Aos professores que compõem a banca examinadora, Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira, Dra. Helena Silveira Fagundes, Dra. Beatriz Franchini e Prof. Dr. Sandro Schreiber de Oliveira, e todos os mestres que passaram pelo meu caminho. Guardo cada um na minha memória e no meu coração com um grande sentimento de gratidão.

E uma homenagem póstuma à professora Beatriz Fernández Castrillo, pela sua contribuição na qualificação e que nos deixou prematuramente, falecendo dias antes da nossa defesa final.

Aos colegas da Universidade Católica de Pelotas. Sem o acolhimento de vocês a vida teria sido muito mais difícil. Obrigada!

À Deus e Nossa Senhora Aparecida, a que foram inúmeros os pedidos de apoio para enfrentar tantos desafios neste longo três anos.

“Todos os excessos são condenáveis, especialmente os da abstinência. Quando ela se torna compulsória, os fundamentos da democracia são pervertidos”. Voltaire.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo identificar os entraves e as possibilidades de implementar uma rede protetiva integral aos usuários de álcool e outras drogas na zona de fronteira Chuí/Chuy. Os territórios fronteiriços são espaços de barreiras e de limites nas suas relações institucionais, mas também são áreas de novas alianças e identidades políticas, sociais, econômicas e culturais, principalmente, no campo das políticas sociais, como o da saúde mental para usuários de álcool e outras drogas. Destaca o processo histórico sobre a política de álcool e outras drogas nos dois países, no sentido de ampliar a compreensão sobre o contexto, ideologias e práticas presentes ao longo do tempo, resultando em impasses e possibilidades de descobertas atuais. A pesquisa tem caráter qualitativo. As entrevistas foram realizadas com os profissionais que trabalham na área de saúde mental nos dois países (Brasil/Uruguai). A análise e interpretação utilizou a abordagem inspirada em Di Giovanni. Os resultados apontam para os entraves, como: fronteira; ausência/falta de informação sobre leis, acordos, programas; desconhecimento sobre a própria política em que atua; ausência de rede e de matriciamento; compromisso dos gestores na efetivação da política de álcool e outras drogas; ausência de serviço substitutivo como no Uruguai. E às possibilidades: o CREAS; o usuário busca diversos serviços como CREAS, CAPS, Atenção Básica do Chuí e Departamento de Saúde do *Chuy*; e o CAPS. Neste momento histórico, essa tese contribui para a resistência ao desmonte da política de saúde mental no Brasil, pois o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho que propõe revogar portarias referentes à Política Nacional de Saúde Mental, colocando em risco o funcionamento da Rede Atenção Psicossocial (RAPS) e o modelo de atenção psicossocial.

Palavras-chave: Política de Atenção à Saúde Mental, Cooperação transfronteiriça em saúde, Política de Álcool e outras Drogas.

ABSTRACT

The present work aims to identify the obstacles and the possibilities of implementing a comprehensive protective network for users of alcohol and other drugs in the Chuí / Chuy border area. Border territories are spaces of barriers and limits in their institutional relations, but they are also areas of new political, social, economic and cultural alliances and identities, especially in the field of social policies such as mental health for users of alcohol and other drugs. It highlights the historical process on the policy of alcohol and other drugs in both countries, in the sense of broadening the understanding of the context, ideologies and practices present over time, resulting in impasses and possibilities for current discoveries. The research has a qualitative character. The interviews were conducted with professionals working in the mental health area in both countries (Brazil / Uruguay). The analysis and interpretation used the approach inspired by Di Giovanni. The results point to obstacles such as: frontier; absence / lack of information on laws, agreements, programs; lack of knowledge about the policy in which it operates; absence of network and matrix support; managers' commitment to enforcing the alcohol and other drugs policy; absence of substitute service as in Uruguay. And the possibilities: CREAS; users search for various services such as CREAS, CAPS, Chuí Primary Care and Chuy Health Department; and CAPS. At this historical moment, this thesis contributes to the resistance to the dismantling of the mental health policy in Brazil, as the Ministry of Health created a working group that proposes to revoke ordinances referring to the National Mental Health Policy, putting at risk the functioning of the Attention Network Psychosocial (RAPS) and the psychosocial care model.

Keywords: Mental Health Care Policy, Cross-border Health Cooperation, Alcohol Policy and other Drugs.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa da rota entre os Municípios de Santa Vitória do Palmar, Chuí e Chuy.....	24
Figura 2: População residente no Chuí/BR	89
Figura 3: Mapa dos municípios de Chuí/Brasil e Chuy/Uruguay	91
Figura 4: Fluxograma demonstrativo da rede de cuidado em saúde mental dos municípios pesquisados	99

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Instrumentos normativos sobre substâncias psicoativas no Brasil (BR)	62
Quadro 2 – Instrumentos normativos sobre substâncias psicoativas no Uruguai (UY)	70
Quadro 3 – A relação entre as dimensões pesquisadas, as técnicas e as fontes de informação	77
Quadro 4 – Programas/Acordos/Leis entre Brasil e Uruguai	96

LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica de Saúde

ASSE – Administración de Servicios de Salud del Estado

BR – Brasil

3º CRS – 3º Coordenadoria Regional de Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Confen - Conselho Federal de Entorpecentes

CREAS – Centro de Referência Especializada em Assistência Social

CT - Comunidades Terapêuticas

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FONASA – Fondo Nacional de Salud

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MI - Ministério da Integração Nacional

MS – Ministério da Saúde

MSP – Ministerio de Salud Publica

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

RD - Redução de Danos

SIS-Fonteiras – Sistema Integrado Saúde das Fronteiras

SNIS – Sistema Nacional Integração

SPA - Substancias Psicoativas

SUS – Sistema Único de Saúde

PDFF – Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira

PNSM – Programa Nacional de Salud Mental

UY - Uruguai

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
<hr/>	
2. FRONTEIRAS, ESPAÇOS TRANSFRONTEIRIÇOS E POLÍTICAS MIGRATÓRIAS	36
<hr/>	
2.1 UMA NOVA VISÃO DE FRONTEIRA	37
2.2 POLÍTICAS MIGRATÓRIAS NO BRASIL	40
2.3 POLÍTICA MIGRATÓRIA NO URUGUAI	44
3. A POLÍTICA DE ALCOOL E DROGA NO BRASIL E URUGUAI: TEMPORALIDADES E CONVERGÊNCIAS	48
<hr/>	
3.1 INTERVENÇÕES PÚBLICAS BRASILEIRA SOBRE A QUESTÃO DO ÁLCOOL E DROGAS	49
3.2 INTERVENÇÕES PÚBLICAS URUGUAIAS SOBRE A QUESTÃO DO ÁLCOOL E DROGAS	64
3.3 TEMPORALIDADES E CONVERGÊNCIAS	72
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E ÉTICOS	74
<hr/>	
4.1 ASPECTOS GERAIS	75
4.2 A COLETA E ANÁLISE DE DADOS: ESCOLHAS E DINÂMICAS	76
4.3 PRINCÍPIOS ÉTICOS	80
5. FRONTEIRAS E DESAFIOS NA ÁREA DA SAÚDE – DIMENSÃO SUBSTANTIVA	81
<hr/>	
5.1 CONCEPÇÕES E VIVÊNCIAS FRONTEIRIÇAS/TRANSFRONTEIRIÇAS	82
5.2 CIDADES GÊMEAS: PARTICULARIDADES E A FUNÇÃO SOCIAL NO CAMPO DA SAÚDE	83
5.3 FRONTEIRA DOS MUNICÍPIOS DE CHUÍ/BRASIL E CHUY/URUGUAY	89
6. A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL PARA OS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CHUÍ/CHUY: ENTRAVES E POSSIBILIDADES?	94
<hr/>	
6.1 AS ESTRUTURAS DE ANÁLISE DA PESQUISA	95
6.2 ESTRUTURAS LEGAIS NA ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ZONA DE FRONTEIRA	95
6.3 ESTRUTURAS MATERIAIS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL NO CHUÍ/CHUY	98

	15
6.4 ESTRUTURA SUBSTANTIVA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO TERRITÓIO PESQUISADO	111
6.5 ESTRUTURA SIMBÓLICA NO DESAFIO DA POLÍTICA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NESTES MUNICÍPIOS	116
<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	<u>122</u>
<u>REFERÊNCIAS</u>	<u>127</u>
<u>APÊNDICES</u>	<u>141</u>

1. INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas esteve e está presente ao longo da história da humanidade, em diversos contextos e com diferentes finalidades, ou seja, para fins terapêuticos, recreativos ou religiosos. Assim, é possível verificar a persistente existência de grupos que se serviam e se servem dos psicoativos, variando-se o tipo de uso e o papel por eles desempenhado. Identifica-se a existência das drogas desde os primórdios da experiência humana, em forma de plantas ou como manifestação de alguma reação química descoberta por meio de experiências de sua utilização. As drogas foram evoluindo e, hoje, estão presentes em nossas vidas.

Atualmente, no Brasil, essas substâncias são classificadas como lícitas, permitidas por lei – a exemplo o álcool e o tabaco; e ilícitas, substâncias proibidas por lei – dentre elas derivadas de plantas como a cannabis, o ópio, a cocaína e as sintéticas como as anfetaminas entre outras.

Os dados apresentados pela pesquisa realizada Fiocruz sobre o 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, no período de maio a outubro de 2015¹, mostram que mais da metade da população brasileira de 12 a 65 anos declarou ter consumido bebida alcoólica (classificado como droga lícita) alguma vez na vida, cerca de 46 milhões (30,1%) informaram ter consumido pelo menos uma dose nos 30 dias anteriores, e aproximadamente 2,3 milhões de pessoas apresentaram os critérios estabelecidos para classificar a dependência de álcool nos 12 meses anteriores à pesquisa. Em relação a drogas ilícitas, os resultados revelam, por exemplo, que 3,2% dos brasileiros usaram substâncias ilícitas nos 12 meses anteriores à pesquisa, o que equivale a 4,9 milhões de pessoas. Esse percentual é muito maior entre os homens: 5% (entre as mulheres fica em 1,5%). E também entre os jovens: 7,4% das pessoas entre 18 e 24 anos haviam consumido drogas ilícitas no ano anterior à entrevista. A substância ilícita mais consumida no Brasil é a maconha: 7,7% dos brasileiros de 12 a 65 anos já a usaram ao menos uma vez na vida. Em segundo lugar, fica a cocaína em pó: 3,1% já consumiram a substância. Nos 30 dias anteriores à

¹ O 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira foi coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e contou com a parceria de várias outras instituições, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Instituto Nacional de Câncer (Inca) e a Universidade de Princeton, nos EUA.
http://www.agu.gov.br/page/content/detail/id_conteudo/789618

pesquisa, 0,3% dos entrevistados afirmaram ter feito uso da droga. Em relação ao crack, aproximadamente 1,4 milhão de pessoas entre 12 e 65 anos relataram ter feito uso de crack e similares alguma vez na vida, o que corresponde a 0,9% da população de pesquisa. A pesquisa apresenta a diminuição de usuários de crack, mas o levantamento foi domiciliar e os usuários de crack compõem uma população majoritariamente marginalizada, que vive em situação de rua. Desse modo, é importante reforçar que o estudo aponta o grave problema de saúde pública que é o uso de crack no Brasil. Mas, faz isso justamente, por mostrar, a partir da visibilidade diminuta dentro dos lares, que o consumo dessa substância no país é um fenômeno do espaço público (FIOCRUZ, 2005).

O critério de licitude ou não de drogas, e conseqüentemente, a implementação de políticas para proibir seu uso, repressivas ou por meio de práticas psiquiátricas, ou até formas não convencionais desautorizadas pelo conhecimento científico, tem uma determinação cultural, política e econômica, razão pela qual não há consensos em relação às formas de cuidado.

Em relação aos cuidados, é necessário pensar as práticas psiquiátricas e suas técnicas altamente repressivas, quando usadas pelo Estado para oprimir o sujeito em sofrimento psíquico. Utilizava a “razão” através do modelo biomédico, vigente à época, para justificar suas ações hierárquicas, de exclusão, de subordinação e expropriação do saber, amparado pelos muros dos manicômios. Silencia-se, dessa forma, a “irracionalidade” no interior destas instituições. Conforme Basaglia “[...] uma pessoa louca se torna normal no momento em que está internada no manicômio” (1979, p. 45).

Os manicômios contribuíram para manter o controle social, sendo considerada a “loucura” intimamente ligada à pobreza e à improdutividade dentro de um sistema capitalista de produção que, na sua estrutura, se baseia exclusivamente sobre as diferenças culturais, sociais e classes. Segundo Basaglia, “[...] se as pessoas continuavam doentes era porque não eram produtivas para a organização social” (1979, p. 46).

Nestas instituições totais², o usuário tem contato restrito com o mundo existente fora destes muros, sob vigilância constante e a eliminação de toda sua identidade física, social e cultural - mutilação do eu³ - retirada do nome, das roupas, tornando-se apenas um número e um diagnóstico.

A partir de um amplo debate e denúncia sobre as formas perversas do tipo de cuidado praticado dentro destas instituições totais, se inicia uma outra discussão sobre atenção à saúde mental, iniciada na Itália, por Franco Basaglia "[...] queremos transformar, mudar o mundo. E podemos mudar, transformar o mundo, através da nossa especialidade, através da miséria dos nossos pacientes, que são uma parte da miséria do mundo" (1979, p.29).

A experiência italiana e a psiquiatria democrática inspiraram a reforma psiquiátrica no Brasil (LANCETTI, 1990), principalmente ao repensar a práxis e reconstruir novos caminhos. A reforma psiquiátrica brasileira se iniciou, na década de 1980, através de diversos questionamentos e críticas oriundas dos trabalhadores, dos usuários e dos familiares sobre as formas de cuidado no ambiente manicomial. Começou-se a criar alternativas através dos serviços substitutivos buscando-se construir uma rede de atenção à saúde mental e, principalmente, a ênfase na liberdade - "[...] uma das terapias mais importantes para combater a loucura é a liberdade" (BASAGLIA, 1979, p.72).

Através de um longo processo de luta pela regulação legal da Reforma Psiquiátrica, esta foi consolidada através da Lei 10.216/2001⁴ - transformando o cuidado em Saúde Mental em uma política pública. No no Art. 2º- no inciso II, indica que a pessoa deve "[...] ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua vida, ao visar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade" (BRASIL, 2001).

² "Seu 'fechamento' ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que, muitas vezes, estão incluídas no esquema físico - por exemplo, por portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos água, florestas ou pântanos" (GOFFMAN, 1961, p. 16).

³ "perda de propriedade, o que é importante porque as pessoas atribuem sentimentos do eu aquilo que possuem. Talvez a mais significativa dessas posses não seja física, pois é nosso nome; qualquer que seja a maneira de ser chamada, a perda de nosso nome é uma grande mutilação do eu" (GOFFMAN, 1961, p. 27).

⁴ O Deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de Lei N° 3.657/89, ao Congresso Nacional Brasileiro, porém a Lei só foi aprovada em 06 de abril de 2001.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada de 11 a 15 de dezembro de 2001, em Brasília, constitui um marco no processo da reforma psiquiátrica. A definição do tema central – “Cuidar, sim. Excluir, não. Efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”⁵. Essa Conferência teve um papel fundamental na definição e no aprofundamento dos rumos da reforma psiquiátrica no Brasil, para a construção de uma política de saúde mental comprometida com a defesa dos direitos humanos e com a ruptura com as formas tradicionais de assistência psiquiátrica.

A Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, em 2003, foi publicada pelo Ministério da Saúde (MS), em conformidade com a Lei Federal nº10.216/2001 e com os pressupostos da Organização Mundial da Saúde⁶.

A política do Ministério da Saúde traz inovações relativas ao tratamento disponibilizado aos usuários de substâncias psicotrópicas, na medida em que suas práticas não devem ser orientadas apenas pelo saber médico e/ou do psiquiatra, ou ainda em modelos de exclusão/separação do convívio social.

Dentre outros dispositivos, o documento da política traz informações sobre a implantação de estruturas direcionadas ao atendimento específico em saúde mental, em substituição ao modelo assistencial vigente, predominantemente hospitalocêntrico. Em seu lugar deve ser construída uma rede de atenção especializada e composta por dispositivos extra-hospitalares, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), devidamente articulado com a atenção primária em saúde e outros setores da sociedade (BRASIL, 2003).

Esta política tem, em última instância, como ponto fulcral, a estratégia de redução de danos, que, segundo Veloso (2004, p.172),

[...]pressupõe respeitar as diferenças, garantir o direito de cidadania, caracterizando ser uma alternativa para aquelas pessoas que não se

⁵ O tema central foi debatido a partir do eixo temático “Reorientação do modelo assistencial” e de quatro subtemas - recursos humanos (gestão com pessoas), financiamento, controle social e direitos, acessibilidade e cidadania – possibilitando o aprofundamento da reflexão sobre as diversas dimensões presentes no processo de reforma psiquiátrica e na implementação da política de saúde mental no contexto do SUS, nos níveis municipal, estadual e nacional, identificando os avanços, os impasses e as necessidades do momento. (BRASIL, 2011)

⁶ A Organização Mundial da Saúde publicou um relatório intitulado – Saúde Mental: Nova Concepção, que traz recomendações básicas para ações na área de saúde mental/álcool e outras drogas (OMS, 2001).

encontram em condições de cessar de imediato, como uso de drogas, devido a fatores inerentes a singularidade de cada ser humano.

Em contrapartida, o presidente da República, Jair Bolsonaro, assinou o decreto nº 9.761/2019, que institui a nova Política Nacional sobre Drogas⁷. A nova política será desenvolvida em conjunto, pelos ministérios da Cidadania, da Saúde, da Justiça e Segurança Pública, dos Direitos Humanos, da Família e da Mulher. O Ministério da Cidadania ficará responsável pelo tratamento de dependentes químicos, focado na estratégia da abstinência dos usuários (BRASIL, 2019).

Entre as mudanças, o decreto prevê o reforço das Comunidades Terapêuticas⁸. As unidades oferecem acolhimento, assistência e tratamento para pessoas com dependência química. Em uma reportagem, no site do governo, o Secretário de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania, Quirino Cordeiro Júnior, ressalta que o governo federal trabalhará na estruturação dos serviços das comunidades, a fim de oferecer um tratamento de maior qualidade aos usuários. “Vamos mudar o modelo de tratamento. Já expandimos o número de vagas das Comunidades Terapêuticas e trabalharemos ainda mais para fortalecer essas entidades, que atuam na perspectiva de abstinência”, ressalta Quirino (2019, p.1)⁹

As Comunidade Terapêuticas (CT's) são instituições de atendimento ao usuário de substâncias psicoativas, de caráter não governamental, em ambiente não hospitalar, onde o principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares (FRACASSO, 2014). O que habitualmente ocorre nos tratamentos em CT's é o emprego do modelo religioso-espiritual para todas as substâncias psicotrópicas (DAMAS, 2013) e a resistência ao uso de fármacos para os sintomas de abstinência (FRACASSO, 2014). Algumas possuem práticas

⁷ No dia 11 de abril, o Presidente da República assinou o [Decreto nº. 9.761/2019](#), aprovando a Nova Política Nacional sobre Drogas – PNAD e revogando inteiramente o **Decreto nº. 4.345, de 26 de agosto de 2002**. Acesso em 31/03/2020 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm.

⁸ As comunidades terapêuticas são instituições de atendimento ao usuário de substâncias psicoativas, de caráter não-governamental, em ambiente não-hospitalar, onde o principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares (FRACASSO, 2014).

⁹ Publicado em 15 de abril de 2019 – Nota da Imprensa do Ministério da Cidadania - <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/abril/governo-federal-implementa-nova-politica-nacional-sobre-drogas> - Acesso em 22 de março de 2020.

desumanas, como as antigas instituições asilares manicomiais, não garantindo minimamente a preservação dos direitos humanos (PERRONE, 2014).

A trajetória do debate sobre o cuidado na saúde mental, no Uruguai, se inicia após o período de redemocratização do país. Houve um intenso debate entre os setores político, sindical, acadêmico e associações da sociedade civil sobre como deveriam ser as práticas relacionadas ao tratamento da saúde mental.

Foi coletivamente elaborado o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), aprovado em 1986, pelo Ministério Saúde Pública que ressalta a relevância PNSM para a construção do novo modelo em atendimento psiquiátrico e saúde mental. Segundo Ginés, Porciúncula, Arduino – o PNSM “[...] hoy se pueden comprobar avances notorios respecto de 1986, que son importantes cimientos para avanzar en la construcción del nuevo modelo en atención psiquiátrica y en salud mental” (2005, p.130).

Com as reformas do Estado, no Uruguai, e o primeiro governo de esquerda da Frente Ampla, ocorre outra iniciativa importante em relação à atenção à saúde mental. É a promulgação da Lei nº 18.211, que cria o Sistema Nacional de Saúde Integrado (SNIS), que entrou em vigor em 2008, tendo como princípio a equidade, a solidariedade e, ainda, novas formas de financiamento do sistema. Há a incorporação de novos benefícios na saúde como prioridade na agenda programática à Saúde Mental da população no sentido de “[...] reducir a lacuna histórica das desigualdades sociais” no acesso a esses recursos terapêuticos, conforme expressamente declarado em regulamentos governamentais específicos (CASTRILLO, 2017). A nova proposta é um conjunto de medidas da reforma do Estado que, juntamente com a reforma tributária, social e educacional, busca alcançar maior grau de equidade social. No art. 230:

El Ministerio de Salud Pública implementará un Sistema Nacional Integrado de Salud con el objetivo de establecer la atención integral de todos los ciudadanos residentes en el país, garantizando su cobertura equitativa y universal. Dicho sistema se articulará sobre la base de la complementación público-privada y tendrá como estrategia global la atención primaria en salud, privilegiando el primer nivel de atención, las acciones de promoción, prevención y rehabilitación. El Sistema complementará los servicios públicos y privados de forma de alcanzar la atención integral y de calidad adecuada a todos los ciudadanos (URUGUAY, 2008).

O Sistema Nacional de Saúde Integrado é baseado nos princípios de equidade e solidariedade, apoiado pela reforma da política econômica centralizada do Estado para garantir uma distribuição mais equitativa das contribuições da sociedade. Nele, articulam-se os diferentes programas específicos de saúde, buscando maior coordenação e complementaridade entre os diferentes níveis de atenção, que permitem melhorar a qualidade dos benefícios.

Em relação à política de drogas, destaca-se a Lei nº 19.172/2013, que regulamentou toda a cadeia de produção, distribuição e consumo de cannabis. A política uruguaia visa combater o comércio ilegal, sem estabelecer uma guerra ao consumo, uma vez que é somente o consumidor realizar o cadastro na rede de saúde pública para ter acesso controlado à cannabis. Com tais medidas também é possível se ter acesso aos usuários e às questões relacionadas à saúde pública, evitando que permaneçam invisíveis por trás do “problema” do tráfico e da criminalidade. A lei determina a quantidade de cannabis liberada por mês e por usuário, que poderá ser consumida tanto para uso medicinal, quanto recreativo, dentro dessa rede regulada pelas agências estatais.

Há a necessidade de se observar a trajetória histórica para compreender os caminhos da política de drogas no Brasil e no Uruguai, reconhecendo que resultam da soma de vários fatores, construídos em tempos e espaços diferentes por meio de atores e práticas sociais diversas e com distintos significados e interesses. Estas diferenças se aguçam fortemente em regiões de fronteira por três razões principais. Na primeira, se deve levar em consideração que, a política de álcool e outras drogas na região de fronteira esteve sempre ligada à segurança nacional. A segunda razão é ser a fronteira um espaço de vivência coletiva, especialmente nas cidades gêmeas (*Chuí/Chuy*), altamente porosas e com trânsito constante de população dos países limítrofes. Entendendo essas particularidades, decorre a necessidade de pensar a atenção à saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, na região transfronteiriça entre Brasil e Uruguai, ainda pouco estudada. Uma terceira razão é a possibilidade de replicar alguns aspectos dos resultados para outras cidades gêmeas, considerando a extensão da franja internacional terrestre brasileira. Considera-

se que os resultados serão bastante úteis para os assistentes sociais, uma vez que se constituem, sistematicamente, nos profissionais que recebem em primeira mão todos os problemas derivados da situação transfronteiriça.

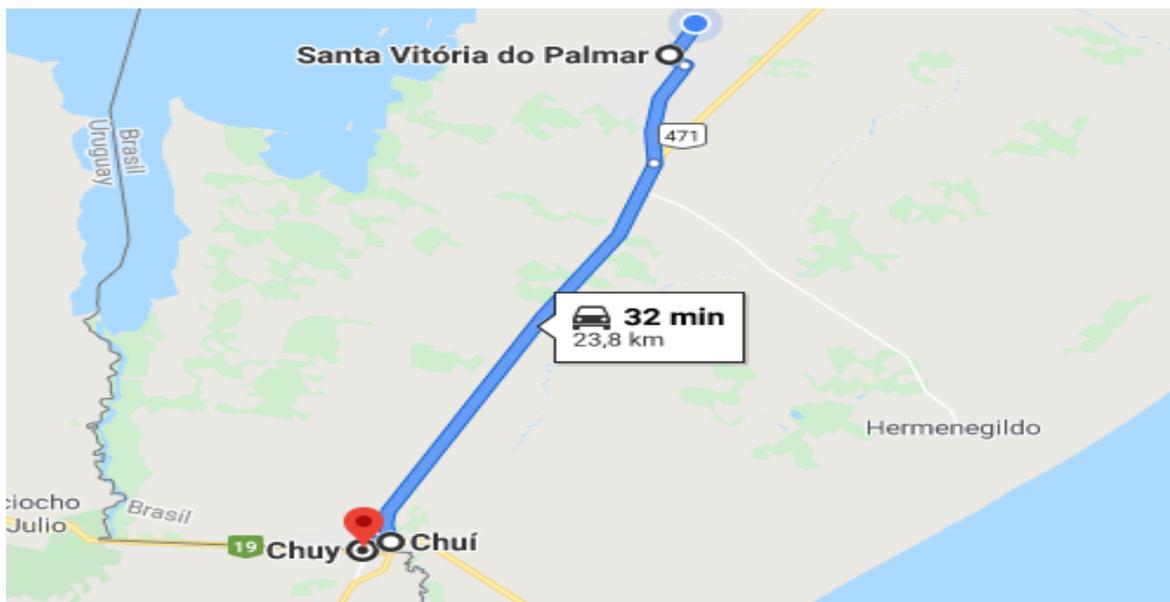
A aproximação da autora com essa temática deu-se a partir da sua experiência profissional como assistente social, trabalhadora de saúde mental por oito anos no CAPS Casa Nova Vida, no município de Santa Vitória do Palmar e, por dois anos, no Departamento de Assistência Social, na Prefeitura do Chuí. Contribuiu também, para esta aproximação, o fato de, por ser moradora nesta linha de fronteira, vivenciar toda potencialidade e dificuldade de morar neste território. A experiência de trabalho e vivência provocou indagações, sobretudo, em razão das particularidades da atenção em saúde mental para os usuários de substâncias psicoativas na região de linha de fronteira, gerando interesse e motivação para a realização desta pesquisa.

O cuidado em saúde mental é realizado pelo CAPS II – Casa Nova Vida – no município de Santa Vitória do Palmar e atende usuários com sofrimento psíquico dos municípios de Chuí/Brasil e Chuy/Uruguai. Conforme o Projeto Técnico do CAPS – encaminhado para 3ºCRS (Coordenadoria Regional de Saúde), localizada na cidade de Pelotas, passou para CAPS II em 2010, com o objetivo de:

[...] prestar acolhimento às pessoas portadoras de transtornos mentais dos municípios de Santa Vitória do Palmar e Chuí e também brasileiros e os uruguaios com documentação brasileira (ex: Cartão Nacional do SUS) que vivem no Chuy-Uruguai (2010, p.3).

Este serviço é responsável pela organização da rede em saúde mental e realiza o Plano Terapêutico, combinado com o usuário e os familiares. O tratamento é através de atendimento individual, grupos, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Quando se torna necessária a internação para desintoxicação, os usuários são encaminhados para os leitos reservados para os usuários de álcool e outras drogas da Santa Casa de Misericórdia de Santa Vitória do Palmar.

Figura 1: Mapa da rota entre os Municípios de Santa Vitória do Palmar, Chuí e Chuy.



Fonte: Google Maps – acesso em 03 de abril de 2020.

É importante recordar que o cuidado especializado em Saúde Mental, teve início no município de Santa Vitória do Palmar, em 06 de setembro de 1995, com a finalidade de atender egressos de hospitais psiquiátricos que chegavam na Santa Vitória do Palmar e Chuí e não tinham acolhimento especializado. Assim logo retornavam aos hospitais, sem melhora no quadro de sofrimento psíquico (TERRA et al, 2010). Este atendimento só foi financiado, após cadastrado ao SUS, no ano de 2003 (NEVES, 2016). Portanto o crescimento do CAPS II Casa Nova Vida está interligado ao processo de cadastramento no Sistema Único de Saúde e o recebimento, a partir de então, de recursos federais.

Para construir o objeto do estudo foi realizada, no período de março a maio de 2019, uma busca nos bancos de dissertações e teses da CAPES, com os descritores – política de álcool, drogas e fronteira. Encontradas unicamente duas teses sobre a questão: política de saúde mental para usuários de substâncias psicoativas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai. A primeira tese, tem o título: “Experiências de Pessoas Usuárias de Substâncias Psicoativas nos Serviços de Saúde em um Município na Fronteira entre Brasil e Uruguai”, do Programa de Pós-Graduação da Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/RS, defendida em 2016. Este trabalho, apresenta o uso de substâncias psicoativas na região de fronteira entre Brasil e Uruguai e os serviços ofertados pela rede com poucas opções de tratamento e que não levam

em consideração a individualidade e a singularidade de cada pessoa. Indica, o mesmo estudo, a pouca utilização de tecnologias leves de cuidado (acolhimento, vínculo e promoção de autonomia) e a oferta dos serviços centrados na medicalização e de forma uniformizada. A segunda tese, intitulada: “Produção de regiões de saúde situadas nas fronteiras Brasil e Uruguai”, do Programa de Pós-Graduação da Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/RS, defendida em 2016, ressalta que os gestores utilizam o poder político para concretizar as ações binacionais e garantir o acesso de estrangeiros no SUS, indicando ainda que, os acordos assinados distantes da realidade da gestão interferem na aplicação de leis na fronteira. Também aponta como os gestores necessitam ampliar seu nível de representatividade em espaços de decisão a nível estadual e nacional, que ordenassem as demandas que emergem dos Comitês Binacionais de Fronteira e possibilitam melhor governança local na cooperação em saúde no Mercosul.

Outro documento que contribuiu para a construção do objeto de estudo foi a pesquisa intitulada "O perfil dos usuários do CAPS II Casa Nova Vida do município de Santa Vitória do Palmar", realizada e coordenada pela Pró-reitoria Assuntos Estudantis (PRAE) da Universidade Federal do Rio Grande - Campus Santa Vitória do Palmar. Integrado a um Projeto de Extensão, os achados do projeto mobilizaram a autora para aprofundar o conhecimento sobre esta questão. Os resultados do estudo indicaram inúmeras informações sobre a demanda dos usuários e, portanto, sobre a importância destes serviços no extremo Sul do Brasil. Tendo em vista a relevância destes dados considerou-se importante incluir alguns detalhes sobre a realidade local face à questão da atenção ao usuário de drogas e contribuíram para a delimitação do problema de pesquisa, como anteriormente mencionado.

A metodologia adotada na pesquisa "O perfil dos usuários do CAPS II Casa Nova Vida do município de Santa Vitória do Palmar", teve caráter quantitativo e a base documental foram os prontuários dos usuários, o que permitiu uma aproximação com a realidade da população alvo, da unidade. A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro de 2017 e agosto de 2018. Os dados foram duplamente digitados (no programa EpiData) e analisados (com o pacote estatístico IBM SPSS versão 22.0) e utilizadas análises de

frequências simples, medidas de tendência central e frequências comparadas. Foram analisados 881 prontuários. As questões abordadas foram: data de nascimento; escolaridade; sexo; data do início do tratamento; naturalidade; bairro de residência; demanda em função do uso de drogas e qual tipo de droga; demanda em função de transtornos mentais e qual transtorno.

Os dados apontam que a população usuária do CAPS - II Casa Nova Vida, no município de Santa Vitória do Palmar, em 2018, apresentava a seguinte composição etária: 53% do sexo masculino; a média de idade foi de 43,6 anos (dp=14,8). Cabe destacar que, 2,5% dos prontuários eram de menores de 18 anos e, 15,0% de idosos, pessoas com 60 anos ou mais; em média os tratamentos iniciam aos 38 anos (dp=14,4).

Com relação à naturalidade dos usuários, a maioria é natural de Santa Vitória do Palmar e 84% dos usuários residem neste município. Sendo assim, os (12%) residem no Chuí/Br e os (4%) no Chuy/Uy, o que demonstra que o CAPS amplia as fronteiras dos cuidados para além dos limites legais. Conforme levantamento prévio, feito por Terra, et al. (2010) o CAPS II – Casa Nova Vida – já atendia, à época, usuários com sofrimento psíquico pertencentes aos municípios de Santa Vitória do Palmar, Chuí/Brasil e Chuy/Uruguai.

Sobre a demanda do CAPS II - Casa Nova Vida - as doenças mentais estiveram presentes em 62,7% dos casos e, o uso de drogas, presente em 46,2% dos casos. Em 10% dos casos analisados houve concomitância entre os tipos de demanda, ou seja, a procura do serviço era ao mesmo tempo em função de transtorno mental e por uso/abuso de substâncias. Ressalta-se que nesses casos os cuidados são ainda mais complexos e somente uma avaliação detalhada e específica poderá determinar qual a demanda inicial e qual a demanda agravante, bem como, a forma de traçar um tratamento mais preciso e eficaz. Os tratamentos são em geral mais complexos e requerem ainda mais atenção multiprofissional. Em relação às demandas por doença mental, a depressão foi a mais prevalente (54,4%). Entre os casos de demanda por uso de drogas, o álcool foi o mais presente (40,2%), seguido pelo crack (28,9%).

Em relação ao Chuí/Chuy, o estudo evidenciou o alto índice de uso de substâncias psicoativas (63,6%) entre os usuários do CAPS II - Casa Nova Vida, constituindo-se este o tipo de demanda predominante. Este fato indica a

necessidade da gestão olhar com atenção para os usuários de substâncias psicoativas através da criação de uma rede de proteção neste território, pois o único serviço ofertado para este sujeito está a 20 km, ou seja, no município de Santa Vitória do Palmar. Esta parece ser a questão crucial, ou seja, a importância de se criar uma rede protetiva abarcando os dois municípios brasileiros e o *Chuy*, no Uruguai, dada a impossibilidade de isolar estas duas cidades gêmeas.

Em relação ao tipo de droga, a pesquisa apresenta: (47,1%) usam crack e múltiplas drogas; (32,4%) usam álcool; (20,6%) múltiplas drogas. Estes dados sinalizam para a urgência de se analisar como está sendo o uso de substâncias psicoativas, pois são usuários que necessitam da rede protetiva ampla e integrada, como acima mencionada, abrangendo a educação, saúde, assistência social e, principalmente, serviços que trabalhem no território na perspectiva de Redução de Danos. Para a construção desta rede é importante aprofundar o conhecimento sobre as possibilidades de acesso ao CAPS II - Casa Nova Vida; o que determina a busca dos usuários por tratamento; quais as respostas possíveis do CAPS II Casa Nova Vida; e outros aspectos que precisam ser indicados.

A questão do território é relevante para ser abordada, por duas razões: Primeiro convém lembrar a afirmação de Costa e Brasil (2014, p.436):

No que tange à política de saúde mental, a dimensão do território e a territorialização assumem uma maior amplitude, pois o modelo atual prioriza o espaço urbano e o território como lócus de reconstrução da sociabilidade e inclusão social das pessoas com sofrimento mental.

Em segundo lugar o território onde se localiza a atenção aos usuários de álcool e drogas é peculiar, como foi afirmado anteriormente, por ser um território transfronteiriço, ou seja, localizado na faixa de fronteira internacional. Desta forma, está sujeito à legislações e regulações específicas e com uma história divergente de outros espaços nacionais, com a mescla de duas culturas em um mesmo espaço geográfico, mas não geopolítico.

A fronteira entre Brasil e Uruguai é classificada de acordo com a tipologia adotada pelo Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira – PDFF, do Ministério da Integração Nacional (MI). As cidades gêmeas da fronteira Brasil/Uruguai enquadram-se no modelo de sinapses, em virtude do alto fluxo de

peças e de mercadorias através da linha limítrofes, apoiado pelos Estados contíguos (BRASIL, 2010). Estes territórios – Brasil/Uruguai – são conhecidos como “fronteira viva”, “fronteira modelo”, “fronteira paz”¹⁰, através de uma longa história comum de intercâmbio cultural e laboral, de cooperação entre a comunidade.

Se esta região fronteiriça tem uma história em comum, as iniciativas em relação ao trato do uso de substâncias psicotrópicas são distintas. No Brasil, de acordo com o Ministério de Saúde (2007), até o ano de 2002, a saúde pública não vinha se ocupando devidamente com o grave problema social que configura a prevenção e tratamento dos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Havia o predomínio de "alternativas de atenção" baseadas em práticas de natureza medicamentosa, disciplinar ou de cunho religioso-moral, reforçando o isolamento social e o estigma (PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2008).

Com a implantação da Política de Atenção Integral aos usuários de Álcool e outras drogas (2003), o governo brasileiro reconheceu realmente o atraso histórico no Sistema Único de Saúde (SUS), admitindo a sua responsabilidade pelo enfrentamento de problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas. Esses atrasos remetem a dois pontos principais: as abordagens a partir de intervenções desenvolvidas no campo da justiça (através da repressão e da violência) e da segurança nacional (na proteção e na vigilância das fronteiras); e as dificuldades para o enfrentamento dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas, na agenda da saúde pública.

Já no Uruguai, a iniciativa do governo em relação à prevenção e tratamento quanto ao uso de drogas ilícitas começa posteriormente. Em 24/08/2017 é promulgada a lei 19.529, que instituiu a Política de Saúde Mental no país e foi regulamentada pelo Decreto nº 226/018, de 27/07/2018. No artigo primeiro, da referida Lei, está claro a indicação de um novo modelo de atenção, baseado nos princípios dos direitos humanos, a saber:

¹⁰ Estatuto da Fronteira Brasil e Uruguai (2010) – a longa extensão das fronteiras terrestres do Brasil, a divisa do Uruguai é a mais aberta, densa e homogêneamente povoada.

La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social. (URUGUAY/IMO, 2018).

As medidas legais, decorrentes da Lei atual, vêm sendo implementadas e, algumas análises, apontam para as dificuldades em sua implementação, como exemplifica Beatriz Castrillo (2017), em sua tese de doutorado. Constata-se que, a política na atenção à Saúde Mental no Uruguai não constituiria em si, um processo de reforma da matriz de bem-estar, ocorrendo relações sempre tensas entre os diferentes grupos de interesse. Tal ocorria especialmente em relação aos partidários de benefícios econômicos privados, derivados dos processos de mercantilização, que mobilizam enormes retornos econômicos setoriais típicos do capitalismo avançado, como: hospitais psiquiátricos, clínicas particulares, indústria farmacêutica.

Em síntese, o estudo resultante da revisão de literatura, para a delimitação do objeto de pesquisa, mais a experiência profissional no campo da saúde mental em uma área transfronteiriça e a pesquisa realizada em 2018, permitiram apontar a premência de analisar as possibilidades de se implementar uma Política de Álcool e Droga, neste território fronteiriço. Mesmo o CAPS II Casa - Nova Vida estar atuando no sentido de construir um espaço de acolhida a usuários em sofrimento psicossocial, ainda se desconhecem as inúmeras dificuldades e quais as possibilidades de atendimento, desta parcela de usuários, pela crescente demanda de construir um atendimento integral.

Face ao exposto, pretendeu-se entender o atual cenário relacionado à atenção aos usuários de álcool e outras drogas na fronteira de Chuí/Chuy. E os achados da pesquisa, realizada anteriormente, serviram de base para a construção de um diagnóstico atualizado sobre a implementação da Política Nacional de Álcool e outras Drogas nas cidades gêmeas estudadas e, propor ajustes na assistência em saúde mental nesta região. Assim, é relevante estudar essa temática pelos seguintes aspectos:

Primeiro, o Brasil possui uma faixa de fronteira extensa (15.719 km), tradicionalmente tratada como local de isolamento e como uma área de baixo

desenvolvimento socioeconômico, marcada por profundas desigualdades sociais (GIOVANELLA et al, 2007). Essas faixas são consideradas heterogêneas, pois apresentam, em sua extensão, espaços diferenciados em aspectos históricos, culturais, étnicos, econômicos e sociais. Desta forma, surge a necessidade de compreender toda a complexidade que envolve este local, isto é, a linha de fronteira¹¹. Assim, é indispensável visualizar a intersecção destas nações como um espaço concreto da vida social, na criação de políticas que fortaleçam e que potencializam os direitos humanos de todos os habitantes, da linha de fronteira. A busca por atendimento de saúde, pela população de outros países, é uma realidade em municípios de fronteiras e exerce pressão crescente ao planejamento e organização dos sistemas municipais de saúde. Essa busca, força a criação de ações paradiplomáticas pelos gestores, além de outras formas de organização que possam contribuir para o fortalecimento do cuidado nos dois países. Os estudos sobre política de saúde, na fronteira Arco Sul, evidenciam a persistência da busca de atendimento de um país para outro, conforme se constata em estudos a partir dos anos 2000 (NOGUEIRA, 2005, 2006, 2007; GIOVANELLA et al, 2006; SILVA, 2005).

Igualmente, sobre o tema de cooperação transfronteiriça em saúde, os resultados de pesquisa evidenciam as distinções encontradas na maior ou menor cooperação, dependendo do gestor (NOGUEIRA, 2007). A compreensão maior sobre as redes de atenção indica a necessidade de iniciativas locais de cooperação, entre gestores e, principalmente, a responsabilidade destas pessoas, para implantarem uma saúde de qualidade e com o compromisso do bem-estar de todos os cidadãos que necessitam.

Em segundo lugar, os municípios de fronteiras do Brasil e dos demais países integrantes do bloco têm grande dificuldade de prover a atenção integral à saúde. A ausência de recursos humanos especializados, a insuficiência de equipamentos para realização de procedimento de média e alta complexidade e a distância entre os municípios e os centros de referência são fatores que

¹¹ Segundo o Ministério da Integração Nacional, serão consideradas cidades gêmeas os municípios cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, integrada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar a unificação da malha urbana com cidade do país vizinho. Não serão consideradas cidades gêmeas aquelas com população inferior a 2 mil habitantes.

influenciam nesse cenário. Também, a dificuldade de planejamento de provisão dessas políticas, em função da população flutuante que utiliza o sistema e, no caso brasileiro, não é contabilizada para os repasses financeiros do SUS (GADELHA; COSTA, 2010).

Destarte, nota-se a importância de iniciativas que fortaleçam a proteção social¹² de todos os sujeitos que vivem em área de fronteira, na garantia das necessidades humanas básicas. Segundo Potyara Pereira (2007, p. 36) “[...] as necessidades humanas básicas estão na base da concretização de direitos fundamentais por meio das políticas sociais”.

Em terceiro lugar, a Nova Lei de Migração, Lei nº 13.455, sancionada em maio de 2017, de autoria do senador Aloysio Nunes, a qual passa a tratar do tema da pessoa do migrante em consonância com princípios e direitos fundamentais, situados na Constituição de 1988. Nesta nova lei, destaca-se como principal inovação, para as regiões de fronteira, o reconhecimento do migrante transfronteiriço. Assim, o residente fronteiriço na Nova Lei da Migração tem facilitada a livre circulação e o Estado poderá conceder autorização para a realização de atos da vida civil, mediante requerimento do interessado. O residente fronteiriço, detentor da autorização, gozará das garantias e dos direitos assegurados pelo regime geral de migração. Este novo dispositivo legal, aliado aos acordos bilaterais existentes, entre o Brasil e Uruguai, acarretará uma perspectiva totalmente distinta no trato da saúde e saúde mental, devido à concepção de universalização de direitos na zona de fronteira internacional.

Revogou-se o antigo Estatuto do Estrangeiro – Lei nº 6.815, de 1980 – sancionado no período de ditadura militar, iniciada em 1964, sendo o documento que pautava a política migratória brasileira, cujo fundamento era a segurança nacional (MORAES, 2017). Conforme Sidney Guerra (2017), outras mudanças

¹² “Proteção social é um conjunto amplo que, desde meados do século XX, engloba a seguridade social (ou segurança social), o asseguramento ou garantia à seguridade e políticas sociais. A primeira constitui um sistema programático de segurança contra risco, circunstâncias, perdas e danos sociais cujas ocorrências afetam negativamente as condições de vida dos cidadãos. O asseguramento identifica-se com as regulamentações legais que garantem ao cidadão a seguridade social como direito. E as políticas sociais constituem 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. Neste sentido, a proteção social não é sinônimo de tutela nem deverá estar sujeita a arbitrariedades, assim como a política social – parte integrante do amplo conceito de proteção – poderá também ser denominada de política de proteção social” (PEREIRA, 2007, p. 16).

introduzidas pela nova Lei de Migração são a desburocratização do processo de regularização migratória, a institucionalização da política de vistos humanitários, a não criminalização por razões migratórias, além de conferir uma série de direitos aos migrantes que, até então, não eram garantidos.

Tendo em vista o exposto anteriormente, apresentam-se as seguintes indagações da autora para a tese: As Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas adotadas no Brasil e Uruguai influenciam a busca pelo serviço em zona de fronteira entre Chuí/Chuy? Existe uma relação entre os serviços ofertados para os usuários de drogas no Chuí/Chuy e a demanda pelos mesmos serviços no Brasil? Quais os dispositivos legais nacionais e bilaterais no cuidado em saúde mental para os usuários de drogas? Quais são as barreiras legais e organizacionais para implementar um atendimento integral e bilateral aos usuários de drogas? Em que medida as respostas do CAPS em termos de práticas e valores influenciam a demanda? A consideração do transfronteiriço, inovação da atual legislação brasileira, influencia na oferta de serviços para usuários de álcool e drogas e a conseqüente demanda?

Na busca de respostas, para os questionamentos levantados, formularam-se o objetivo geral e os específicos. O objetivo geral pretendeu identificar os entraves e as possibilidades de implementar uma rede protetiva integral aos usuários de álcool e outras drogas na zona de fronteira Chuí/*Chuy*.

E os objetivos específicos buscaram resgatar os determinantes relacionados à busca pelas ações e serviços em saúde mental junto às unidades de saúde no Chuí e *Chuy*, relacionados à oferta de ações e serviços de saúde; Identificar em que medida as práticas adotadas pelos serviços de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, para superar as diferenças/dificuldades específicas das zonas de fronteira, influenciam a demanda; Resgatar as similitudes e a coerência entre as normativas legais nacionais e binacionais e as práticas desenvolvidas na região fronteira.

Com vistas a relacionar os objetivos gerais e as informações a serem obtidas, apontou-se como metas: resgatar os determinantes socioinstitucionais ou seja, a rede de atendimento disponível que incide sobre o trânsito de usuários transfronteiriço, para acesso à rede de atendimento em saúde mental; identificar e qualificar estilos de práticas e inventários das ações e serviços para os

usuários de substâncias psicoativas; fazer um levantamento dos recursos oferecidos pela rede pública e privada para os usuários de álcool e outras drogas.

Os principais resultados podem ser sumarizados no que segue. Há a necessidade dos profissionais compreenderem o processo histórico e a práxis no campo da política de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas, pois este desconhecimento causa negligência no direito ao cuidado aos usuários nestes municípios. Também, os usuários tencionam constantemente os serviços, como CAPS, CREAS, Atenção Básica, Departamento de Saúde do Uruguai para dialogarem e criarem parceria no atendimento aos sujeitos em sofrimento psíquico.

Os elementos formais da construção do estudo e os resultados das análises foram organizados em capítulos, explicitados e justificados a seguir. O primeiro, a introdução, apresenta a problematização do tema, os objetivos, um breve resgate dos caminhos teóricos utilizados para a construção da tese, sintetiza os principais resultados e indica o roteiro de organização dos elementos constituintes do estudo.

No segundo capítulo, se discute sobre as fronteiras internacionais e as leis migratórias e os direitos dos fronteiriços. As fronteiras refletem o exercício de dominação e de autoridade de um povo em particular que, formalmente, protegem os países na sua soberania e delimitam estados e municípios. Entretanto, são espaços de interação e de conflito, mas, ao mesmo tempo, são áreas de novas alianças e identidades sociais e culturais. Assim, transformam suas determinações como o limite, o espaço da diferença e modificam, tornando-se porosas - abertas para aproximação - principalmente no campo das políticas sociais, ou seja, na saúde. O debate atual, acadêmico e político, sobre as fronteiras, especialmente, a partir dos processos de globalização e instituição dos blocos econômicos e políticos, como a União Europeia e o Mercosul, consideram um território de passagem e o primeiro passo para a integração regional. Esta nova perspectiva abre possibilidades para ações transfronteiriças, essenciais para as políticas sociais e sanitárias. Essa foi a razão da inclusão dos tópicos indicados acima, pois contribuiu para a análise dos dados obtidos.

No terceiro capítulo, apresenta-se o histórico sobre a política de álcool e outras drogas nos dois países, com o intuito de compreender seu processo de construção e consolidação e apresenta seus avanços e desafios na atualidade. Essa trajetória foi importante no sentido de ampliar a compreensão sobre o contexto e as ideologias e práticas presentes ao longo do tempo, resultando em impasses e possibilidades descobertos nos dias atuais.

O quarto capítulo, de cunho metodológico, aborda a construção do desenho da pesquisa, através de planejamento, da execução e da avaliação dos procedimentos metodológicos obtidos neste processo.

No quinto capítulo, a preocupação é evidenciar os achados relacionados ao contexto das cidades gêmeas e à dimensão organizacional, incluindo a articulação entre o global, regional e o local, a caracterização da região do estudo, as peculiaridades do espaço territorial e os processos de integração entre as cidades gêmeas de *Chuí/Chuy*.

O sexto capítulo, trata da dimensão técnica operativa e apresenta os entraves e possibilidades do cuidado em saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas no *Chuí/Chuy*, evidenciando a necessidade de um cuidado integral e conhecimento sobre a política pública em que atua.

Por último e concluindo o trabalho, indicam-se as considerações gerais, onde estão apontadas as dificuldades do plano metodológico, os principais resultados e indicação da continuidade de estudos sobre o tema.

2. FRONTEIRAS, ESPAÇOS TRANSFRONTEIRIÇOS E POLÍTICAS MIGRATÓRIAS

2.1. Uma nova visão de fronteira

A fronteira não é mais considerada somente um limite físico ou político, desprovido de sujeitos e relações, da mesma forma que o território não é mais compreendido somente como uma demarcação espacial, dotado de características físicas e sociais. As práticas sociais, as relações, as ações políticas (Estado) e as redes passam a ser fundamentais na interpretação contemporânea de fronteiras e territórios. Segundo Martins (2009, p. 11), a fronteira não se reduz a uma questão unicamente geográfica, quando a entende como: “fronteiras de muitas e diferentes coisas: fronteira da civilização (...), fronteira espacial, fronteira de culturas e visões de mundo, sobretudo, fronteira do humano.”

Assim, na história da geografia das fronteiras, os seus significados vão adquirindo diversos sentidos e visam responder às necessidades dos grupos no tempo e em espaços distintos. Desta maneira, compreendem as fronteiras como instituições sociais complexas, marcadas por articulações que se situam entre práticas de fortalecimento e de atravessamento, práticas essas que visam atender aos interesses nacionais (SANTOS, 2000).

Contudo, no século XX, as fronteiras ganham nova retórica e novas práticas. Trata-se de uma retórica em que se tornou dominante o conceito de “a ausência de fronteiras” (FRASSON; MARTINS, 2016), um processo conhecido como globalização. Entende-se como globalização um conjunto de transformações políticas e econômicas mundiais, que tem como base a integração dos mercados numa “aldeia global”, gerando uma economia unificada, reduzindo a soberania do Estado e impondo-se através das grandes empresas multinacionais e transnacionais, que ditam as regras do livre mercado e da competitividade entre países.

Esse processo tem sido acompanhado por uma intensa revolução nas tecnologias de comunicação, transporte e informatização, que por sua vez eliminou a distância e reduziu o tempo, permitindo que as pessoas conversem entre si, atravessando fronteiras e oceanos, momentaneamente. Por outro lado, há a crescente brutalidade e a desumanidade que acabam com velhos padrões

de relacionamento, levando ao individualismo e a disputa entre países e entre pessoas.

Esse sistema vem se expandindo nos países em desenvolvimento, gerando mão-de-obra e matéria prima mais barata e produzindo o aumento da migração, do desemprego, da terceirização e dos contratos por tempo determinado:

[...] investimentos estrangeiros em espaços nacionais diferenciados, com base na adoção de um modelo único, segundo os quais multinacionais penetram indistintamente nos mercados, sem restrições por parte dos Estados nacionais, provocando situações de desemprego em massa, queda dos salários reais, precarização das condições de trabalho e até mesmo a ameaça de um 'dumping social', resultado de um jogo de forças desigual entre nações que participam desigualmente do chamado mundo globalizado (BÓGUS, 1997, p. 168).

Milton Santos (2012) discute sobre a percepção enganosa, e aponta que se deve considerar a existência de pelo menos três mundos num só: a globalização como uma fábula; a globalização como perversidade e uma outra globalização. A globalização como uma fábula, traz o discurso em torno da homogeneização do planeta, porém as diferenças locais são aprofundadas, onde o mundo torna-se mais desunido, tornando mais distante o sonho de uma cidadania verdadeiramente universal, ocasionado a disparidade entre países, regiões e cidades com a exacerbação das desigualdades econômicas, políticas e sociais.

[...] o processo de globalização acaba tendo, direta ou indiretamente, influência sobre todos os aspectos da existência: a vida econômica, a vida cultural, as relações interpessoais e a própria subjetividade. Ele não se verifica de modo homogêneo, tanto em extensão quanto em profundidade, e o próprio fato de que seja criador de escassez é um dos motivos da impossibilidade da homogeneização. Os indivíduos não são igualmente atingidos por esse fenômeno, cuja difusão encontra obstáculos na diversidade das pessoas e na diversidade dos lugares. Na realidade, a globalização agrava a heterogeneidade, dando-lhes mesmo um caráter ainda mais estrutural (SANTOS, 2012, p. 143).

Assim, a globalização apresenta a sua perversidade criando a mais-valia¹³ como caráter universal, pois proporciona às empresas sua expansão e o

¹³ A mais valia é a expressão que precisa do grau de exploração da força de trabalho, pelo capital ou do trabalhador pelo capitalista (MARX, 2013).

crescimento de sua produtividade e de seu lucro, havendo a competitividade¹⁴ entre as grandes multinacionais, para conquistar cada vez mais outros territórios. Conforme Santos (2012, p. 42):

Fala-se, também, de uma humanidade desterritorializada, uma de suas características sendo o desfalecimento das fronteiras como imperativo da globalização, e a essa ideia dever-se-ia uma outra: a da existência, já agora, de uma cidadania universal. De fato, as fronteiras mudaram de significação, mas nunca estiveram tão vivas, na medida em que o próprio exercício das atividades globalizadas não prescinde de uma ação governamental capaz de torná-las efetivas dentro de um território. A humanidade desterritorializada é apenas um mito. Por outro lado, o exercício da cidadania, mesmo se avança a noção de moralidade internacional, é, ainda, um fato que depende da presença e da ação dos Estados nacionais.

No universo da globalização, o espaço geográfico cria novos contornos, novas características e novas definições, ocasionando a fragmentação do território, isto é, escassas oportunidades de convivência e solidariedade e o aumento do deslocamento, devido as guerras, as doenças e a fome (SASSEN, 2016).

No território, se observam dois opostos ocasionados pela globalização, isto é, de um lado instala-se uma nova ordem política e econômica e por outro lado ocorre a produção acelerada da miséria, do excluído e da marginalidade e da migração considerada por Santos (2012) a esquizofrenia do espaço.

Desta forma, urge a necessidade de potencializar a solidariedade entre os territórios, na busca de uma outra globalização, que visa a união e a mistura dos povos, das raças, das culturas, dos gostos e dos continentes. Conforme Santos (2012, p. 109), “[...] cria-se uma solidariedade comum dos agentes exercendo-se sobre um território comum”. Trata-se da integração solidária através da horizontalidade das políticas, com intuito de observar os interesses da população, percebendo a sua objetividade e sua subjetividade em suas relações sociais neste território.

¹⁴ “A competitividade é uma espécie de guerra em que tudo vale e, desse modo, sua prática provoca um afrouxamento dos valores morais e um convite ao exercício da violência” (SANTOS, 2012, p. 57).

[...] o território não é apenas o lugar de uma ação pragmática e seu exercício comporta, também, um aporte da vida, uma parcela de emoção, que permite aos valores representar um papel. O território se metamorfoseia em algo mais do que um simples recurso e, para utilizar uma expressão, que é também de Jean Gottmann, constitui um abrigo (SANTOS, 2012, p. 112).

Nesta outra globalização – o homem – torna-se o centro da discussão e do interesse. Desta forma, ele será o foco da política e da economia, no intuito da emancipação social deste sujeito que se encontra à margem da sociedade, conforme Santos (2012, p. 118), “[...] para encontrar no próprio homem a base e o motor da construção de um novo mundo”.

Desta forma, a globalização transforma drasticamente o território, o espaço e o tempo, através de discurso de fábulas de unificação das nações, todavia, o que observamos é a sua perversidade com a ausência de solidariedade entre nações e aumento da xenofobia em todo mundo. Entretanto, é urgente a necessidade de uma outra globalização através da união de todos e o respeito a todas as diferenças, assim, é inevitável analisar as políticas migratórias realizadas pelo Estado, que por meio das leis, indicam as condições gerais de tratamento dos fluxos em coerência com os tratados internacionais de direitos humanos para a proteção do indivíduo. Assim, as políticas migratórias são leis nacionais que abordam a postura política dos Estados para as migrações levando a modelos mais flexíveis ou restritivos, mas que são pontos de base para uma análise regional de políticas cooperativas, quanto às migrações. Desta forma, a consonância das políticas migratórias do Brasil e Uruguai indicam um processo de maior cooperação entre os Estados, fortalecendo a projeção para a integração regional.

2.2. Políticas Migratórias no Brasil

Em maio de 2017 foi aprovada a Lei 13.445, instituindo a Lei da Migração, que foi concebida em conformidade com a proteção conferida aos direitos humanos na Carta Magna brasileira. O avanço mais geral reside na mudança de enfoque desse novo marco legal das migrações, agora com ênfase na garantia

dos direitos das pessoas migrantes, tanto dos estrangeiros que por aqui aportam, quanto dos brasileiros que vivem no exterior (GUERRA, 2017).

A antiga lei adotava uma postura de segurança nacional e de criminalização do estrangeiro - Lei nº 6.815, 19 de agosto de 1980 - também conhecida como “Estatuto do Estrangeiro”. A legislação não se coaduna com diversos princípios presentes na Constituição Federal de 1988 e com normativos internacionais de Direitos Humanos ratificados pelo Brasil, ao longo das últimas décadas. O Estatuto do Estrangeiro, elaborado durante o governo militar, segundo o art. 2º: “Na aplicação desta Lei atender-se-á precipuamente à segurança nacional, à organização institucional, aos interesses políticos, socioeconômicos e culturais do Brasil, bem assim à defesa do trabalhador nacional” (BRASIL, 1980).

Indubitavelmente que a nova lei coloca o Brasil em posição de vanguarda nesta matéria, posto que defere aos imigrantes uma série de prerrogativas que até então eram conferidos apenas para os seus nacionais. Entre as principais mudanças introduzidas pela nova Lei de Migração, estão a desburocratização do processo de regularização migratória, a institucionalização da política de vistos humanitários, a não criminalização por razões migratórias, além de conferir uma série de direitos aos migrantes que até então não eram garantidos. (GUERRA, 2017, p.6)

A nova lei trata dos direitos e dos deveres do migrante e do visitante no Brasil; regula a entrada e a permanência de estrangeiros e estabelece normas de proteção ao brasileiro no exterior. Também estabelece alterações na nomenclatura do não nacional, substituindo a figura do estrangeiro para a do migrante, como se observa no artigo 1º:

Artigo 1º Esta Lei dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante e do visitante, regula a sua entrada e estada no País e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas para o emigrante. § 1º Para os fins desta Lei, considera-se: I. (VETADO); II. Imigrante: pessoa nacional de outro país ou apátrida que trabalha ou reside e se estabelece temporária ou definitivamente no Brasil; III. Emigrante: brasileiro que se estabelece temporária ou definitivamente no exterior; IV. Residente fronteiro: pessoa nacional de país limítrofe ou apátrida que conserva a sua residência habitual em município fronteiro de país vizinho; V. visitante: pessoa nacional de outro país ou apátrida que vem ao Brasil para estadas de curta duração, sem pretensão de se estabelecer temporária ou definitivamente no território nacional; VI. Apátrida: pessoa que não seja considerada como nacional por nenhum Estado, segundo a sua legislação, nos termos da Convenção sobre o Estatuto dos Apátridas, de 1954, promulgada pelo Decreto nº 4.246, de 22 de maio de 2002, ou assim reconhecida pelo Estado brasileiro (BRASIL, 2017, p.1).

As mudanças produzidas na lei 13445/2017, que identifica a figura do imigrante e do visitante, ao invés do termo estrangeiro, pode aparentar que se trata apenas de aspecto terminológico. Todavia, a lei 6815/80 estabelecia várias restrições aos estrangeiros, que foram suprimidas na nova lei, como mencionado acima e foi concebida em conformidade com as normas (regras e princípios) consagradas pela República Federativa do Brasil.

A nova lei de migração visa o respeito aos direitos humanos, através de um tratamento mais digno aos imigrantes. Desta forma, o governo consagra a dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado, e constrói a nova proposta que se designa a servir como axioma para a construção de uma sociedade que seja cada vez mais justa, inclusiva e protetiva dos direitos inerentes à pessoa humana (GUERRA, 2017).

No artigo 3º, que trata dos princípios e diretrizes da política migratória brasileira, destacam-se, entre outros, os seguintes pontos: a universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos; o repúdio e prevenção à xenofobia, ao racismo e a quaisquer formas de discriminação; a não criminalização da migração; a não discriminação em razão dos critérios ou dos procedimentos pelos quais a pessoa foi admitida em território nacional; a promoção de entrada regular e de regularização documental; a acolhida humanitária; a garantia do direito à reunião familiar; a igualdade de tratamento e de oportunidade ao migrante e a seus familiares; a inclusão social, laboral e produtiva do migrante, por meio de políticas públicas; o acesso igualitário e livre do migrante a serviços, programas e benefícios sociais, bens públicos, educação, assistência jurídica integral pública, trabalho, moradia, serviço bancário e seguridade social; a promoção e difusão de direitos, liberdades, garantias e obrigações do migrante; a cooperação internacional com Estados de origem, de trânsito e de destino de movimentos migratórios, a fim de garantir efetiva proteção aos direitos humanos do migrante; a proteção integral e atenção ao superior interesse da criança e do adolescente migrante; a proteção ao brasileiro no exterior; a promoção do reconhecimento acadêmico e do exercício profissional no Brasil, nos termos da lei e o repúdio às práticas de expulsão ou de deportação coletiva.

O artigo 4º, voltado a estabelecer garantias ao migrante, assegura: direitos e liberdades civis, sociais, culturais e econômicos; direito à liberdade de circulação em território nacional; direito à reunião familiar do migrante com seu cônjuge ou companheiro e seus filhos, familiares e dependentes; medidas de proteção a vítimas e testemunhas de crimes e de violações de direitos; direito de transferir recursos decorrentes de sua renda e economias pessoais a outro país, observada a legislação aplicável; direito de reunião para fins pacíficos; direito de associação, inclusive sindical, para fins lícitos; acesso a serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória; direito à educação pública, vedada a discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória; garantia de cumprimento de obrigações legais e contratuais trabalhistas e de aplicação das normas de proteção ao trabalhador, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória; direito de sair, de permanecer e de reingressar em território nacional, mesmo enquanto pendente pedido de autorização de residência, de prorrogação de estada ou de transformação de visto em autorização de residência; e direito do imigrante de ser informado sobre as garantias que lhe são asseguradas para fins de regularização migratória.

O país passa a ter uma das legislações mais modernas no trato das políticas migratórias, avançando no tratamento dos pilares que sustentam a integração plena do migrante à sociedade brasileira, ao assegurar o pleno acesso aos serviços e repudiando práticas de discriminação e descriminalizando a migração.

Ricci e Silva (2018) apontam que, embora haja inúmeros avanços com a nova lei de migração, ela não discorre sobre uma gama de direitos que poderiam assegurar a maior integração dos imigrantes no país e, tampouco, é clara com relação à deliberação de deveres e recursos que garantam a acolhida, bem como, a formulação e implantação de políticas públicas nas unidades da federação. Além disso, o processo de regulamentação não contou com a participação da sociedade civil e, o seu decreto, em diversos pontos, é contraditório à própria lei, chegando a representar uma ameaça.

Assim, a nova legislação representa, sem dúvidas, um progresso significativo em matéria de migrações, entretanto, não deve ser respaldada como um documento finalizado. Para que os princípios e diretrizes dessa nova lei sejam, de fato, consolidadas e postas em prática, é fundamental que os atores sociais envolvidos nesse longo processo, se mantenham engajados. Em 2007, o Uruguai também apresentou a sua nova Lei de Migração.

2.3 Política Migratória no Uruguai

A história das migrações, no Uruguai, demonstra o incentivo do governo pela mão de obra necessária para o desenvolvimento e para o aumento populacional. Durante o século XIX, o Uruguai foi receptor de europeus, em sua maioria espanhóis. Posteriormente, já no século XX, o país passou por uma crise econômica e pela instabilidade política do regime militar, que incentivou a emigração, agravando a perda de mão de obra.

A Constituição da República Oriental do Uruguai de 1967 prevê, no artigo 37, que toda pessoa é livre para a entrada, permanência e saída do território nacional, desde que, mediante legislação prevista e reconhece que a imigração deve ser regulamentada por lei. Embora a Constituição não faça nenhuma ressalva quanto ao tratamento dos imigrantes, ela afirma, no artigo 7, que os habitantes e, por isso indeterminados quanto à cidadania, terão direito a vida, segurança, trabalho e propriedade (URUGUAI, 1967).

A lei de migração uruguaia, sob o número 18.250, foi votada em Montevideu, no ano de 2007 e, em 6 de janeiro de 2008, entrou em vigência. A referida lei é sancionada pelo então presidente da República Uruguaia, Tabaré Vázquez, juntamente com seus ministros Jorge Bruni Ministro do Trabalho e Seguridade Social, Ricardo Bernal Ministro do Interior e Reinaldo Gargano, Ministro das Relações Exteriores. Verifica-se então, que esta lei foi idealizada a partir da concepção do presidente uruguaio e de seus ministérios, em prol dos migrantes que residem no Uruguai.

A política migratória uruguaia, conforme analisa o Diretor Geral para assuntos consulares e liberação do ministério das Relações Exteriores, Jorge Muiño (2017), em uma reportagem para o correio eletrônico da presidência do

Uruguai, o país em questão desenvolve uma política de migração aberta, segura e ordenada regulada pela legislação migratória nº 18.250/2008. Para o governo uruguaio, a regularização automática é essencial para as pessoas que desejam residir no Uruguai, pois ter uma carteira de identidade coloca o imigrante no mesmo patamar que o nacional.

A Lei de Migração nº 18.250 constitui um conjunto normativo que, protege os direitos dos migrantes e suas famílias, bem como estabelece suas obrigações enquanto permanecem no território nacional. Conforme os princípios gerais da Lei de Migração do Uruguai reconhecem os direitos básicos e o direito de migrar, independente de condição de regularidade, como é afirmado em seu artigo 1º:

El Estado uruguayo reconoce como derecho inalienable de las personas migrantes y sus familiares sin perjuicio de su situación migratoria, el derecho a la migración, el derecho a la reunificación familiar, al debido proceso y acceso a la justicia, así como a la igualdad de derechos con los nacionales, sin distinción alguna por motivos de sexo, raza, color, idioma, religión o convicción, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, nacionalidad, edad, situación económica, patrimonio, estado civil, nacimiento o cualquier otra condición (URUGUAY, 2007, p. 1).

A lei reconhece o direito de todas as pessoas a migrar e garante aos migrantes e suas famílias, independentemente de sua situação migratória, os direitos fundamentais no país.

A nova lei de migração garantirá o respeito à identidade cultural dos migrantes e suas famílias, terão direito à atividade laboral e receberão tratamento igual aos nacionais (PELLEGRINO, 2009). Desta forma, o Uruguai se propõe em construir uma Lei que vise os direitos humanos de todas as pessoas que vivem no país. Segundo Villarreal (2019, p.1) "*Uruguay está abierto al mundo, a la región, y no puede dejar que se consoliden imaginarios reactivos, xenófobos y racistas*".

Esta nova lei assegura o mesmo tratamento do cidadão nacional ao imigrante, facilitando o acesso à autorização de residência e reduzindo barreiras burocráticas e de maneira arbitrária, conforme o art. 3: "*Se entiende por "migrante" toda persona extranjera que ingrese al territorio con ánimo de residir y establecerse en él, en forma permanente o temporal*" (URUGUAY, 2017, p.1).

Assim, a lei está alinhavada aos conceitos de dignidade humana, direitos humanos e cidadania, seja para o cidadão nacional ou para o estrangeiro. Em relação à saúde:

Artículo 8º. Las personas migrantes y sus familiares gozarán de los derechos de salud, trabajo, seguridad social, vivienda y educación en pie de igualdad con los nacionales. Dichos derechos tendrán la misma protección y amparo en uno y otro caso. (URUGUAI, 2008, p. 2).

Reafirma seu compromisso na igualdade de acesso à justiça e à saúde para todos, segundo o art. 9:

La irregularidad migratoria en ningún caso impedirá que la persona extranjera tenga libre acceso a la justicia y a los establecimientos de salud. Las autoridades de dichos centros implementarán los servicios necesarios para brindar a las personas migrantes la información que posibilite su regularización en el país (URUGUAY, 2017, p.2).

Este artigo, descreve os direitos sociais que possuem os imigrantes, como saúde, trabalho, educação e seguridade social, novamente destacando que, esse, direito se dará em pé de igualdade com o nacional.

Assim, o Uruguai, mais uma vez, avançou na integração regional frente a outros países. A diretora geral adjunta da Organização Internacional para as Migrações (OIM), Laura Thompson (2017), elogiou a política desempenhada pelo Uruguai, a considerando moderna, aberta e exemplar, pois a sua legislação é ampla e, assim, se adapta a todos os fluxos migratórios do mundo.

O governo uruguaio está comprometido com esta legislação, com a sua política em torno dos direitos humanos e impulsionando a visão positiva das migrações. Em 2017, o Uruguai juntamente com o Brasil, sob o Decreto nº 9.089 de 06 de julho, firmou um acordo que visa facilitar o visto permanente. Este acordo amplia a circulação de pessoas entre os dois países, reduzindo os trâmites burocráticos para residência ou visto permanente, assim, os cidadãos não precisam mais cumprir a exigência de tempo prévio de residência temporária, para aquisição do visto permanente.

Assim, a nova legislação migratória do Uruguai ressalta os princípios internacionais de direitos humanos, os tratados e as convenções bilaterais e

multilaterais, fortalecidos pelo princípio da reciprocidade e da cooperação regional. Apresenta, nos seus 84 artigos, um conjunto normativo que garante direitos aos migrantes e suas famílias, bem como, estabelece obrigações dos migrantes para permanência no território.

3. A POLÍTICA DE ÁLCOOL E DROGA NO BRASIL E URUGUAI: TEMPORALIDADES, CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS

3.1 Intervenções públicas brasileiras sobre a questão do álcool e drogas

Apresenta-se, a seguir, a evolução da atenção pública sobre álcool e drogas no Brasil e Uruguai. O texto resgata peculiaridades relacionadas ao processo histórico desta política nestes dois países.

As primeiras intervenções do governo brasileiro, na questão, ocorreram no início do século XX, com a criação de um aparato jurídico institucional destinado a estabelecer o controle do uso e do comércio de drogas e para preservar a segurança e a saúde pública no país. Essas medidas foram influenciadas por convenções internacionais, que as recomendaram a exemplo da resolução da 1ª Conferência Internacional do Ópio de 1911¹⁵ e propôs o controle sob a venda de ópio, morfina, heroína e cocaína. O Brasil consta entre os países signatários das convenções internacionais, para a repressão ao tráfico e ao uso de drogas ilícitas, o que repercutiu na formulação de uma política de drogas nacional alinhada ao discurso proibicionista¹⁶, estabeleceu os limites arbitrários para usos de drogas legais/positivas e ilegais/negativas. Entre outras consequências, a própria produção científica terminou entrincheirada, na maior parte das vezes, do lado "certo" da batalha, ou seja, na luta contra as drogas (FIORI, 2012).

Na década de 1920, a legislação penal propunha a internação compulsória, por tempo indeterminado, dos denominados toxicômanos. Na década de 1930, foi promulgada a Lei de Fiscalização de Entorpecentes – Decreto-Lei nº 891/1938¹⁷ - a qual expressava claramente o posicionamento proibicionista do Estado brasileiro em relação às drogas. O conteúdo deste decreto lei, posteriormente incorporado ao artigo 281 do Código Penal de 1940, criminalizava o porte de drogas ilícitas independentemente da quantidade apreendida e da intenção de consumo, seja para uso próprio ou para o tráfico,

¹⁵ Convenção de Haia - defendida, patrocinada e sediada pelos Estados Unidos (FIORI, 2005). Com um apelo à adesão das nações e um discurso proibicionista e pena de prisão prevista aos infratores (ALVES, 2009).

¹⁶ Proibicionismo é uma forma simplificada de classificar o paradigma que rege a atuação dos Estados em relação a determinado conjunto de substâncias. Seus desdobramentos, entretanto, vão muito além das convenções e legislações nacionais (FIORI, 2012, pg.9).

¹⁷ Decreto Lei nº 891/1938 - de 25 de novembro de 1938 - Considerando que se torna necessário dotar o país de uma legislação capaz de regular eficientemente a fiscalização de entorpecentes.

sem distinção da penalização prevista para uma ou outra circunstância (ALVES, 2009).

Nos anos 1970, as medidas de prevenção e de repressão ao tráfico e uso de drogas ilícitas, instituídas pela legislação brasileira, estavam em plena concordância com as resoluções das duas primeiras Convenções-Irmãs, da ONU - de 1961¹⁸, de 1971. Estas medidas estabeleceram um sistema de controle internacional para substâncias psicotrópicas, o que foi uma reação à expansão e diversificação do espectro do abuso de drogas. A convenção criou ainda formas de controle sobre diversas drogas sintéticas, por um lado, a seu potencial de criar dependência, e, por outro, a poder terapêutico e, de 1988¹⁹, outras medidas, as quais deram origem a convenções internacionais que reafirmam a necessidade de adoção de medidas de repressão à oferta e ao consumo de drogas (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Somente na década de 1970, a legislação brasileira, passou a ser influenciada também pela medicina e incorporação de subsídios tecno-científicos e contribuiu para o usuário ser identificado como doente e/ou criminoso (FIORI, 2005).

Em decorrência, algumas influências podem ser observadas nas intervenções de saúde, através da Lei nº. 5.726/1971²⁰, como a contribuição da medicina através da internação aos "infratores viciados", não constando qualquer referência ao tratamento para a população usuária de drogas. Assim, as medidas de "recuperação aos infratores viciados", previam a determinação judicial de "internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário à sua recuperação" (art. 10). Com esta

¹⁸ A Convenção de 1961 - é um tratado internacional das Nações Unidas. Foi concluída em Nova Iorque em 30 de março de 1961 e emendada por um protocolo em 1972. Tem como objetivo combater o abuso de drogas por meio de ações internacionais coordenadas (FIORI, 2005).

¹⁹ A Convenção de 1988 - Essa convenção fornece medidas abrangentes contra o tráfico de drogas, inclusive métodos contra a lavagem de dinheiro e o fortalecimento do controle de precursores químicos. Ela também fornece informações para uma cooperação internacional por meio, por exemplo, da extradição de traficantes de drogas, seu transporte e procedimentos de transferência.

²⁰ Lei nº 5.726, de 29 de Outubro de 1971 - Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências.

medida, o que prevalecia não era o direito à saúde, com a garantia de tratamento à dependência de drogas, mas sim, a "reabilitação criminal do viciado" (art. 13).

A Lei nº 6.368/1976, ao dispor sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e outras providências, amplia, em certa medida, a abordagem sobre o tratamento e a recuperação de usuários de drogas. A assistência à saúde passa a ser considerada não apenas para os "viciados infratores", mas, para os "dependentes de substâncias entorpecentes", conforme o Artigo 8º "Os dependentes de substâncias entorpecentes, ou que determinem dependência física ou psíquica, ficarão sujeitos às medidas previstas", no Artigo 9º prevê "As redes serviços de saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal contarão, sempre que necessário e possível, com estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes de substâncias", no inciso 1º "Enquanto não se criarem os estabelecimentos referidos neste artigo, serão adaptados, na rede já existente, unidades para aquela finalidade" (BRASIL, 1976, p. 2). Em contraste com o discurso normativo da lei, a criação de serviços especializados para a atenção ao uso prejudicial e dependência de drogas não configura uma determinação legal, mas sim - uma recomendação - fato que evidencia uma importância secundária às ações de saúde em detrimento à repressão da oferta/demanda de drogas (ALVES, 2009).

Os primeiros serviços extra-hospitalares especializados, na assistência aos usuários de drogas ilícitas, começaram a ser criados no Brasil somente na segunda metade da década de 1980. Considerando a lacuna da rede extra-hospitalar para esta atenção especializada, e a restrição do acesso ao sistema de saúde aos contribuintes previdenciários, não é difícil entender que a internação em hospitais psiquiátricos tenha se constituído, naquele momento, o único recurso terapêutico possível a uma importante parcela de usuários de álcool e outras drogas.

Na década de 1980, foi instituído o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, que deveria ser composto pelo conjunto de órgãos e entidades da administração pública. Entre os objetivos deste sistema, constava o de formular a Política Nacional de Entorpecentes através do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), seu órgão central.

No Sistema, o CONFEN era o responsável pela proposição da Política Nacional de Entorpecentes. Além disso, era sua competência elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e substâncias, que determinem dependência física ou psíquica. Este Conselho era composto por integrantes da sociedade civil, na representação de um membro da classe médica e um jurista, com especialidade na área de drogas (BRASIL, 1980).

Embora a atuação do CONFEN tenha privilegiado as atividades de repressão à produção de drogas, ao tráfico e seu consumo, pode-se reconhecer a relevância de algumas iniciativas, do órgão, para o desenvolvimento de práticas de atenção ao consumo de álcool e outras drogas no cenário brasileiro (MACHADO, MIRANDA, 2007). Dentre as iniciativas ressaltam-se o apoio aos centros de referência em tratamento, pesquisa e prevenção na área de álcool e outras drogas, às comunidades terapêuticas e aos programas de redução de danos (RD), voltados para a prevenção da transmissão do HIV/AIDS.

Entre as iniciativas do CONFEN, a mais contundente para as práticas de atenção à saúde na área de álcool e outras drogas, certamente, foi seu posicionamento favorável, em 1994, à implementação no país de programas de redução de danos mediante a troca de seringas (ALVES, 2009). Ao criminalizar práticas interpretadas como indução, incentivo, instigação, auxílio ou difusão do uso de drogas, a Lei nº. 6.368/1976 instituiu barreiras legais à implantação dos programas. Ademais, diversos setores da sociedade civil manifestaram-se resistentes à abordagem da redução de danos (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Em 1998, o CONFEN foi extinto e transformado em Conselho Nacional Antidrogas (CONAD)²¹. O Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes foi transformado em Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), sendo mantidos, entretanto, os seus objetivos. Neste rearranjo organizacional da estrutura política para enfrentamento das questões relacionadas às drogas, criou-se a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), o órgão executivo do sistema. Assim, a declaração de guerra às drogas e o ideário

²¹ ALVES (2009).

de uma sociedade livre de drogas foram assimilados pela política brasileira na extensão "antidrogas", conferida às suas instituições e à política nacional de drogas.

Somente no ano de 2000, podem ser observadas mudanças significativas no conteúdo da legislação brasileira sobre drogas. Por mais que ela permaneça alinhada ao discurso proibicionista, a atenção à saúde deixa de ser uma espécie de apêndice dessa política e se torna um tema cada vez mais relevante, embora persistam contradições, iminentes de uma estrutura político-organizacional militarizada, para o enfrentamento das questões relacionadas às drogas. Tais contradições aparecem alinhadas no debate da segurança pública e da saúde pública.

Primeiramente, merece destaque a Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001²², marco legal da Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim, reafirmou os princípios e diretrizes do SUS, prevendo a garantia aos usuários de serviços de saúde mental, incluindo as pessoas que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas, da universalidade do direito à assistência, bem como à sua integralidade. Nesta lei, observa-se a opção pela descentralização do modelo de atendimento a partir da estruturação de serviços mais próximos do convívio social das pessoas.

No ano seguinte à promulgação da Lei de Reforma Psiquiátrica, é publicada a Portaria GM nº. 816/2002, que institui, no âmbito do SUS, o "Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas". É a partir desta portaria que começaram a ganhar mais consistência às propostas de atenção e cuidado a pessoas que consomem álcool e outras substâncias psicoativas, não mais focadas na abstinência. Este programa propõe a articulação de uma rede assistencial para tratamento e o desenvolvimento de ações nas áreas de capacitação, prevenção de agravos e promoção à saúde. (BRASIL, 2002).

Em 2003, foi lançado o documento "A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas", no qual se observa a importância da superação do atraso da responsabilidade do SUS nesse campo,

²² Referência em anexo no final da tese.

com o compromisso de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras substâncias psicoativas (BRASIL, 2003). De acordo com Flach (2010, p. 17)

Este documento pode ser considerado um marco político que rompe com as propostas reducionistas e focadas na abstinência ao conceber o consumo de drogas na sociedade como um fenômeno complexo que não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas, e exige a construção de respostas intersetoriais e a participação da sociedade.

A política propõe a criação de uma rede de atenção integral a usuários de álcool e outras substâncias psicoativas no SUS, a partir da intersetorialidade, contemplando ações de prevenção, promoção e proteção à saúde. Ademais, prevê a implantação de Centros de Atenção Psicossocial voltados ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas (CAPSad), além dos Centros de Atenção Psicossocial não especializados (BRASIL, 2004).

É importante salientar, ainda, nesta publicação, as diretrizes da política do Ministério da Saúde para essa área, elaboradas “[...] em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica brasileira e dentro de uma lógica ampliada de redução de danos” (MACHADO, 2006, p. 95). Nesse percurso, destaca-se a “Política Nacional sobre Drogas”, realinhada e aprovada em 23 de maio de 2005, pelo então Conselho Nacional Antidrogas (BRASIL, 2008). Tal política apresenta orientações e diretrizes sobre: prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social; redução dos danos sociais e à saúde; redução da oferta; e estudos, pesquisas e avaliações. De acordo com o próprio texto, do documento, tal política orienta-se pelo princípio da responsabilidade compartilhada, o que significa dizer que deve haver cooperação e articulação entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos, reafirmando a necessidade de descentralização das ações sobre substâncias psicoativas no Brasil. (BRASIL, 2008).

Na perspectiva da Redução de Danos (RD), a pessoa que faz uso de substâncias psicoativas (SPA) é vista como um ser ativo, capaz e útil para seus pares e para a sociedade, como um todo (protagonista), e não relegado a um papel passivo menor como no passado. É um cidadão de direitos, e não deve perder seus direitos por fazer uso de SPAs ilícitas (CAMPOS, 2006). As

intervenções em RD devem produzir efeito Paidéia²³, ou seja, devem possibilitar a construção de sujeitos co-gestores (cogestão definida como compartilhamento de poder) de saúde, tendo como pano de fundo seu horizonte de experiências vividas na comunidade (CAMPOS, 2006).

Um instrumento importante e mais abrangente é a Lei nº. 11.343, de 23 de agosto de 2006, que colocou o Brasil em destaque no cenário internacional, ao instituir o SISNAD e prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, em consonância com a atual política sobre drogas. Essa Lei nasceu da necessidade de compatibilizar os dois instrumentos normativos, que existiam anteriormente: a Lei nº. 6.368/76 e a 10.409/2002. A partir de sua edição, foram revogados esses dois dispositivos legais prévios, com o reconhecimento das diferenças entre a figura do traficante e a do usuário/dependente, os quais passaram a ser tratados de forma diferenciada e ocupar capítulos diferentes na lei. O Brasil, seguindo tendência mundial, entendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça, com a privação de liberdade. Esta abordagem em relação ao porte de drogas para uso pessoal tem sido apoiada por especialistas, que apontam resultados consistentes de estudos, nos quais: a atenção ao usuário/dependente deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, ao invés de encarceramento. Assim, a justiça retributiva, baseada no castigo, é substituída pela justiça restaurativa, cujo objetivo maior é a ressocialização por meio de penas alternativas, tais como: advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade, em locais/programas, que se ocupem da prevenção/recuperação de usuários e dependentes de drogas; medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (DUARTE, 2010).

Com a edição desta lei, o tratamento penal dispensado ao usuário de substâncias psicoativas aproxima a Justiça aos serviços de saúde e de assistência social, conferindo-lhes um papel central no atendimento a tais pessoas, tendo em vista que não mais subsiste a pena de prisão, para esses

²³ Paidéia é entendida como uma dimensão da gestão, no sentido de produzir sujeitos e coletivos organizados e de reforçar o compromisso com os valores de uso nas atividades profissionais, de trabalhadores da saúde (CAMPOS, 2003).

casos, como ocorria com a legislação anterior. A punição para a pessoa que usa drogas foi atenuada e foram estabelecidas outras medidas, como: advertência, prestação de serviços à comunidade e comparecimento a programa ou a curso educativo (GOMES, 2008). No que se refere à produção não autorizada e ao tráfico de drogas, as sanções são acentuadas com o aumento das penalidades previstas.

Sendo assim, ela é considerada mais avançada do que a lei anterior (Lei 6.368/1976), que se baseava em uma política repressiva, por se encontrar em consonância com a Política Nacional sobre Drogas em vigor. Para Matias Flach (2010, p. 14), a Lei nº. 11.343/2006 representa “[...] um avanço em relação a um posicionamento político e legal mais brando em relação ao usuário de drogas, com ênfase nas atividades de prevenção ao consumo de substâncias psicoativas, atenção e reinserção social”.

Outro instrumento, relacionado à questão, é o Decreto nº. 6.117, de 22 de maio de 2007, que aprova a “Política Nacional sobre o Álcool” e dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e a criminalidade. Neste documento constam diretrizes e medidas para reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida. Dentre estas, merecem destaque: estimular que a rede local de cuidados tenha inserção e atuação comunitárias, seja multicêntrica, comunicável e acessível aos usuários, devendo contemplar, em seu planejamento e funcionamento, as lógicas de território e de redução de danos; ampliar o acesso ao tratamento para usuários e dependentes de álcool aos serviços do SUS; articular, com a rede pública de saúde, os recursos comunitários não governamentais, que se ocupam do tratamento e da reinserção social dos usuários e dependentes de álcool (BRASIL, 2008). Este documento tem sua relevância ao inserir medidas específicas, referentes à redução da demanda de álcool por populações vulneráveis.

O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, instituído pelo Decreto 7.179²⁴, de 20 de maio de 2010, que tem como um de seus objetivos, no inciso I do art. 2º:

²⁴ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm - Acesso 05 de fevereiro de 2020.

I - estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua (BRASIL, 2010).

É importante destacar o instrumento mais recente: Portaria nº 3.088/2011²⁵, que institui a RAPS - conforme o Art. 3º. São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II - promover o acesso 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 (BRASIL, 2011, p. 2).

Porém, mesmo com tais mudanças, ainda se observa a expansão do poder punitivo, expressa na superlotação de prisões e suprimindo direitos fundamentais, privilegiando a intervenção do sistema penal em detrimento da atuação de outros atores, não alterando o apontado por Karam, em 2008.

Portanto, cabe aos gestores públicos assegurar a construção das ações de atendimento e cuidado a pessoas que usam substâncias psicoativas, segundo o Art. 196, da Constituição Federal:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998, p. 68).

E a Lei nº. 11.343/2006, através das diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde, garante aos usuários de serviços de saúde mental – e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas – a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social, de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas

²⁵Portaria 3.088/2011, de 23 de dezembro - 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 (SUS).

às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população (BRASIL, 2001).

Desta forma, a Política Nacional de Álcool e outras Drogas no Brasil, avançou na garantia dos direitos sociais dos usuários de substâncias psicoativas, porém ainda há ausência de uma rede para fortalecer o acesso e a permanência deste sujeito, nos serviços ofertados pelo Ministério da Saúde.

Contrariamente ao que foi estabelecido na regulação legal brasileira, sobre o cuidado na atenção aos usuários de álcool e drogas até 2018, há um retorno radical às práticas de cuidado superadas. Destaca-se a Portaria 3588/2017²⁶, que apresenta um retrocesso na Política de Saúde Mental no Brasil, ao incentivar a cultura da hospitalização. Conforme a declaração na reportagem da revista eletrônica *Justificando*, o diretor da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), Leonardo Pinho (2018, p.1):

A política moderna de saúde mental é pautada na inclusão social, na inclusão de sociabilidade, e num cuidado, num tratamento mais próximo ao local de moradia, evitando internações de longa permanência. O resumo do grande retrocesso [trazido pela Portaria] é este: o Brasil volta 30 anos pra trás.

No cenário atual da política de Saúde Mental no Brasil, vivencia-se o retrocesso da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ou seja: a privatização, que retorna com práticas ao modelo manicomial (AMARANTE, 2015); a Internação compulsória, com o regresso às práticas que resgatam o modelo hospitalocêntrico, com “a finalidade de higienização da cidade para eventos internacionais” (COELHO e OLIVEIRA, 2014); a ênfase e legitimação das as Comunidades Terapêuticas com o discurso de “tratamento da moralidade” com “práticas de espiritualidade e de abstinência das drogas”. Há o retorno às práticas da idade média, ao espiritualizar o uso de drogas como uma fraqueza espiritual (RIBEIRO e MINAYO, 2015), divergindo da proposta da redução de danos e do cuidado psicossocial.

O Ministério Público Federal realizou, em outubro de 2017, uma inspeção nas comunidades terapêuticas, visitando 28 instituições nas cinco regiões do

²⁶ PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017.

país, em 12 unidades da federação (11 estados e o Distrito Federal). A inspeção foi organizada pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal (PFDC/MPF), pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). No relatório elaborado, estas instituições identificaram um conjunto de práticas de violação de direitos nas comunidades terapêuticas. Mostra como os usuários internados sofrem diversas violações de seus direitos, como: privação de liberdade; castigos, punições e indícios de torturas; violação à liberdade religiosa e à diversidade sexual; “laborterapia”: trabalhos forçados e sem remuneração; fragilidades nas equipes de trabalho; internação de adolescentes; financiamento público.

Um relatório de fiscalização foi realizado pelos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), de 18 estados brasileiros e do Distrito Federal, nos anos de 2015 a 2016, que aborda a ação profissional nestes espaços – Serviço Social e a inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas, no Brasil. Através de dados e informações coletadas por meio de visitas de fiscalização relata como as CTs instituem normas rígidas de funcionamento e controle sobre a vida dos indivíduos, evidenciadas no disciplinamento, na abstinência, no tratamento pela “espiritualidade”, considerado como “cura”. As exigências de leitura da bíblia, as orações, o caráter confessional se contrapõem às livres formas de manifestações sociais, culturais e éticas. São formas de intervenção contrárias ao exercício da autonomia e da liberdade construídas na Reforma Psiquiátrica.

No atual governo, o Ministro da Saúde (Luís Henrique Mandetta) tece críticas aos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), o que reafirma uma visão retrógrada sobre a atenção aos dependentes químicos, na medida em estigmatizou os dependentes químicos, exaltou a participação da Igreja em contraposição ao CAPS e retomou elementos do modelo manicomial²⁷.

Em entrevista ao Jornal Globo²⁸, em 2018, novamente, o Ministro Luiz Henrique Mandetta critica os resultados obtidos pelos Centros de Atenção

²⁷ Reportagem realizada em 26 de novembro de 2018. Em entrevista ao Jornal Globo com Ministro da Saúde Mandetta. <https://oglobo.globo.com/sociedade/futuro-ministro-da-saude-quer-mudar-politica-para-tratamento-de-dependentes-23261186> - Acesso em 05 de fevereiro de 2020.

²⁸ Reportagem realizada em 26 de novembro de 2018.

Psicossociais – CAPS, indica a necessidade de ouvir especialistas para formular uma nova política para o setor, destaca que o trabalho feito por igrejas na recuperação de dependentes deve ser levado em consideração, mas enfatizou que, como o Estado é laico, é difícil implementar uma política pública que privilegie repasses a essas instituições.

O titular do Ministério da Saúde, à época, demonstra desconhecer a demanda atendida pelos CAPS, pois suas competências não se restringem ao atendimento de dependentes químicos, mas faz parte de uma rede que oferece tratamentos e cuidados para usuários que sofrem dos mais diversos transtornos psicológicos, como a depressão e ansiedade. Desta forma, a fala de Mandetta, Ministro de Saúde à época, apresenta uma postura totalmente higienista, conservadora e ultrarreacionária, denunciando não só o evidente desconhecimento acerca dos CAPS, mas sua postura fora do contexto atual de tratamento ao resgatar elementos do modelo manicomial.

A nota técnica 11/2019, divulgada pelo Ministério da Saúde, em 06 de fevereiro de 2019²⁹, reorientou as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Entre as alterações, constam a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia – eletrochoques – para o Sistema Único de Saúde (SUS), internação de crianças em hospitais psiquiátricos e abstinência para o tratamento de pessoas dependentes de álcool e outras drogas. Com 32 páginas, o documento sobre as mudanças na Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas retira o protagonismo da política de redução de danos, adotada há 30 anos no país, após esforços do movimento de sanitaristas e de luta antimanicomial.

Em nota³⁰ técnica o médico psiquiatra Roberto Tykanori, liderança da Luta Antimanicomial no Brasil, relata que é mais um ato de desrespeito à democracia:

A lei 10.216 [que estabelece a Política Nacional de Saúde Mental] e a Reforma Psiquiátrica foram lançados após 12 anos de debate no Congresso e na sociedade, e efetivados em milhares de serviços pelo Brasil. Não há governo que tenha legitimidade para mudar o rumo unilateralmente. A nota técnica é mais um ato de desrespeito à

²⁹ NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS – <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> - Acesso em 05 de fevereiro de 2020.

³⁰ Reportagem realizada no Brasil de Fato, em 08 de fevereiro do 2019. <https://www.brasildefato.com.br/2019/02/08/governo-bolsonaro-incentiva-eletrochoques-e-propoe-a-volta-dos-manicomios/>

democracia na sequência do desmonte das instituições civilizatórias que assolam o país. É um libelo à barbárie. A situação é caótica e o futuro imprevisível (TYKANORI, 2019, p.1).

Cabe destacar, entre as iniciativas de alterações radicais na atenção à saúde mental, o Decreto 9.761/2019³¹, assinado pelo Presidente Bolsonaro e contendo novas orientações para a Política Nacional de Drogas. O referido decreto apresenta um enfoque com estratégias de enfrentamento à dependência química, que são um retrocesso em relação a atual legislação, apresentando um viés que visa trabalhar na estratégia da abstinência dos usuários de substâncias psicoativas, dando um enfoque e maiores investimentos em comunidades terapêuticas. A concepção dessa nova Política representa um colapso em relação aos avanços conquistados na área de saúde mental, principalmente nas políticas públicas, direcionadas à forma de tratamento, ações de prevenção e redução de danos.

O foco da proposta presidencial é centralizado no quesito da abstinência, em um escuso caráter punitivo, sendo esse motivador de um único objetivo a ser alcançado, desconsiderando que, quando se trata de cuidar de vidas humanas, é necessário perceber as singularidades e as particularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas. Contudo, a nova Política sancionada pelo Presidente representa o aprofundamento de uma postura conservadora e repressiva em relação às drogas, na sociedade brasileira. Além disso, incentiva mecanismos de preconceitos e estigmas sociais, impondo o retorno à lógica manicomial.

Em relação, a Lei 13.840/2019³², sobre a inclusão das comunidades terapêuticas, ela determina, em seu artigo art. 26-A, no inciso I, a oferta de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas, que visam à abstinência (BRASIL, 2019, p. 8)

Em nota técnica³³, o Conselho Federal do Serviço Social (CFESS), aponta como o governo tem reduzido o financiamento para os serviços públicos, redirecionando-o para instituições privadas e de cunho profissional. E, em sua

³¹ Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019 – Aprova a Política Nacional sobre Drogas. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm

³² Lei 13.840/2019, de 5 de junho de 2019 - dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm

³³ <http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-tecnicaLei13840-2019-.pdf>

maioria, privilegia as comunidades terapêuticas, entidades religiosas, que tratam o uso e abuso de álcool e outras drogas como um problema moral.

Segundo Temporão (2019)³⁴, é a velha política tentando voltar e impor sua visão atrasada, medicalizadora, hospitalocêntrica, agora travestida de neutralidade, em colocar o hospital psiquiátrico como centro da política de saúde mental.

Quadro 1 –Instrumentos normativos sobre substâncias psicoativas no Brasil (BR)

Conferência Internacional do Ópio 1911	Assinada em Haia em 23 de janeiro de 1912, durante a Primeira Conferência Internacional do Ópio, foi o primeiro tratado internacional de controle de drogas. (BRASIL, 1911)
Decreto Lei nº 891/1938	Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. (BRASIL, 1938)
Convenção 1961	Tem como objetivo combater o abuso de drogas por meio de ações internacionais coordenadas. (BRASIL, 1961)
Convenção 1971	Esta convenção estabelece um sistema de controle internacional para substâncias psicotrópicas e é uma reação à expansão e diversificação do espectro do abuso de drogas. (BRASIL, 1971)
Lei nº 5.726/1971	Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. (BRASIL, 1971)
Lei nº 6.368/1976	Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. (BRASIL, 1976)

³⁴ Reportagem realizada Carta Maior com ex-Ministro José Gomes Temporão, do governo Lula (2007-2011), médico sanitário, no dia 10 de fevereiro de 2019. <https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Saude/-e-inevitavel-a-volta-dos-manicomios-lamenta-ex-ministro-Temporao/43/43211>

Lei nº. 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica)	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (BRASIL, 2001)
GM nº 816/2002	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. (BRASIL, 2002)
Portaria 2.197/2004	Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. (BRASIL, 2004)
Portaria 1.059/2005	Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências. (BRASIL, 2005)
Portaria 384/2005	Define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. (BRASIL, 2005)
Lei nº. 11.343/2006 (Lei de drogas)	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 para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. (BRASIL, 2006)
Portaria 3.088/2011	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 (SUS). (BRASIL, 2011)
Portaria 3.588/2017	Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

	(BRASIL, 2017)
Nota técnica 11/2019	Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. (BRASIL, 2019)
Decreto 9.761/2019	Aprova a Política Nacional sobre Drogas. (BRASIL, 2019)
Lei 13.840/2019	Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas e dá outras providências. (BRASIL, 2019)

Fonte: NEVES, 2021

3.2 Intervenções públicas uruguaias sobre a questão do álcool e drogas

Em relação ao Uruguai, a Política de Álcool e outras Drogas, inicia-se no século XX, através de medidas de combate ao uso de drogas, intervindo na vida social, através de práticas repressivas. Cabe destacar que este país acordou todas as Convenções Internacionais, que previam medidas de repressão às drogas, como: Conferência Internacional do Ópio 1911; Convenções de 1961, de 1971 e de 1988 (GARAT, 2013).

Durante a ditadura militar uruguaia, sob o governo de Gabriel Terra, com a anuência da classe médica, radicalizou-se o discurso de higienização, defendendo o controle dos corpos e dos costumes sociais para a melhoria da raça humana (GARAT, 2013). Esta posição foi construtora de um discurso que associava o uso de drogas à degradação moral e física dos usuários.

Segundo Porrini (1994), este período denota um governo autoritário, com uma economia do país em crise, com um conjunto de restrições, o aumento do desemprego, a informalização da economia e com a diminuição das condições de vida da população. Assim, foram aprovadas algumas leis, que tinham o objetivo de regular comportamentos considerados perigosos para a ordem social (CERCHIARO; BELTRÁN, 2019). Um exemplo – a Lei nº 9.581 – psicopatas -

se organiza “*la asistencia*”, promulgada em 1936, esta lei regulamentou a intervenção psiquiatria na gestão da loucura no espaço assistencial, bem como sua interferência no social. Conforme o Artigo 10, os serviços onde os usuários eram tratados:

Los establecimientos psiquiátricos oficiales, donde se internen psicópatas, deberán ser mixtos, con un servicio abierto y un servicio cerrado. A) Se entiende por servicio abierto el dedicado a la asistencia de enfermos neuróticos o psíquicos que ingresen voluntariamente con arreglo al artículo 14, inciso A) de la presente ley y de los enfermos psíquicos ingresados por indicación médica, previas las formalidades que señala el artículo 15 y que no presenten manifestaciones antisociales o signos de peligrosidad. B) Se entiende por servicio cerrado el dedicado a la asistencia de los enfermos ingresados contra su voluntad por indicación médica, o de orden policial o judicial, en estado de peligrosidad o con manifestaciones antisociales (URUGUAI, 1936, p.1)

No Artigo 21:

Todo enfermo mental indigente o de escasos medios de fortuna o que carezca de protección familiar, y cuya psicosis exija por su peligrosidad un rápido ingreso en un establecimiento psiquiátrico, será admitido sin dilación alguna en los Departamentos de observación, y será considerado como un caso de urgencia. (URUGUAI, 1936, p. 3)

Assim, a lei garante a intervenção da medicina e da psiquiatria, em práticas disciplinares, exercido no hospital e no manicômio, nas intervenções destinadas a controlar comportamentos considerados "desviantes" ou "anormais".

Em 1948, a Lei nº 11.139 foi aprovada, criando a Comissão Honorária de Conselho do Psicopata. Apesar do nome, sua sanção produz uma virada conceitual histórica para a época, quando explicitamente relacionada ao direito humano. Segundo o Artigo 1º:

Créase el "Patronato del Psicópata", cuyas finalidades serán las siguientes: A) Proteger al enfermo mental en todas las etapas de su asistencia -hospitalaria y externa- y durante su convalecencia; velar por su bienestar al reintegrarse a la sociedad, procurándole habitación y alimentación, sin no las tiene, y trabajo adecuado; prestarle la ayuda necesaria para resolver sus problemas económicos, profesionales y afectivos. B) Velar por la situación de los familiares del enfermo mental y asesorarlos en la realización de gestiones, tales como obtención de licencias, trámites jubilatorios, juicios de incapacidad, etc. (URUGUAI, 1948, p.1).

Em 29 de novembro de 1968, a Lei nº 1.371 – *Diagnostico de Retardo Mental* – se declara obrigatória a denuncia ante el Ministerio de Salud Pública (MSP). Estabelece no artigo 5º, que o abono de família dos beneficiários com o referido diagnóstico registrado é dobrado, estendendo-o a outras formas de incapacidade - inclusive a deficiência mental - se impedirem sua incorporação em todos os tipos de trabalho remunerado.

Em 1971, o Centro Nacional de Reabilitação Psíquica (CNRP) foi criado pelo Decreto do Poder Executivo nº 1.179/71, como uma Unidade da Comissão Honorária.

a) Todo lo concerniente a los mecanismos y a los medios destinados a conseguir la aceptación integral del paciente psíquico por su medio social. b) La acción del Centro servirá a los pacientes cualquiera sea su edad. c) Será cometido de este Centro, lograr la unificación, sistematización y planificación con carácter nacional de todo lo que se refiere al tema de la Rehabilitación Psíquica (URUGUAI, 1971, pg.1).

Durante a ditadura militar uruguaia, na década de 1970, o governo permanece com a mesma política, ou seja, conforme o Decreto 14.294³⁵ se diferenciou das legalizações do resto do continente, pois especificava os usuários como "viciados em drogas" ou "doente". A polícia era autorizada a deter qualquer usuário e relatar ao magistrado, assim não havia distinção entre consumidor e traficante. Neste caso, o setor público devia avaliar o "[...] estado mental do enfermo e a adaptação social e econômica" para definir seu destino às instituições estatais - cárcere ou manicômio (GARAT, 2013).

Em 1986, se encerra o período cívico militar e o país recuperou o direito democrático. Após intenso trabalho de discussão entre os atores envolvidos, o Ministério da Saúde Pública aprova o Plano Nacional de Saúde Mental (MSP, 1986). É quando, de fato, começam a processar as mudanças na saúde mental, no Uruguai. Com a democratização do país, em 1987, foi criada a Comissão sobre Drogas, com a intencionalidade de conhecer e debater sobre o problema das drogas, juntamente com a pressão da sociedade civil e a Comissão Nacional

³⁵ Decreto Ley 14.294/1974 Ley de estupeficientes. Listas I y II de la Convencion Unica de Nueva York. Lista I sobre sustancias sicotropicas viena. Medidas contra el comercio ilicito de drogas.

de Luta contra Toxicodependência. Contribuiu para este debate, o relato do presidente da sociedade de psiquiatria³⁶, que admitiu as práticas desumanas, as quais eram submetidos os usuários de substâncias psicoativas. A partir destas denúncias, o tema da droga passa a fazer parte da agenda pública.

Destaca o *Plan Nacional de Salud Mental de 1986*, com o seguinte objetivo:

Atención a los problemas de Salud Mental de la población desde una perspectiva integral en la cual se contemplen acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a individuos, grupos y medio ambiente, enfatizandose las acciones de promoción y prevención (URUGUAI, 1986, p.3).

Assim, o *Programa Nacional de Salud Mental (PNSM)*, traz um novo modelo de cuidado em saúde mental em três direções principais:

La primera apunta al primer nivel de atención, en y con la comunidad, como estrategias principales; la segunda consistio en la creación y el desarrollo de Unidades de Salud Mental en los hospitales generales; la tercera incluyo los nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen psicosis y otros transtornos mentales invalidantes y la voluntad de superar el modelo asilar (URUGUAI, 1986, p.6).

Com relação ao PNSM (1986), o Subprograma de Assistência a Pessoas, Álcool ou Dependentes de Drogas, tem como objetivo organizar uma equipe multidisciplinar ou interdisciplinar e a abordagem deve ser realizada através de um programa preventivo, assistencial, que unifique o modo dinâmico e coerente do atendimento aos usuários, respondendo às múltiplas causas que envolvem a dimensão humana.

O Plano de Implementação de Prestação em Saúde Mental no Sistema Integrado de Saúde de 2011, prevê a integralidade no cuidado em saúde mental, no Uruguai, através da integração no *Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)*. Assim, para o seu desenvolvimento, o PNSM é incorporado ao SNIS, no qual o país tem que cumprir o acordo com as mudanças no modelo assistencial e gerencial. Segue os princípios norteadores da universalidade, da acessibilidade, da equidade, da qualidade de atenção, da promoção, e da

³⁶ Presidente da sociedade de psiquiatria - Enrique Probst (GARAT, 2013).

prevenção integral, através do trabalho em equipe interdisciplinar (URUGUAI, 2011), com a cobertura total de cuidados de saúde mental neste país.

Desta forma, estes novos modelos trazem o desenvolvimento da consciência universal dos direitos humanos, o qual luta para que toda a pessoa possuidora de alguma doença mental possa ser atendida em todas suas necessidades, rompendo com o modelo asilar. Conforme (CASTILLO, VILAR, DOGMANAS, 2011, p. 86) “[...] *la recuperación implica la construcción de un proyecto de vida, definido por la propia persona y en la toma de conciencia de su condición ciudadana*”.

O Plano de Implementação de Prestação em Saúde Mental no Sistema Nacional Integrado de Saúde (2011), prevê a organização (URUGUAI, 1986, p.2), “do cuidado através dos grupos dentro SNIS com a ação de profissionais qualificados de diferentes áreas para dar suporte ao usuário de álcool e drogas no Uruguai”.

O governo uruguaio, em 2013, aprovou a Lei 19.172/2013, considerada um marco na história que permite a produção e a venda de cannabis, no país. A Lei é resultado do compromisso do governo com uma política integral de drogas, com a perspectiva dos direitos humanos e saúde pública.

Segundo o Artigo 1º:

Decláranse de interés público las acciones tendientes a proteger, promover y mejorar la salud pública de la población mediante una política orientada a minimizar los riesgos y a reducir los daños del uso del cannabis, que promueva la debida información, educación y prevención, sobre las consecuencias y efectos perjudiciales vinculados a dicho consumo así como el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los usuarios problemáticos de drogas (URUGUAY, 2013, pg. 1).

O projeto estabelece que o Estado assumo o controle, a regulação, a importação, a exportação, a plantação, o cultivo, a colheita, a produção e a aquisição de todas as partes da comercialização e da distribuição da cannabis e de todos seus derivados. De acordo com o artigo 4º, estabelece que a legalização tenha por objetivo:

La presente ley tiene por objeto proteger a los habitantes del país de los riesgos que implica el vínculo con el comercio ilegal y el narcotráfico buscando, mediante la intervención del Estado, atacar las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales y económicas del uso problemático de sustancias psicoactivas, así como reducir la incidencia del narcotráfico y el crimen organizado. (URUGUAY, 2012, p.1).

Conforme Gerner (2015, pg. 1), "Está sendo testado e comprovado que a abordagem que toma como eixo a saúde pública e os direitos é mais eficaz e humana do que a proibicionista e punitiva". Este conjunto de medidas para regulamentação do mercado da cannabis é coerente a uma política de integração de várias políticas sociais, pois havia diversas violações dos direitos humanos, em nome da guerra às drogas, como por exemplo, a criminalização para consumo pessoal gerava a prisão, tendo como consequência, a superlotação do sistema carcerário e a violação do direito à saúde.

Destaca o mesmo autor que, a estratégia da regulamentação do mercado é um sistema de controle mais eficaz que respeita os direitos humanos e protege a saúde pública, além de possibilitar uma aproximação do Estado com as populações vulneráveis e usuários de drogas (GERNER, 2015).

A proposta implementada no Uruguai substitui o predomínio do sistema policial, judicial e penal com as principais medidas de intervenção estatal em relação aos usuários de *cannabis*, garantindo um debate amplo com diversos setores das políticas sociais na garantia da proteção social deste sujeito.

Em 2017 – aprova a Lei 19.529 – *Normas del Salud Mental*. A Lei garante o direito e a proteção dos usuários em sofrimento psíquico, através de uma rede de apoio que visa o atendimento primário, a territorialidade e a interdisciplinaridade.

Artigo 17 . (Escopo do atendimento) .- O processo de atendimento deve ser realizado, preferencialmente, no nível da comunidade, em coordenação desde a área até os níveis mais complexos, quando necessário. Esse cuidado será realizado no âmbito de uma abordagem interdisciplinar e intersetorial e será orientado à promoção, reforço e restituição de laços sociais. Artigo 18. (Redes territoriais) .- Será incentivado o estabelecimento de redes de atenção territorial, que por sua vez articularão seu trabalho em cada área com outros recursos existentes que possam contribuir para a promoção e prevenção da saúde mental. Artigo 19. (Equipes interdisciplinares). - Os cuidados de saúde mental serão responsáveis pelas equipes interdisciplinares, em todos os níveis de atenção, compostas por profissionais, técnicos e outros profissionais de saúde com competência no assunto. Quando

isso não for possível, porque os recursos humanos são insuficientes para cumprir esta disposição, as disposições do regulamento desta lei serão aplicáveis. (URUGUAI, 2017, p. 6).

Além disso, a Lei 19.529 reafirma um dos aspectos mais delicados e importantes do movimento de saúde mental que é a proteção dos direitos humanos. A história da loucura é uma história de abuso, maus-tratos e exclusão, por esse motivo, entender a saúde mental como um direito e garantir o respeito dos direitos humanos dos usuários representa uma das mudanças históricas mais importantes.

Quadro 2 – Instrumentos normativos sobre substâncias no Uruguai (UY).

Conferência Internacional do Ópio 1911	Assinada em Haia em 23 de janeiro de 1912, durante a Primeira Conferência Internacional do Ópio, foi o primeiro tratado internacional de controle de drogas.
Ley Nº 9.581 – 8 de agosto de 1936.	<i>Psicopatas – - Se Organiza La Asistencia.- El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General.</i> (URUGUAY, 1936)
Ley Nº 11.139 - 16 de noviembre de 1948.	<i>Patronato Del Psicopata – Se crea, dandose un cuerpo de normas para el bien de los enfermos mentales.</i> (URUGUAY, 1948)
Convenção 1961	Tem como objetivo combater o abuso de drogas por meio de ações internacionais coordenadas.
Ley Nº 13.711 – 06 de outubro de 1969	<i>Diagnostico de retardo mental – Se declara obligatoria la denuncia ante el ministerio de salud publica.</i> (URUGUAY, 1969)
Convenção 1971	Esta convenção estabelece um sistema de controle internacional para substâncias psicotrópicas, e é uma reação à expansão e diversificação do espectro do abuso de drogas.

<i>Decreto do Poder Ejecutivo nº 117/971</i>	<i>Créase el Centro de Rehabilitación Psíquica como una dependencia del Patronato del Psicópata. (URUGUAY, 1971)</i>
<i>Decreto 14.294 UY – 31 de outubro de 1974</i>	<i>Se regula su comercialización y uso y se establecen medidas contra el comercio ilícito de las drogas. (URUGUAY, 1974)</i>
<i>Plan Nacional de Salud Mental 1986 UY</i>	<i>Objetivos Generales: Atención a los problemas de Salud Mental de la población desde una perspectiva integral en la cual se contemplen acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidos a individuos, grupos y medio ambiente, enfatizándose las acciones de promoción y prevención; Creación de una red de servicios regionalizada, articulada e integrada, con el sistema de atención de salud general que atiende los problemas de salud mental de la población; Dicha red de servicios debe proveer cobertura a toda la población de manera igualitaria, oportuna, eficiente, continua e integral; Creación de canales definidos de participación de las Instituciones y fuerzas sociales organizadas. (URUGUAY, 1986)</i>
<i>Plan de implementación para la prestación de servicios de salud mental en el Sistema Integrado de Salud 2011 UY</i>	<i>Objetivo General: Realizar intervenciones psicosociales y el abordaje psicoterapéutico de la población usuaria con necesidades en el área de salud mental correspondiente a todos los efectores integrales del país, a través de la implementación de nuevas prestaciones, a partir de setiembre de 2011. (URUGUAY, 2011)</i>
<i>Lei 19.172/2013 UY</i>	<i>Ley nº 19.172 - Marihuana y sus derivados: Control y regulación del estado de la importación, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización y distribución. (URUGUAY, 2013)</i>
<i>Ley 19.529 – 09 de agosto de 2017.</i>	<i>Salud Mental – Normas (URUGUAY, 2017)</i>

3.3 Temporalidades, convergências e divergências

A implantação da política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, no Brasil e no Uruguai, perpassa temporalidades distintas no que diz respeito a sua institucionalização, considerando suas trajetórias de implantação, de organização e de desenvolvimento nos respectivos países.

O Brasil institucionalizou a sua Política de Saúde Mental, desdobrando para a política de álcool e outras drogas nos anos de 2001/2002. Com uma nova perspectiva de trabalho, com a ampliação e melhoria da rede de atenção. Também, com o aparato governamental e a criação de Portarias, Decretos, Normas Operacionais e outros documentos que vão dando legitimidade, forma, organização e direção às ações e serviços de saúde mental (DOMINGUES, 2018).

Neste contexto, cria-se uma estrutura ampla para atender as diversas complexidades de atendimento, ou seja, atenção básica, especialidade, urgência/emergência e hospitalar – criando uma rede para os usuários de sofrimento psíquico. Assim, o CAPS fica responsável pelo atendimento e a organização da rede de apoio às necessidades dos usuários, juntamente com seu território.

Sobre a política de álcool e outras drogas no Brasil – o programa de redução de danos e a Lei nº. 11.343/2006 - traz uma nova abordagem no cuidado ao usuário de substâncias psicoativas, garantindo a aproximação dos serviços de saúde com os sujeitos e a diminuição dos danos. Entretanto, vivemos um retrocesso na política de saúde mental, neste atual governo, que prevê diminuição de recursos nos serviços substitutos e aumento de vagas em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas.

Em relação ao Uruguai, ressalta-se a Lei nº 19.172/2013 e a Lei nº 19.529/2017, que permite a produção e a venda de cannabis no país. Além disso, a organização e normas da política de saúde mental no Uruguai, garante a proteção dos direitos sociais e humanos dos usuários em sofrimento psíquico.

Os países pesquisados apresentam momentos históricos diferentes: o Brasil – apresenta uma estrutura de organização nas esferas municipais, estaduais e distrito federal que garante o atendimento em todo o território nacional; o Uruguai – apresenta uma nova proposta de cuidado em saúde mental, porém não aparecem quais são os serviços substituídos no país, dificultando o entendimento e a implantação da Lei.

Preservadas as peculiaridades de cada país, existem processos que as tornam convergentes e de certa forma unificadas com relação aos propósitos da reforma psiquiátrica nos dois países, como: liberdade, direitos sociais e humanos, atendimento no território e entre outros.

A política de saúde mental, nos dois países, é fruto da crítica aos mecanismos de violação e de tortura aos direitos humanos, através dos manicômios/hospitais psiquiátricos, que justificavam suas práticas com o argumento da necessária limpeza social, livrando a sociedade de sujeitos considerados como parte de uma categoria social de desprezíveis e desajustados, cujos comportamentos eram indesejáveis (LANCETTI, 1990). Desta forma, os manicômios/hospitais psiquiátricos eram espaços disciplinares/castigar corpos e comportamentos.

Após o processo de redemocratização dos dois países – ocorre mobilização dos profissionais, dos usuários, dos familiares e da comunidade, denunciando esses espaços de violação dos direitos humanos e pressionando os governos para uma nova forma de cuidado em saúde mental.

Enfim, as duas políticas de saúde mental são frutos de diversas mobilizações e luta por uma nova forma de cuidado, visando a garantia dos direitos sociais, econômicos, políticos e culturais desses usuários.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E ÉTICOS

4.1 Aspectos gerais

Face à natureza das informações necessárias para alcançar os objetivos, optou-se pela abordagem qualitativa em saúde referenciada por Minayo (2013). No texto, a autora aponta que o debate qualitativo, na área da saúde, tanto no campo teórico quanto no campo metodológico, é operacionalizado pela apreensão da totalidade dos fenômenos socioeconômicos, políticos e ideológicos que a envolvem e a determinam. Segundo a autora, o campo da saúde constitui uma realidade complexa, demandando saberes distintos e integrados, colocando, de forma imediata, o problema da intervenção.

A saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados (MINAYO, 2013, p.15).

A abordagem qualitativa revela que, a questão da saúde, envolve e é envolvida pelo conjunto das relações sociais na produção e reprodução da vida social, tornando-se, seguramente, a abordagem apropriada para análise e interpretação dos processos sociais transversos à Política de Álcool e droga no Brasil e Uruguai, especificamente entre Chuí/*Chuy*. A escolha de tal abordagem permitiu à pesquisadora trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes presentes no espaço fronteiriço, articulados à dinâmica societária mais ampla, relacionando-os aos processos e fenômenos relativos à saúde na fronteira, num movimento dialético, por preocupar-se com um nível da realidade que não pode ser quantificada.

Ao optar por esta abordagem no desenvolvimento da tese, entra-se em um espaço de controvérsias, no qual há questões não resolvidas que requisitam um debate perene, permanente e não conclusivo. Reafirma-se que as potencialidades do enfoque qualitativo, no âmbito das pesquisas em saúde, têm contribuído frente à intensa desigualdade social nesse setor, para amplas reflexões sobre os esforços coletivos, voltados ao aprofundamento da apreensão

e compreensão das complexidades inerentes aos cenários em que se apresentam (MARTINEZ E BOSI, 2004, p. 64).

Na proposição deste estudo, considerando seus objetivos, optou-se pela pesquisa explicativa. A pesquisa explicativa tem como objetivo aprofundar o conhecimento sobre a realidade, procurando explicar seus fatores determinantes. Conforme Gil (2019), as pesquisas explicativas têm como propósito identificar fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência de fenômenos.

A área geográfica estudada abrange, como mencionado anteriormente, um território transfronteiriço que compreende a franja Brasil e Uruguai, nas cidades de Chuí e *Chuy*. Essa particularidade geopolítica interferiu na escolha das técnicas utilizadas para a coleta dos dados, a pesquisa documental, no sentido de resgatar as informações relacionadas à dimensão organizacional e, a entrevista semiestruturada, com o universo dos profissionais atuantes no setor de saúde mental. Participaram sete profissionais que atuam no CAPS II Casa Nova Vida, uma profissional que atua no Centro de Saúde Chuí, duas profissionais que atuam no CREAS no Chuí e a coordenadora de saúde mental do Departamento de Rocha.

4.2 A coleta e análise de dados: escolhas e dinâmicas

A coleta de dados ocorreu de maneira bem distinta nas cidades gêmeas, devido ao período de pandemia e as fronteiras fechadas. Inicialmente foi realizado o contato por e-mail, *whatsapp* e telefone, com os profissionais dos municípios de Santa Vitória do Palmar, do Chuí e do *Chuy*. As entrevistas foram realizadas: com a coordenadora de saúde do Departamento do *Rocha/UY*, pelo *Google Meet*; com a equipe do CREAS, no município do Chuí, presencialmente no local de trabalho delas; com a profissional do posto do Chuí, pelo *Google Meet*, pois a mesma está atendendo somente online neste período de pandemia; e com as profissionais do CAPS, forma realizadas seis entrevistas presenciais e uma pelo *Google Meet* (com servidora afastada neste período de pandemia)³⁷.

³⁷ O roteiro da entrevista (Apêndice III) com os profissionais que atuam no CAPS II Casa Nova, (Apêndice IV) com os profissionais do Centro de Saúde do Chuí/Brasil, (Apêndice V) com a

Relacionando as estruturas das políticas públicas com os tipos de informações necessárias a serem obtidas pode-se estabelecer uma síntese para maior compreensão do processo de coleta.

Quadro 3 – A relação entre as dimensões pesquisadas, as técnicas e as fontes de informação

Dados a serem obtidos	Técnica utilizada	Fonte de informações
Regulação legal (leis e decretos)	Pesquisa documental	Bancos de dados, ministérios, municípios.
Limites da rede instalada	Entrevistas	Gestores, profissionais de saúde.
Concepções sobre saúde mental/atenção/preconceitos/estigmas	Entrevistas	Gestores, profissionais de saúde.
Modelos de atenção psicossocial	Pesquisa documental	Bases de dados

Fonte: Neves, 2021

Como afirmado anteriormente, as técnicas escolhidas para a coleta de dados no trabalho de campo foram a pesquisa documental e a entrevista semiestruturada.

A análise documental consistiu em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e, neste caso, preconizar a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação, para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos, valorizando a riqueza de informações extraídas e por ampliar o entendimento sobre o objeto em investigação (SÁ-SILVA, ALMEIDA, GUINDANI, 2009). Assim, documentos são vestígios do passado que servem de testemunho e permitem acrescentar a abrangência do tempo na compreensão social (MOREIRA, 2009).

Em um segundo momento, os dados foram coletados através da entrevista semiestruturada, individual e gravada, realizada com os profissionais que atuam no campo da saúde mental, dos municípios pesquisados. Conforme Minayo (2013), a entrevista é considerada como uma conversa entre pesquisador e entrevistados, com propósitos bem definidos, objetivando coletar

coordenadora de saúde mental do Departamento de Rocha do Uruguai e (Apêndice VI) com os profissionais que atuam no Centro Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

informações sobre determinado tema. A autora entende a entrevista semiestruturada como um roteiro que orienta uma conversa, servindo como um guia que visa captar o ponto de vista dos participantes, previstos no objeto do estudo, por isso, não deve ser muito extensa.

Para Ludke e André (1995), a entrevista semiestruturada oferece, ao pesquisador, certa flexibilidade durante a coleta de informações sobre os sujeitos da pesquisa. Esse método visa uma conversa, na qual os sujeitos contam suas experiências de forma narrativa, sem sofrerem a influência das percepções do entrevistador.

Assim, a pesquisa documental e as entrevistas semiestruturadas contribuíram para identificar os entraves e as possibilidades de implementar uma rede protetiva integral aos usuários de álcool e drogas na zona de fronteira Chuí/*Chuy*.

Para compreender e contribuir com a fidedignidade da coleta optou-se pela triangulação dos dados, para assegurar a compreensão do fenômeno em questão, ou seja, a política de álcool e outras drogas no município do Chuí/*Chuy*. Essa triangulação consistiu em selecionar documentos de várias fontes sobre o mesmo tema, no sentido de verificar a sua compatibilidade e afinidade com a realidade.

No campo da saúde, a triangulação dos dados pode contribuir com o aperfeiçoamento das pesquisas, ampliando e aprofundando a compreensão de fenômenos complexos, com rigor e ética, possibilitando complementar, com riqueza de interpretações, a temática pesquisada, ao mesmo tempo em que possibilita o aumento da consistência das conclusões.

As entrevistas foram analisadas e os dados sistematizados e confrontados com a revisão teórica, objetivando verificar a rede de cuidado em saúde mental para usuários de álcool e outras drogas, na zona de fronteira entre Chuí/*Chuy*, com os estudos de (NOGUEIRA, 2005, 2006, 2007; GIOVANELLA et al, 2006; SILVA, 2007; FRANCHINI, 2016).

Para a análise dos dados, foi utilizada a proposta da CEPAL (2017) subsidiada por Di Giovanni (2009, p. 18). Manteve-se a nomenclatura utilizada por de Di Giovanni, com pequenas alterações. Este autor enfatiza que a observação histórica das políticas públicas possibilita a identificação de

elementos invariantes em todas elas, embora cada uma delas tenha ocorrido de maneira singular e única. A observação mostra que “teoria”, práticas e resultados, são elementos primários presentes em todas as políticas públicas. Entretanto, mais importante do que identificar os elementos invariantes é estabelecer entre eles uma relação que seja realmente indissolúvel e orgânica, de modo a constituir totalidades estruturadas, que ele chama de “estruturas elementares” (DI GIOVANNI, 2009). Incluiu-se o subsídio da CEPAL, incorporando as dimensões indicadas para análise das políticas sociais à estrutura apontada por Di Giovanni (2009).

Sinaliza-se que as políticas públicas configuram um todo estruturado que permite identificar variáveis constantes conformando uma estrutura de análise, sobretudo, com relação à implementação de políticas públicas. Em sua concepção, aponta quatro aspectos estruturais, não descartando a possibilidade de outros. A estrutura formal assemelha-se ao que é denominado de dimensão legal e é constituída por elementos teóricos, legislação, normativas, e modelos de atenção. A estrutura substantiva compreende a ação dos atores, profissionais, articulação de interesses e regras formais e informais, correspondendo à dimensão técnico-operativa da CEPAL (2017). A estrutura material é composta pelos elementos: instituições organizacionais, financiamento, suportes, custos; a estrutura simbólica é composta pelos elementos: valores, saberes e linguagem (DI GIOVANNI, 2009).

A estrutura de análise proposta pela CEPAL (2017) e Di Giovanni (2009) permitiu responder aos objetivos deste estudo, de maneira a analisar a Política de Álcool e outras drogas nas cidades gêmeas *Chuí/Chuy*, a partir da estrutura formal com o estudo dos conteúdos legais, históricos e políticos, que conformam as referidas políticas, especialmente, no seu momento de implantação; na estrutura substantiva, a pesquisa identificou os atores e os interesses que perpassam na política de álcool e outras drogas na linha de fronteira; na sua estrutura material foram revelados como os sistemas de saúde vêm sendo estruturados e financiados; e, por fim, o discurso dos entrevistados permitirá revelar a estrutura simbólica de valores, saberes e linguagem dos profissionais que atuam na área de saúde mental, em relação a implementação da política de álcool e outras drogas em *Chuí/Chuy*.

4.3 Cuidados Éticos

Neste estudo foi respeitada a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata das diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos. Assim, o estudo foi Submetido para a Plataforma Brasil para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, aprovado em agosto de 2020 – com o número de parecer 4.236.846.

Aos informantes do estudo, foi solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias (Apêndice II), sendo uma via para posse dos informantes e a outra com o pesquisador.

Foi esclarecido aos entrevistados, desta pesquisa, que o estudo é realizado por meio de entrevista semiestruturada e tem somente finalidade científica, permitindo maior conhecimento sobre a temática abordada.

Em relação aos riscos relacionados à pesquisa, os entrevistados poderiam sentir-se desconfortáveis, frente aos questionamentos, o que não ocorreu por ocasião das entrevistas. Para isto, foi informado aos profissionais da rede de saúde mental que, se não se sentissem à vontade, para manter a entrevista, seu desejo seria respeitado.

Como benefícios aos participantes, a pesquisa apresenta a reflexão sobre as suas experiências profissionais e a descrição destas para fins de construção teórica, a fim de subsidiar o conhecimento e possível transformação das *práxis* existentes.

Com o objetivo de manter o anonimato dos participantes foram utilizadas as iniciais PUBS (profissional Unidade Básica de Saúde do Chuí), PCREAS (profissionais CREAS do Chuí), PCAPS (profissionais CAPS) e PROCHA (profissional Departamento de Saúde de Rocha), sendo atribuída a ordem sequencial das entrevistas (UB1, UB2 ...). O material gravado e transcrito ficará em um banco de dados, com a pesquisadora, por um período de cinco anos e depois será incinerado.

5. FRONTEIRAS E DESAFIOS NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL

5.1 Concepções e vivências fronteiriças/transfronteiriças

O atual conceito de fronteiras torna mais flexível as ideias de contenção e de separação, criando sinergias possíveis e interfaces em países e regiões vizinhas. Nesse contexto, surge a concepção transfronteirização que, para Carneiro (2016, p.10), “a palavra pode ser classificada como um conjunto de estratégias de atores públicos (estatais e não estatais) e privados que visam o desenvolvimento de ações de integração supranacional. Para Rolim (2004) uma territorialidade transfronteiriça é constituída pelas áreas contíguas a uma linha de fronteira entre dois ou mais Estados, sendo diferentes regiões de fronteira, que são as áreas vizinhas à linha de fronteira”.

Para as autoras Silva e Morais (2011), os “cidadãos fronteiriços” acabam direta e indiretamente se beneficiando das peculiaridades que este ambiente transfronteiriço pode proporcionar, nos variados aspectos da vida, como: possibilidade de trabalho, acesso a políticas públicas de saúde, assistência social e educação, bens e consumo, entre outros.

Outro aspecto importante, que precisa ser considerado quando se trata de fronteira, é o olhar de quem vive neste espaço. Rodrigues (2015, p. 142) argumenta que “os fronteiriços olham a fronteira como a sua morada, onde acontece o seu cotidiano, seu ritmo, suas relações de afetividade”, elaboram suas próprias concepções da vida social e ressignificam, constantemente, o que se entende por fronteira por meio da sociabilidade neste ambiente.

De acordo com Raffestin (2005), para pensar sobre a fronteira, é preciso abarcar fatores sociais, culturais, políticos e econômicos. Por isso, o entendimento de ambiente na fronteira implica ver um espaço social, rico em permeabilidades. É um dos elementos de interação biossocial – um ambiente – e assume um papel mediador e regulatório das relações estabelecidas entre sociedade e natureza.

Nesta ótica, as fronteiras são espaços privilegiados para a integração entre os países, bem como, para o desenvolvimento de ações de cooperação e intercâmbio comercial e cultural. A prática cotidiana e a interação das populações na fronteira, por vezes, superam e antecipam legislações e acordos

internacionais, pois, as fronteiras, são regiões de convívio cotidiano de diferentes sistemas políticos, monetários, de segurança e proteção social (GIOVANELLA et. al., 2007a).

Em relação a fronteira entre cidades-gêmeas, estas demonstram elementos similares, porém com comportamentos diferenciados, a depender das características de cada cidade e do segmento de fronteira envolvido. Segundo Branco (2009, p. 29), um desses elementos “são os serviços de consumo coletivo como saúde, educação, saneamento, entre outros”.

A interação entre a população das cidades de fronteira *Chuí/Chuy*, estimulada pela proximidade geográfica desses municípios, facilita o trânsito de pessoas e o acesso aos diversos serviços. É partindo dessa efetiva realidade, que a inserção do fronteiriço na política de saúde, se torna um desafio e surge a necessidade discutir/debater os mecanismos de inserção do fronteiriço nas ações e serviços de saúde.

5.2 Cidades Gêmeas: particularidades e a função social no campo da saúde

Estar na fronteira implica em um intenso elo entre as diversas manifestações de uma vida em sociedade, gerando uma identidade própria que estreita os vínculos de uma comunidade, compartilhando espaços, experiências, necessidades e deficiências. Essa identidade auxilia no envolvimento de atores públicos e privados de ambos os lados, motivando a participação local, na proposta de integração e ações de cooperação internacional.

Deste modo, além das iniciativas nacionais, as entidades subnacionais fronteiriças procuram criar e implementar sua própria agenda de relacionamento, articulação política e integração. Através dessas ações, esses atores vêm assumindo a responsabilidade de promover o desenvolvimento (envolvendo o mercado, o interesse estatal e a sociedade civil), amenizar as assimetrias de infraestrutura e promover o combate à pobreza, sem mencionar o efetivo poder de articulação definindo sua agenda de política pública local, essencial para qualquer proposta de integração regional, como o Mercosul.

Neste caso particular, as chamadas cidades-gêmeas possuem papel central: são aquelas que estão geograficamente localizadas na linha que delimita

a divisão territorial. Elas estão dentro da zona fronteira, mas têm um grau de interação muito maior com o outro país, por conta da proximidade. A definição legal de cidade-gêmea é dada pela portaria nº 125, de 21 de março de 2014 do Ministério da Integração (BRASIL, 2014):

Art. 1º Serão considerados cidades-gêmeas os municípios cortados pela linha de fronteira, seja essa seca ou fluvial, articulada ou não por obra de infraestrutura, que apresentem grande potencial de integração econômica e cultural, podendo ou não apresentar uma conurbação ou semi-conurbação com uma localidade do país vizinho, assim como manifestações "condensadas" dos problemas característicos da fronteira, que aí adquirem maior densidade, com efeitos diretos sobre o desenvolvimento regional e a cidadania.

Entende-se aqui como cidades gêmeas, um município brasileiro que tenha pelo menos mais um município contíguo a outro países e que apresentem algum tipo de relação ou de cooperação. Em muitas cidades-gêmeas, os problemas de ambos os lados da fronteira, costumeiramente, se condensam e passam a ser problemas comuns às duas populações, afetando diretamente, como expressado na portaria, o desenvolvimento do local e a cidadania. Um exemplo é a questão da saúde pública, observadas nos países de fronteira com o Brasil, muitas vezes, compartilham dos nossos problemas e de nossa infraestrutura territorial, na busca de melhores condições de serviços (GADELHA e COSTA, 2010).

Assim, a busca de atendimento por população de outros países é uma realidade nos serviços de saúde, em municípios de fronteiras, e exerce pressão crescente, à proporção que os sistemas municipais de saúde se organizem e criem parcerias que possam contribuir para o fortalecimento do cuidado nos dois países.

Nos estudos realizados por Nogueira et al (2007, 2013), os secretários municipais de saúde têm considerado o direito dos estrangeiros ao atendimento no SUS, mas apresentam algumas barreiras, como o acesso restrito ao atendimento em situação de urgência e emergência. A Constituição Federal de 1988 afirma a saúde como "Direito de todos e dever do Estado". E, a Lei nº 8080, ao regulamentar o texto constitucional, reitera que "Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições

indispensáveis para seu pleno exercício”. Desta forma, a legislação em saúde não se refere especificamente ao acesso de estrangeiros ao SUS, depreende-se do texto legal, em que o direito universal à saúde transcende os cidadãos brasileiros natos ou naturalizados, pois se refere a todos os seres humanos e o acesso universal ao SUS deve ser garantido às pessoas independentes de nacionalidade. Conforme o artigo 5º da Constituição Federal, “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade...”. Contudo, o Sistema Único de Saúde (SUS), amplia os direitos universais para todos os cidadãos que vivem neste território, sendo o produto mais bem elaborado desse democrático processo de enfrentamento dos excessos da centralização (TREVISAN E JUNQUEIRA, 2007, p. 896).

As produções sobre políticas de saúde em regiões fronteiriças indicam, de forma recorrente, a necessidade de iniciativas locais de cooperação entre gestores e, principalmente, a responsabilidade destas pessoas para implantar uma saúde de qualidade e com o compromisso do bem-estar de todos os cidadãos que necessitam.

A tarefa é mais complexa que é a garantia do direito à saúde para além das fronteiras insere-se em movimento supranacional. É necessário somar vozes com movimentos pela cidadania global, de universalização de direitos, em um mundo sem fronteiras não apenas para mercados e capitais, mas principalmente para as pessoas (GIOVANELLA et. al, 2007, p. 264).

Cabe destacar que, os municípios de fronteiras do Brasil têm grande dificuldade em prover os seus municípios de atenção integral à saúde. Existe a ausência de recursos humanos especializados, aliado à insuficiência de equipamentos para realização de procedimento de média e alta complexidade, assim como, a distância entre os municípios e os centros de referência. Também existe a dificuldade de planejamento de provisão dessas políticas, em função da população flutuante, que utiliza o sistema e, no caso brasileiro, não é contabilizada para os repasses financeiros do SUS.

Quanto aos governos municipais estes normalmente são mal-aparelhados e apresentam volume de arrecadação que não permite a

promoção de relevantes mudanças no cenário local. Ademais, em muitas fronteiras brasileiras, populações vizinhas flutuantes invadem os serviços e utilizam bens públicos disponibilizados, dada a inexistência ou falta de qualidade em seus próprios países, fato recorrente no setor saúde, em que a universalidade do SUS configura-se em muitos casos, como a única opção de atenção à saúde para os municípios de países vizinhos (GADELHA; COSTA, 2010, p. 218).

Observa-se a movimentação da população desta região em fluxo, ora num sentido, ora em outro, na busca de melhor oferta de ações e serviços de saúde. Conforme Gadelha e Costa (2010, p. 216):

Essa mobilidade tem gerado grandes dificuldades para os gestores de saúde dos municípios brasileiros, bem como para as autoridades dos países vizinhos, além de previsíveis problemas diplomáticos e de saúde pública. Há muito tem se procurado resolver esses problemas sem suficiente êxito, principalmente em função de obstáculos jurídicos e operacionais.

A pesquisa realizada por Ferreira, Mariani e Braticevic (2015), na fronteira entre Brasil e Bolívia, identificou uma continuidade nas visitas de estrangeiros, principalmente bolivianos, para atendimento no SUS. Esses transfronteiriços, por sua vez, enfrentam restrições legais e procedimentais nas situações de tratamentos mais complexos, transferidos, em sua grande maioria, para os centros de referências distantes a centenas de quilômetros da fronteira. Destacam que, no atendimento à saúde de estrangeiros é exigida a apresentação de documento de identidade, comprovante de residência e do Cartão SUS, mas muitos estrangeiros fazem uso de subterfúgios ilegais, ou seja, não regulamentados para obtê-los.

Houve a proposta do Sistema Integrado Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras), programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em 2005, voltado para a integração da saúde, com os dez países sul-americanos, que fazem fronteiras com o Brasil. Esta proposta propõe a melhoria da qualidade de vida da população, para, principalmente, subsidiar o processo de harmonização de saúde entre os países, para a integração, otimização e qualificação da atenção prestada nas fronteiras (BRASIL, 2005).

A proposta defendida pelo Sistema Integrado Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras), concebido para:

[...] promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira e contribuir para a organização e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos municípios fronteiriços. Como visão de futuro, o projeto pretende estimular o planejamento e a implantação de ações e acordos bilaterais ou multilaterais entre os países que compartilham fronteiras entre si, por intermédio um diagnóstico homogêneo da situação de saúde para além dos limites da fronteira geopolítica brasileira. Desta forma, o Projeto é uma importante estratégia para um futuro entre os países da América do Sul (BRASIL, 2005, pg. 5).

Também contribuir para o fortalecimento dos sistemas locais de saúde, verificar demandas e capacidade instalada, fluxo de assistência, integrar os recursos assistenciais físicos e financeiros eram os principais objetivos a serem alcançados pelo Sistema Integrado de Saúde na Fronteira (SIS Fronteiras), instituído através da Portaria 1.120 de 06 de julho de 2005, que teria três fases de execução e liberação de recursos, a saber:

□ Fase I: elaboração do diagnóstico local e plano operacional dos municípios. Essas ações foram realizadas através do repasse de 30% dos recursos, utilizados para contratação de uma instituição de ensino que elaborasse Diagnósticos de Saúde sobre os municípios elegíveis ao recebimento de recursos e aquisição de infraestrutura mínima, para sistematização e guarda de documentos (computador, impressora, mesa e armário). Caso haja saldo 70% remanescente desta fase, ele passa a integrar a Fase II, podendo ser utilizado em despesas de custeio;

□ Fase II: liberação de mais 35% dos recursos, para qualificar a gestão, serviços e ações direcionadas à rede de saúde. Nesta fase, está previsto o financiamento de ações que promovam a Qualificação da Gestão, de serviços e ações, e implementação da Rede de Saúde nesses Municípios;

□ Fase III: liberação do recurso final para implantação de serviços e ações de saúde, nos municípios.

Esta iniciativa visava à melhoria da qualidade de vida da população e subsidiar o processo de harmonização de saúde, entre os países, harmonia esta indispensável para a integração, otimização e qualificação da atenção em saúde prestada nas fronteiras. Desta forma, torna-se um grande desafio a consolidação

desta proposta, do SIS-Fronteiras, principalmente, o compromisso dos gestores na aplicabilidade deste sistema, na união dos países para a garantia do direito à saúde.

[...] as ações políticas destinadas à fronteira devem desenvolver-se num cenário de tolerância e de respeito ao diferente. Pode-se, assim, considerar que a perspectiva dos profissionais de saúde sobre o SIS-Fronteiras sirva para consolidar a necessidade de reconhecer o território fronteiriço como área de conflito em que o “outro” pode e deve ser transformado em interlocutor, não só através de políticas públicas, mas até mais pretensiosamente com reuniões conjuntas de conselhos de saúde, universidades, conselhos profissionais e realização de eventos binacionais cofinanciados em saúde, assumindo um importante passo para decidir as particularidades de uma comunidade fronteiriça que compartilha um destino comum. (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015, pg.1149)

Entretanto, um estudo realizado por Nogueira e Fagundes, sobre a implementação do Programa SIS Fronteiras, entre dezembro de 2009 e novembro de 2011, na franja fronteiriça dos países do Mercosul, indica que os objetivos do Programa SIS-Fronteira não foram atingidos e os recursos financeiros foram utilizados, unicamente, para ampliar a rede de serviços locais e manter atualizado o banco de dados. Os aspectos de integração, ou mesmo de cooperação transfronteiriça previstos, igualmente, não se concretizaram e nem mesmo foi identificada quaisquer iniciativas neste sentido.

Segundo Carla Bontempo (2013), os planos de aplicação destes municípios, obtidos junto a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul demonstram que 94% do recurso seria utilizado em ações em saúde (aquisição de equipamentos, material de consumo, construção e reforma de Unidades Básicas de Saúde), 5% na capacitação de recursos humanos e 1% na estruturação e treinamentos na área de vigilâncias em saúde.

Desta forma, o SIS Fronteiras confirma a distância entre o pretendido e o alcançado, em termos de operacionalização, e apresenta um dos grandes desafios - a consolidação dos acordos entre os países.

Contudo, há a necessidade de conhecer este território pesquisado, que são espaços de interação e de conflito, mas, ao mesmo tempo, são áreas de novas alianças e identidades econômicas, sociais e culturais. Destarte, o espaço

da diferença, torna-se porosas - abertas para aproximação - principalmente no campo das políticas públicas, ou seja, na saúde.

5.3 Fronteira dos municípios de Chuí/Brasil e *Chuy/Uruguay*

O município de Chuí é o município mais austral, meridional do Brasil, localizado no Estado do Rio Grande do Sul, ponto terminal da BR 471. Possui uma população de 5.917 mil habitantes, sendo 2.921 do sexo masculino e 2.996 do sexo feminino, conforme censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), de 2010. Anteriormente o Chuí era um Distrito³⁸ ligado ao município de Santa Vitória do Palmar, cidade a 23km de distância. O Chuí fora elevado à condição de município³⁹ em 28 de dezembro de 1995, desmembrando-se de Santa Vitória do Palmar. Segundo o censo do IBGE de 2010, a população residente no Chuí conforme a nacionalidade é de:

Figura 2: População residente no Chuí/BR

Brasileiros Natos	3.532 pessoas
Brasileiros Naturalizados	153 pessoas
Estrangeira	2.232 pessoas

Fonte: IBGE (2010).

O município irmão do Chuí, o *Chuy* - chamado popularmente de *Chuy* uruguaio - está localizado ao extremo sul do Uruguai, situado no Departamento/Estado de *Rocha*, à 340 km da capital Montevideu pela Rota 9, possuindo em torno de 9.675 mil habitantes, conforme o censo Instituto Nacional de Estadística (INE), de 2011.

O município *Chuy* é separado da cidade brasileira vizinha, o Chuí, apenas por um canteiro na Avenida Internacional, de apenas dois metros, que a corta de ponta a ponta, delimitando assim, a fronteira. Do lado brasileiro, da via de mão dupla, é o Chuí e possui como rua principal a Avenida Uruguaí, onde é

³⁸ Determinado distrito pelo Decreto Estadual nº 7.842 de 30 de junho de 1939.

³⁹ Determinada município pela Lei Estadual nº 10.666 de 28 de dezembro de 1995.

predominante os comércios da comunidade de árabes-palestinos. Cerca de 90% do comércio deste município é de propriedade de famílias árabes. Do outro lado da via, também de mão dupla, está o município uruguaio *Chuy*, que possui como rua principal a Avenida Brasil, no qual o comércio prevalecente é o de *free-shops*, zona franca do Uruguai, que surgiu na década de 1990.

Foto 1: Avenida Internacional



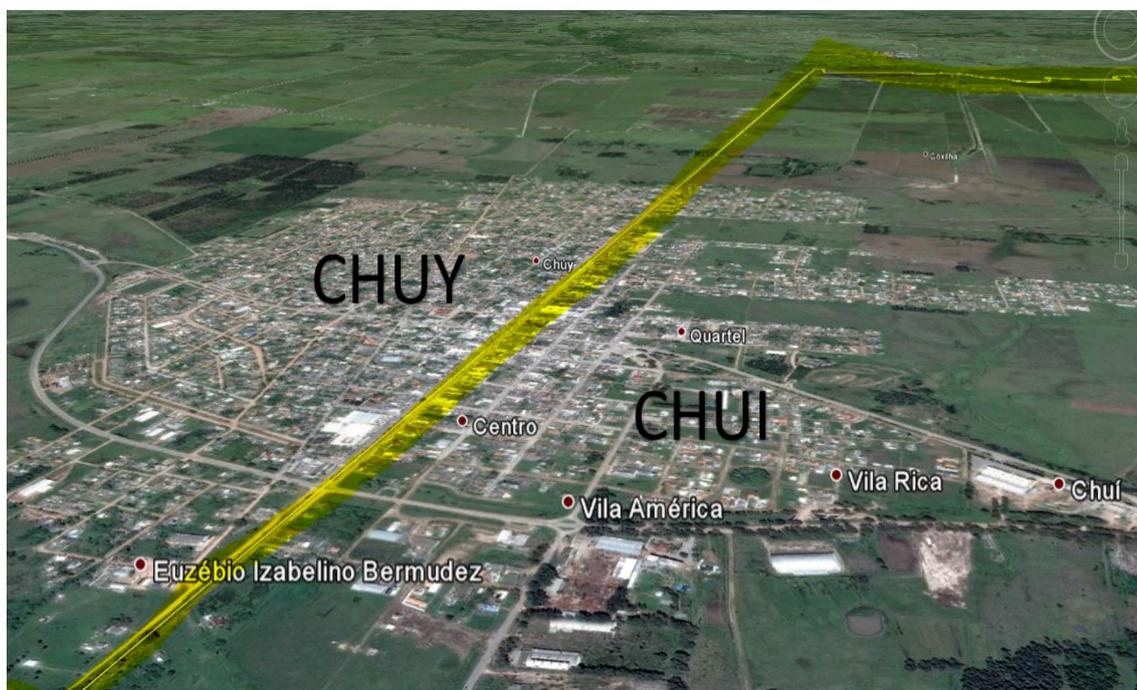
Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Conforme Jardim (2003), a situação de fronteira, de limite e pela proximidade que irmana o desenvolvimento econômico e cultural do Chuí brasileiro, sempre esteve ligado ao *Chuy* uruguaio. A atividade principal da população é o comércio e, este povo, é formado por uma mistura de etnias e nacionalidades que, juntos, promoveram o crescimento regional durante todo o século XX. Sendo assim, por isto, foram contemplados com a emancipação municipal em 1995, pois, durante a década de 1970, o comércio do lado brasileiro - da fronteira - passou a se desenvolver fortemente, com a chegada de imigrantes palestinos e libaneses, que permanecem até hoje como a base da economia do município. A população árabe palestina, conforme constatado, em

uma aproximação com o campo, em sua grande maioria, fixou residência no lado brasileiro da fronteira.

Entretanto, Chuí e *Chuy* formam uma única cidade, localizada entre as duas aduanas internacionais. Bento (2011) as denomina cidades-irmãs, porque são duas cidades, de dois Estados diferentes, que formam uma única cidade, divididas por uma linha imaginária que atravessa ruas e bairros, conurbando-se. Do alto, pode-se enxergar uma única cidade, pois é uma cidade binacional.

Figura 3: Mapa dos municípios de Chuí/Brasil e Chuy/Uruguay.



Fonte: Google Maps – acesso em 16 de setembro de 2019.

Nesse sentido, confere-se que as cidades de Chuí e Chuy são cidades irmãs, distintas pelo marco divisório imaginário, que atravessa ruas e bairros, utilizadas de forma cotidiana, por todos da região, principalmente, pelos moradores das cidades fronteiriças Chuí e Chuy. Em suma, são territórios distintos, administrativamente, mas coirmãs sociais, nas quais convivem brasileiros e uruguaios.

Em relação a saúde, o município do Chuí, conforme os dados obtidos junto ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), apresenta um centro de saúde com enfermeiros, técnicos em enfermagem,

nutricionistas, psicólogos, odontólogos, e mantém um convênio com uma cooperativa que disponibiliza médicos, devido à dificuldade de contratação desses profissionais. Ao todo, são 18 médicos (pediatria, ginecologia e clínica geral) e, a maioria, com 4 horas de carga horária semanal de trabalho.

Em termos de recursos de saúde mental, no Brasil, cabe destacar o CAPS II – Casa Nova Vida – que atende usuários com sofrimento psíquico dos municípios de Santa Vitória do Palmar, Chuí/Brasil e *Chuy*/Uruguai. Foi cadastrado pelo SUS para atender adultos com psicoses e neuroses graves. Por ser o único serviço de saúde mental da região, também é referência aos usuários com diagnóstico de dependência de álcool e outras drogas, crianças e adolescentes. O município conta com o Centro de Saúde do Chuí/Brasil, que oferece atendimento médico, odontológico, psicológico e enfermagem para a população do município, como é o único serviço de saúde, atende 24h com uma equipe de enfermagem, atuante em todos os turnos. Em termos assistenciais, há o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que oferece serviços especializados e continuados às famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos.

O *Chuy* possui um hospital que atende ASSE, e também prestadores privados, como a Cooperativa de Médicos de Rocha (COMERO). Ao hospital estão vinculadas diversas especialidades: ginecologia, pediatria, neurologia, ortopedia, entre outras.

No dia 11 de março de 2020, foi inaugurado um novo serviço de emergência no Hospital *Chuy*. Em uma reportagem para o correio eletrônico do *Assesalud*, a diretora deste centro auxiliar, a Dra. Zully Cavallo⁴⁰, expressou sua satisfação com a conquista, que é um grande passo para a população local e áreas vizinhas, que terão um excelente nível de infraestrutura, ampliando seu atendimento. Desta forma, se torna referência na região, pois permite a redução para outros centros, ou seja, para o Hospital de Rocha.

⁴⁰ Destaca-se que este centro oferece cobertura para cerca de 12 mil usuários, de San Luis a Punta del Diablo. Da mesma forma, o volume de consultas foi aumentado pela população da fronteira - <https://www.asse.com.uy/contenido/El-Hospital-de-Chuy-inauguro-Servicio-de-Emergencia-11397> - Reportagem em 11 de março de 2020.

Os municípios Chuí/*Chuy* apresentam duas políticas públicas de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas e, além disso, também demonstram a urgência de cooperação entres os países, na garantia de um sistema que contemple as necessidades humanas destes sujeitos.

6. A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL PARA OS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CHUÍ/CHUY: ENTRAVES E POSSIBILIDADES

6.1 As estruturas de análise da pesquisa

A perspectiva de análise, como informado na metodologia, considerou as estruturas legais através de leis, decretos e normativas nacionais, neste território de fronteira entre Chuí/*Chuy*.

Também foi analisada a estrutura material da política de saúde no Brasil e no Uruguai – os serviços ofertados nos municípios de Chuí/*Chuy* e as dificuldades de implantação da política na sua integralidade.

Na estrutura substantiva, a importância do tempo/espaço para a construção história do cuidado em saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, no território de fronteira, foi relevante para desvendar os caminhos trilhados dos profissionais para o atendimento nestes serviços.

Na estrutura simbólica estarão os valores, os saberes e as linguagem dos profissionais que atuam na área de saúde mental, em relação à implementação da política de álcool e outras drogas em Chuí/*Chuy*.

6.2 Estruturas legais na organização da saúde mental na zona de fronteira

Os países pesquisados possuem suas leis e organizações na política de Saúde Mental através da Lei 18.211/2017 no Uruguai e da Lei 10.216/2001 no Brasil.

O Uruguai apresenta um avanço nas Leis e Planos para estruturar a rede de saúde mental.

La política de drogas que está llegando aquí a Uruguay es la política de reducción de daños. Es una política revolucionaria en la que el sujeto, en base a su consumo, no es para detenerse en la abstinencia total, sino que busca reducir gradualmente su consumo, buscando así lograr el consumo cero en algunas personas según la historia del consumo que ella tiene. (PROCHA01)

No Brasil há um retrocesso na luta antimanicomial, principalmente, na política de álcool e outras drogas.

Quando a gente fala da abstinência, isso me reporta a 30 anos atrás, que a gente trabalhava com a abstinência, que o usuário tinha que ficar abstinência para poder se tratar, todo os avanços que se teve ao longo

desses anos, que poderia trabalhar com as pessoas que não conseguem ficar em abstinência e com a redução de danos, foi tudo por água abaixo. No meu pensamento estamos num retrocesso na política pública de álcool e drogas, mas o CAPS II Casa Nova Vida continua trabalhando com a redução de danos e claro com enfoque na assistência daqueles que conseguem ficar. (PCAPS07)

Em relação, às iniciativas de acordos, leis, decretos e de propostas que possam garantir o direito à saúde, para a população que vive nesta linha de fronteira – Chuí/Chuy.

Quadro 4 – Programas/Acordos/Leis entre Brasil e Uruguai

Programas/Acordos/Leis	Ano	Objetivo
Programa de desenvolvimento regional para faixa de fronteira: bases para uma política integrada de desenvolvimento regional para faixa de fronteira.	BRASIL, 2005	É definir uma agenda global de diretrizes, estratégias e instrumentos de ação destinados à reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. A agenda tem como linhas condutoras o desenvolvimento econômico regional e a promoção da cidadania dos povos da fronteira, num momento em si estratégico de fortalecimento da integração sul-americana, como assumido pelo Governo Federal no Plano Brasil de Todos. (BRASIL, 2005)
Comissão Permanente para o desenvolvimento regional para a faixa de fronteira	BRASIL, 2010	A Comissão Permanente para o Desenvolvimento e a Integração da Faixa de Fronteira (CDIF) tem como atribuição contribuir para o aperfeiçoamento da gestão das políticas públicas para o desenvolvimento da faixa de fronteira, estimulando a articulação com os governantes locais. (BRASIL, 2010)
SIS – Fronteira	BRASIL, 2014	Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras – SIS FRONTEIRAS com os objetivos de promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteiras e contribuir para a organização e fortalecimento dos sistemas locais de saúde. (BRASIL, 2014)

Programa de proteção integrado de Fronteira	BRASIL, 2016	Integrar e articular ações de segurança pública da União, de inteligência, de controle aduaneiro e das Forças Armadas com as ações dos Estados e Municípios situados na faixa de fronteira, incluídas suas águas interiores, e na costa marítima. (BRASIL, 2016)
Lei da Migração – Brasil	BRASIL, 2017	Lei dispõe sobre os direitos e os deveres do migrante e do visitante, regula a sua entrada e estada no País e estabelece princípios e diretrizes para as políticas públicas para o emigrante. (Brasil, 2017)
Lei da Migração – Uruguai	URUGUAY, 2008	<i>El Estado uruguayo reconoce como derecho inalienable de las personas migrantes y sus familiares sin perjuicio de su situación migratoria, el derecho a la migración, el derecho a la reunificación familiar, al debido proceso y acceso a la justicia, así como a la igualdad de derechos con los nacionales, sin distinción alguna por motivos de sexo, raza, color, idioma, religión o convicción, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, nacionalidad, edad, situación económica, patrimonio, estado civil, nacimiento o cualquier otra condición. (URUGUAY, 2008)</i>

Fonte: NEVES, 2021.

Os profissionais que atuam diretamente nas políticas sociais de saúde do Brasil e do Uruguai – desconhecem os acordos, leis e decretos, que auxiliam os municípios de fronteira:

Não, o único acordo que conheço é os médicos uruguaios que atendem no Brasil, é um acordo firmado entre os Ministérios de Saúde Brasil/Uruguai, o resto é tudo na amizade e no companheirismo (PCAPS07);

Acontecem muitos encontros e reuniões, mas na realidade na prática nada. A gente se anima, porque escuta projetos lindos todo mundo

assina e se compromete. São 20 anos de profissão e te digo algo realmente que tenha início, meio e fim – nunca houve (PUBS1);

O acordo é de boa vontade entre Brasil e Uruguai, sempre que eles precisam trazer os uruguaios para fazer o tratamento no CAPS. Então acredito que seja de boa vontade, por escrito nada (PCAPS03);

Não sei, essa parte burocrática desconheço (PCAPS05);

Não sei informar, nesta parte da política (PCAPS06).

Assim, demonstra a dificuldade de implantação e de melhoria destes serviços, pois os usuários ficam à mercê da “boa vontade” da equipe do país vizinho, “o território do vivido, onde o não nacional é o vizinho do lado, e uma situação mal resolvida...” (NOGUEIRA, 2016, p. 8).

Também, há um distanciamento dos profissionais e da política social que atuam – como parte “burocrática e/ou política” não está interligado com o atendimento que exerce. Desta maneira, deveriam garantir os não nacionais o acesso aos bens e serviços de saúde através da integração/harmonia/cooperação entre os sistemas locais de saúde situadas na faixa de fronteira” (NOGUEIRA, 2016, p. 5).

É evidente que as políticas públicas são planejadas e articuladas verticalmente, pois verificam que cada país possui práticas e leis distintas, com cuidado em Saúde Mental para usuários de álcool e outras drogas. Também, o desconhecimento sobre as leis, os decretos e as propostas apresenta um agravante para o atendimento integral.

6.3 Estruturas materiais no campo da saúde mental no Chuí/Chuy

A Constituição Federal de 1988 estabelece direitos individuais e coletivos, tais como: o direito universal à saúde e o dever do Estado de assegurá-lo - através do Sistema Único Saúde (SUS). O SUS tornou-se um marco histórico no direito à saúde, por exemplo: universal, gratuito e descentralizado, como pontos fundamentais para a implantação deste sistema, além da descentralização, com princípio de rede - relação de vínculos das relações sociais entre organizações (JUNQUEIRA, 2000).

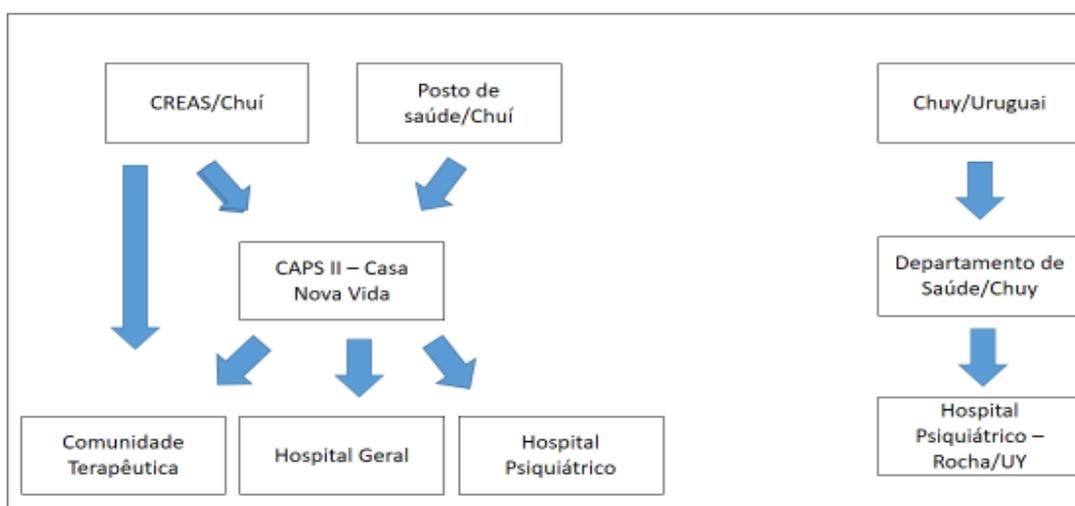
Assim, proporcionou, no contexto local, mecanismos de saúde pública através das características populacionais. Segundo Trevisan e Junqueira (2007),

a saúde ganhou uma dose de humildade, isto é, transformou o território de acordo com suas necessidades.

A República Oriental do Uruguai, em relação ao direito à saúde, estabelece, no artigo 44, a competência geral ao Estado. E, quando orienta a política de saúde, também estabelece que, o dever do cuidado à saúde, seja obrigação do Estado garantir a atenção gratuita a todos os habitantes do país, que carecem de recursos financeiros para a sua assistência. A proteção da saúde é um direito de todos os habitantes residentes neste país (artigo 1º) e organiza os princípios recorrentes ao Sistema Nacional Integração (SNIS), no Uruguai.

Desta forma, a necessidade de visualizar a rede de saúde pública, nos países pesquisados, é de extrema importância para compreender a mobilidade humana do universo estudado. A figura abaixo apresenta a rede pública de saúde nos dois países:

Figura 4 – Fluxograma demonstrativo da rede de cuidado em saúde mental dos municípios pesquisados



Fonte: Neves, 2021.

O SUS fundamenta-se em ações e serviços que integram uma rede regionalizada e hierarquizada. Constitui um sistema único, organizado, descentralizado, que presta atendimento integral, a partir da priorização de atividades preventivas.

Neste sentido, a Atenção Básica privilegia, conforme o Pacto pela Vida. A Política Nacional de Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (...). E orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (2006, p.12)

A Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo, constituindo-se como porta de entrada preferencial do SUS, sendo ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde.

Destaca-se que foram realizados diversos contatos para a Secretária de Saúde do Chuí, para participar do estudo, mas não se obteve êxito e, somente, uma profissional trabalha com a área da saúde mental neste serviço, sendo a responsável pelo atendimento e encaminhamento de saúde para os usuários de álcool e outras drogas, no Chuí.

O município Chuí/Brasil possui uma Unidade de Atenção Básica, que deveria fortalecer o cuidado em saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, segundo Cordeiro (2008), todo o problema de saúde é também - e sempre - mental e, toda saúde mental, é também produção de saúde.

Foi relatada a dificuldade em relação de trabalho no campo da saúde mental – principalmente para os usuários de álcool e drogas.

Não sei nada, nunca fui informada de nada, estamos no momento que se retrocedeu principalmente na área de saúde mental, porque a área de saúde mental não é vista com respeito que deveria receber. Já

trabalhei muito bem, já consegui fazer muita coisa legal, mas hoje neste momento de pandemia a preocupação é muito fisiológica e não mental. Hoje não estou atendendo no posto, estou fazendo atendimento online, no meu horário de trabalho. Neste momento estou muito preocupada com a saúde mental, pois há muito adoecimento neste momento, estou com agenda lotada. Falta de conexão com equipe e interdisciplinaridade, antes havia movimento de prevenção, campanha para informações sobre as drogas. Há uma falta de conexão, desconheço o trabalho da equipe do posto e se há alguma atividade neste campo. Se tem algum projeto, algum trabalho no município, sinceramente, eu não sei (PUBS01).

Não existe política de álcool e drogas no Chuí, não existe nada. Não tem nada na secretaria de saúde sobre álcool e drogas (PCREAS01)

Como o município não possui um serviço especializado no seu território, a Unidade Básica de Saúde deveria acompanhar e fazer o primeiro atendimento. Pois, a distância entre Santa Vitória do Palmar e Chuí/Brasil – 20 km – apresenta a necessidade e a exigência do atendimento, isto é, a escuta e o acolhimento para posteriormente o encaminhamento para o município de referência em saúde mental.

Os profissionais brasileiros, com uma única exceção, não consideram como uma barreira a distância entre os municípios de Santa Vitória do Palmar e Chuí/Chuy.

Não, porque o Chuí oferece carro para os usuários, do Posto para o CAPS. Não precisa pegar o ônibus – não há barreira. Se tiver que fazer busca ativa a equipe de saúde do Chuí faz e traz para cá. (PCAPS01)

Não, não vejo problema, porque tem até paciente intensivo, antes tinha a Maria, que trabalhava lá, mas tem muito o contato com rede do Chuí e tem a disponibilidade de trazer para a gente atender. (PCAPS04)

Destaca-se, a fala de duas profissionais que relatam algumas barreiras:

Acho que a maior dificuldade não é a distância e sim os municípios, porque lembro que tive num caso e falei em fazer uma visita domiciliar e falaram que era atribuição da assistência social do Chuí. Há uma divisão no atendimento, aqui é somente a área psiquiátrica, eles vêm para cá, mas qualquer coisa social é com Chuí. A dificuldade maior não é distância, mas sim na política dos dois municípios. (PCAPS02)

Sim, tem a dificuldade, já coloco o empecilho o deslocamento, ir até o CAPS. Não tenho dinheiro da passagem, amanhã não posso, não tenho quem me acompanhe. Aqui tem horário para “surtar”, no horário que carro sai para levar os usuários para grupo. (PCREAS02)

No decorrer da pesquisa os profissionais da rede saúde do Brasil, salientaram o CREAS como um importante integrante na rede de saúde mental, para os usuários de álcool e outras drogas neste território, organizando e atuando firmemente na rede de saúde mental no município de Chuí e *Chuy*.

Tudo que chega no posto de saúde, relacionado a álcool e drogas, eles encaminham para o CREAS. Entro em contato com o CAPS, acompanho até o CAPS e eles tomam conta. Também tenho um contato com uma comunidade terapêutica que ligo direto, sem passar pela coordenadoria de saúde, converso com o usuário se ele tiver interesse, encaminho. A comunidade é gratuita, mas não precisava passar por nada (PCREAS01)

A busca ativa, trazer eles para o atendimento, a falta de uma equipe de saúde mental no Chuí, o CAPS acaba não fazendo a busca ativa desse usuário no Chuí e eles acabam desassistido. O CREAS acaba fazendo, até o aonde podemos ir, vamos até o máximo, mas não é suficiente (PCREAS02)

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é uma unidade pública da Assistência Social, o qual atende pessoas que vivenciam situações de violações de direitos ou de violências. Uma pessoa será atendida no CREAS, entre outras situações, por sofrer algum tipo de assédio, de discriminação, de abuso, de violência ou por demandar cuidados em razão da idade ou deficiência (BRASIL, 2020).

O público alvo são famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, com violação de direitos, como: violência física, psicológica e negligência; violência sexual; afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida de proteção; situação de rua; abandono; trabalho infantil; discriminação por orientação sexual e/ou raça/etnia; descumprimento de condicionalidades do Programa Bolsa Família em decorrência de violação de direitos; cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto de Liberdade Assistida e de Prestação de Serviços à Comunidade por adolescentes, entre outras.

O CREAS, no município do Chuí, acaba atendendo e encaminhando os usuários para rede, muitas vezes ultrapassando os limites de suas atribuições, pois no momento que se encaminha para uma comunidade terapêutica, sem a avaliação do CAPS II Casa Nova Vida, extrapola o limite de suas competências

– sendo um retrocesso na luta antimanicomial e direcionada para essa nova política de álcool e outras drogas, no Brasil.

Desta maneira, há uma fragilidade flagrante na rede, pois a atenção básica do município do Chuí se exime do cuidado em saúde mental, principalmente, para os usuários de álcool e outras drogas. Isto demanda para o CREAS, que não possui a atribuição para acolher, buscar e encaminhar os usuários de substâncias psicoativas

Em relação, ao campo da saúde mental - a Lei Federal 10.216, que reorganiza os princípios da reforma psiquiátrica, em sua vertente assistencial - vem orientando-se a implantação dos serviços substitutivos, ou seja, os CAPS. Estas são consideradas estratégias, na organização da rede, integrando a rede do SUS e são regulamentados pela Portaria nº336/GM de 19/02/2002, que normatiza seu funcionamento conforme a modalidade:

CAPS I: estão previstos para municípios com a população entre 20.000 e 70.000 habitantes, que deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, e atendem pessoas com transtornos mentais severos e persistentes;

CAPS II: estão previstos para municípios com a população entre 70.000 e 200.000 habitantes, que deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro turno de funcionamento, até às 21 horas. Atende pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPS III: estão previstos para municípios com população acima de 200.000 habitantes, que deve funcionar durante 24 horas, diariamente. No noturno, com no máximo 05 leitos, para eventual repouso e/ou observação. A permanência de uma mesma pessoa no acolhimento noturno é limitada a 7 dias corridos ou 10 dias intercalados, em um período de 30 dias.

CAPS i: estão previstos para municípios com população acima de 200.000 habitantes, deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro turno que funcione até às 21 horas. Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPS ad: estão previstos para municípios com população acima de 200.000 habitantes. Deve funcionar das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro turno, que funcione até às 21 horas. Atende pessoas com problemas de dependência química, seja álcool ou outras drogas.

O CAPS oferece três tipos de cuidado: Cuidados intensivos - trata-se de atendimento diário - oferecidos para pessoas em situação de crise ou dificuldade intensa no convívio social e familiar, precisando atenção contínua; com cuidados semi-intensivos, a pessoa pode ser atendida até 12 dias no mês. É oferecido, mesmo quando o sofrimento e a desestruturação psíquica diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda precisa de atenção direta; Cuidados não-intensivos – oferecidos para pessoas que não precisam de suporte contínuo, podendo ser realizados três dias no mês.

Cabe enfatizar que, o município de Santa Vitória do Palmar não possui o número de habitantes para ter um CAPS II, mas, como é referência em Saúde Mental do Chuí/Brasil, tornou-se CAPS II Casa Nova Vida com o objetivo de atender os dois municípios.

Outra rede de extrema relevância é o processo de reestruturação da assistência hospitalar em psiquiatria. Nos últimos dez anos foram realizadas ações, de fomento à implantação e qualificação de leitos de atenção integral em Hospitais⁴¹. Os municípios pesquisados possuem 12 leitos no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Santa Vitória do Palmar, a referência é realizada pelo CAPS II Casa Nova Vida.

Atualmente os dozes leitos no hospital geral estão suspensos, pois disponibilizaram para a pandemia. Os usuários estão desassistidos neste momento, estamos atendendo somente as emergências, estão sem ter onde internar para desintoxicar, neste momento não estamos conseguindo trabalhar. O que estamos conseguindo algumas comunidades terapêuticas estão aceitando e/ou internação domiciliar para quem realmente quer e a família ajuda (PCAPS05)

⁴¹ Em 2009, o Ministério da Saúde publicou a portaria 2.629/09, que reajustou os procedimentos hospitalares para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais (BRASIL, 2009).

Estamos sem leito de saúde mental no hospital agora, a ala de saúde mental agora é a ala do covid. Segue o tratamento em casa, porque o CAPS somente está atendendo urgência e emergência, não está havendo grupo, somente o atendimento individual e se tiver um familiar para cuidar dele em casa fica melhor, porque tem pessoas que neste período não estão trabalhando e tem gente que não tem ninguém e fica exposto a substância neste momento (PCAPS04)

Neste momento de pandemia, com o aumento das desigualdades sociais, econômicas e psíquicas, o município fecha os leitos de saúde mental e os disponibiliza para atendimento de pacientes com a covid-19, [...]“o prefeito de Santa Vitória do Palmar, não apoia o CAPS e, sim, incentiva para o desmonte dos serviços substitutivos, conforme a nova lei de álcool e outras drogas no Brasil” (PCAPS07).

Neste contexto, aparecem, em todas as entrevistas, as comunidades terapêuticas – como o apoio e a acolhida para os usuários de álcool e outras drogas.

É o grupo (quinzenal), se tiver ruim se faz o atendimento individual, oferece a medicação, se tiver uma série de recaída e tiver ruim oferecemos a comunidade terapêutica (tem umas muito boas que a gente conhece e confia e outras não), tem que avaliar bem, porque podemos fazer uma coisa positiva ou não, se a comunidade é boa, porque as comunidades têm regras e o usuário tá numa fase avançada não tem e nem quer ficar na comunidade, não aguenta. (PCAPS04)

Algumas internações são em Rio Grande nas comunidades terapêuticas, vejo que é bem tranquilo que a comunicação flui (PCAPS06)

Penso que as comunidades esse monte de dinheiro que é destinado têm a ver com os evangélicos no governo, separo que tem algumas comunidade que são boas, são poucas que fazem um trabalho bom. A maioria é um depósito de pessoas focadas na oração, no trabalho e na disciplina na realidade os usuários não se encaixam neste tripé que eles pregam – da disciplina, da oração e do trabalho (PCAPS07)

O hospital psiquiátrico ainda é um serviço utilizado.

A maioria das internações no hospital psiquiátrico, ainda é por ordem judicial, pois o dependente químico não deseja tratamento e o familiar procura a justiça (PCAPS07)

Priorizamos a internação na Santa Casa de Santa Vitória do Palmar, não havendo vaga, encaminhamos para o Hospital Espírita via 3º Coordenadoria de Saúde, feito pedido do leito, o transporte todo um trâmites, mas é tranquilo, não vejo problema e nem dificuldade nisso.

Lá o atendimento não sei dizer, só o pessoal que retorna vem melhor elogiando o serviço. Retornar o tratamento no CAPS, nosso objetivo é fazer a manutenção (PCAPS06)

Assim, os hospitais psiquiátricos permanecem e são utilizados pelo sistema de referência do CAPS, mantendo um atendimento centrado na institucionalização e no saber biomédico.

O atual sistema de saúde do Uruguai é decorrente de uma profunda reforma com o objetivo de melhorar o acesso aos serviços, alcançar cobertura universal e garantir um sistema com base na equidade, de acordo com os padrões de qualidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde Pública. A base da reforma está baseada na concepção da saúde, como um direito humano fundamental, através do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS), constituído pela articulação entre prestadores públicos e privados, financiado por um seguro de saúde nacional (Lei nº 18.211/2007).

A Lei nº 19.529/2017 define o conceito de proteção da saúde mental e do modelo assistencial a que se aspira, como expressão de uma nova formulação de políticas públicas para os usuários em sofrimento mental.

Para a execução da Lei nº 19.529/2017, é construído o *Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) de 2020 – 2027*, para colocar em prática as políticas públicas voltadas à garantia do direito à saúde mental para toda a população uruguaia.

Tem como objetivo:

El Plan Nacional de Salud Mental tiene como propósito contribuir a mejorar la salud mental de las personas mediante la definición, e implementación de las estrategias más efectivas para promover la salud mental, prevenir, reducir la morbimortalidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales y brindar una atención de calidad, basada en los derechos humanos y centrada en un modelo comunitario e intersectorial de atención (URUGUAY, 2020, p. 25)

O Plano busca desenvolver, em todo o território nacional, a política de saúde mental, percebendo as diferenças que existem em cada departamento/cidade do país. Tenta o desenvolvimento cada vez maior no SNIS, em relação às diferentes áreas, planos e programas dos mesmos. Este plano deve estar baseado numa relação ativa com todos os atores institucionais,

sociais, acadêmicos e entre outros. O PNSM deverá ser participativo, inclusivo, intersetorial, interdisciplinar, incluindo todos os atores e conhecimento, sobre as peculiaridades de cada situação e local.

Em relação ao Uruguai, foi encaminhado o projeto para o Diretor do Departamento de Saúde de Rocha – Dr. Diego Pintado – encaminhou para a coordenadora de saúde mental do Departamento de Saúde de Rocha, relatou que não há equipe de saúde mental para álcool e outras drogas no município do Chuy.

Entretanto, a proposta não está sendo implantada "*lejo de ser implantado*" (PROCHA01), pois o Chuy/Uruguai pertence ao Departamento de Rocha, que possui um Hospital Psiquiátrico com 20 leitos (10 leitos para sexo feminino e 10 leitos para sexo masculino) para toda a região, a qual possui 29 cidades.

Desta maneira, os pacientes que residem neste Departamento, isto é, Chuy/Uruguai, são atendidos apenas por um psiquiatra, que atende duas vezes no mês, no Departamento de Saúde do Chuy/Uruguai.

A responsável pela rede de saúde mental do Departamento de Rocha relatou que havia uma equipe (uma assistente social e uma psicóloga), que atendia os usuários de saúde mental no Departamento de Saúde do Chuy, porém, a equipe não atua mais.

En el Centro de Salud del Chuy (ASSE), había una psicóloga y una trabajadora social que atendían a los consumidores de alcohol y otras drogas, pero no hay más. El único que funciona ahora es el Hospital Psiquiátrico de Rocha para usuarios de drogas (PROCHA01)

Conforme PNSM (2020 – 2027):

Actualmente en Uruguay coexisten tres modelos de atención en SM: asilar, hospitalocéntrico y comunitario. Este último cuenta con un escaso desarrollo fundamentalmente en el subsector privado de salud. Existen si múltiples experiencias con diferentes estructuras y modalidades sin articulación y complementación limitada. A nivel comunitario se pueden encontrar entonces equipos especializados, psicólogos de área, consulta de psiquiatría y psicología, comités de recepción para recibir psicoterapia y escasos servicios comunitarios de mediana o larga estadía alternativos a la internación, todos ellos como se mencionaba anteriormente con una insuficiente coordinación, superposición de recursos y baja eficiencia. La complementación público-privada, fundamentalmente para las regiones más alejadas de

la capital, donde el capital humano es escaso, aún es muy incipiente.
(URUGUAY, 2020, p. 20)

Deste modo, o *Plan Nacional de Salud Mental do Uruguai*, demonstra a dificuldade de serviços nos territórios, principalmente, nos locais longe da Capital, permanecendo com uma política centrada no saber médico e estritamente ligada ao Hospital Psiquiátrico.

Os profissionais que atuam no Brasil relatam as queixas referentes aos serviços de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas no Uruguai.

Não sei como é especificamente. O que relatam que mais focado na internação, por isso vem para cá. Porque na internação vão para Rocha ou Montevideu, não querem e vem para CAPS, procurar o atendimento em grupo (a cada 15 dias), do que ficar internados. (PCAPS01)

No Uruguai é o hospital psiquiátrico, não tem um serviço como CAPS, substitutivo da internação. (PCAPS07)

As queixas que o Uruguai as coisas são bem complicadas e que não são tratadas como pessoas humanas, relatam dos manicômios no Uruguai que o atendimento não é bom. Não gostam de ser tratados no Uruguai, a maioria prefere ser tratado no Brasil, que o atendimento aqui é melhor e mais rápido. (PCAPS03)

Sempre falam que lá é internação, mas não conheço a política de álcool e outras drogas do Uruguai. (PCAPS04)

Não sei muito, mas lá é mais a nível de internação psiquiátrica, o tratamento deles quando vão é para Rocha e é direto para internação psiquiátrica num hospital fechado, não tem serviço substitutivo, mas não sei muito. (PCAPS05)

No Uruguai os serviços de saúde mental são bem precários, mandam direto para os hospitais psiquiátricos. (PCREAS01)

Contudo, a rede possibilita alternativas mais eficientes para enfrentar as dificuldades de implementação das políticas públicas, conforme Trevisan e Junqueira (2007, p. 883), “a 'linguagem' no meio mais eficaz para gerar 'vínculos' interorganizacionais”. Assim:

A operação em rede não significa apenas incentivar a conexão, bem definida do ponto de vista federativo, entre a instância de poder federal, estadual e municipal; também, não implica apenas em definir os precisos limites das tarefas, sem invasões ou “conflitos de fronteiras” entre os poderes de Estado (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007, p. 901).

O modo pelo qual o acesso a um direito é exercido em rede, ou seja, pelo planejamento, pela oferta e pela realização deste acesso, transforma e recria novas formas de rede de relação, entre indivíduos, grupos e organizações, que constitui a comunidade, isto é, rede social.

As redes sociais têm como intuito articular pessoas e instituições que se comprometem a superar de maneira integrada os problemas sociais. Assim, a rede social é entendida como o campo presente, em determinados momentos, estruturada por vínculos entre indivíduos, grupos e organizações construídas ao longo do tempo (MARQUES, 1999).

A rede é um fato social, mas também, uma oportunidade de reflexão sobre o social e as práticas cotidianas, sendo um espaço de organização dos sujeitos, onde os usuários buscam os serviços em outro país. O CAPS II Casa Nova Vida, consegue abrir o atendimento para os usuários de outro país – com a compreensão que “o cuidado da saúde mental não tem nacionalidade” (PCAPS07):

Tem que ter o cartão do SUS, tem que ter a documentação brasileira mesmo. Algumas vezes atendemos e depois encaminhamos para realizar a documentação. A comunicação com Chuí Uruguai não existe, uma rede não existe. Eles vêm procurar e a gente atende quando dá para atender (PCAPS01)

Não tem barreira nenhuma, somos bem amigável, os usuários uruguaios que não tem Cartão SUS, não podemos fazer a cobrança do atendimento, ficam no CAPS tem o prontuário, mas não são informados para o Ministério da Saúde, não temos onde informar e esse ficam atendidos no CAPS, porque se eles não tem cartão SUS, não temos como informar na RAPS e ainda tem muitos brasileiros que não tem cartão SUS que ficamos pedindo e encaminhamos para fazer, são os mais vulneráveis (PCAPS07)

Muitas vezes, já tivemos vários uruguaios que através do Chuí Brasil vieram para o CAPS, a gente pede o RG, a gente aceita RG Uruguaio, não deixa de atender em função da documentação e conversa com o município do Chuí para depois fazer o cartão do SUS para seguirem sendo atendido no CAPS (PCAPS03)

A gente atende da mesma maneira os usuários uruguaios, mesmo não tendo o cartão SUS, me lembro de acolher os usuários uruguaios (PCAPS04)

Em relação ao atendimento na Unidade Básica de Saúde para os usuários uruguaios:

Agora está mais organizado. Para atender aqui deve ter o cartão SUS atualizado, para atualizar o cartão do SUS, você precisa o endereço brasileiro, aqui do Chuí/Brasil e o carimbo da secretaria, para ser atendido, então não é atendido. Aqui muito nômade, eles vivem conforme a conveniência tem a *doble chapa* (dupla nacionalidade) tem os dois endereços, mudando conforme a conveniência. Mas, o Uruguai encaminhar para mim, não. Eles que procuram (PUBS01)

O CREAS no município do Chuí:

Chega vários usuários uruguaios (sem nenhuma documentação brasileira), fazia o primeiro acolhimento. E encaminhei vários para a comunidade terapêutica no Brasil (PCREAS01)

No Departamento de Saúde do Uruguai, sobre o atendimento aos brasileiros, “*No tengo esa información, quién puede saberlo es el ASSE de Chuy*” (PCHUÍ01).

A rede ocorre da própria necessidade dos usuários, em buscar um atendimento mais humanizado, mesmo sem e/ou desconhecimento de acordos e leis, o CAPS e o CREAS estão acolhendo e encaminhando este sujeito em sofrimento psíquico. Também, são visíveis as barreiras de acesso no Posto de Saúde do Chuí/Brasil para os uruguaios – assim, o CAPS e CREAS são a única porta de atendimento para a saúde mental na região.

A rede é uma construção coletiva e que ela se define à medida que é realizada. Sua verdade está na sua concretização, na superação das determinações sociais mediante o estabelecimento de parcerias entre sujeitos individuais ou coletivos, mobilizados por objetivos construídos e apropriados coletivamente, para a construção de uma nova realidade social. (JUNQUEIRA, 1999, 64).

Nesta perspectiva, a rede social não é apenas a construção de uma realidade de vínculos, mas, também, a forma de verificar e entender a realidade social. Por isso, a rede, pode resultar num saber intersetorial e transetorial, que transcende as relações intersetoriais na construção de novos saberes e de novos paradigmas (JUNQUEIRA, 2000).

Contudo, a rede social construiu, neste território, um novo arranjo de cuidado em saúde mental, com o CREAS fazendo a rede e atuando no território e, o CAPS, acolhendo e tratando esses usuários de álcool e outras drogas.

Assim, há a necessidade de compreender o processo histórico de formação do cuidado em saúde mental – especialmente no cuidado de álcool e outras drogas, nas cidades gêmeas entre Chuí/*Chuy*.

6.4 Estrutura Substantiva dos serviços de saúde no território pesquisado

O cuidado em saúde mental no Chuí/*Chuy* inicia com a criação do serviço no município de Santa Vitória do Palmar. O cuidado especializado em Saúde Mental tem início em 06 de setembro de 1995, com a finalidade de atender egressos de hospitais psiquiátricos, que chegavam aos municípios de Santa Vitória do Palmar e Chuí e não tinham acolhimento, uma vez que retornavam logo aos hospitais, sem melhora no sofrimento psíquico (TERRA, LIMA, AMARAL, KANTORSKI, 2010).

O CAPS II Casa Nova Vida iniciou sua atividade com quatro profissionais – um enfermeira psiquiátrica (trabalhava na Clínica Pinel - POA), uma auxiliar em enfermagem (trabalhava no Hospital São Pedro –POA), uma auxiliar em enfermagem (foi interna do Hospital Espírita em Pelotas) e uma médica⁴² (sem experiência na área da psiquiatria). O atendimento começou em uma casa alugada, contou também com a ajuda dos usuários, da equipe, de amigos e de familiares – não possuía recursos financeiros próprios, somente sendo cadastrado no SUS em 2003.

A criação deste serviço em Saúde Mental, no município de Santa Vitória do Palmar, começou a partir da iniciativa de profissionais, que acreditavam em outra forma de cuidado. Este serviço foi criando formas de tratamento em Saúde

⁴² Atualmente somente a enfermeira psiquiátrica atua neste CAPS II Casa Nova Vida, o restante dos funcionários está aposentado.

Mental - cuidado no território⁴³ – permanência dos vínculos com a comunidade e a família, proporcionando neste território uma nova perspectiva de cuidado. Assim, o CAPS cria um ambiente distante da hegemonia médica e hospitalocêntrica, ao buscar um cuidado mais humanizado.

Ressalta-se que, a mudança de paradigma não depende apenas da equipe ou dos usuários, mas, da tomada de consciência de toda a comunidade, desmistificando o significado da loucura. O desafio deste serviço, em consolidar o cuidado em Saúde Mental neste território, todavia, não era apenas o apoio da comunidade, mas a garantia de todas as necessidades humanas básicas, presente neste sujeito em sofrimento psíquico.

Conforme Basaglia (1979, p. 17):

Hávamos já entendido que a pessoa doente tem como primeira necessidade não só a cura da doença, mas muitas outras coisas. Necessitava ter um relacionamento humano com quem a tratava. Precisava ter respostas reais para o seu ser. Precisava de dinheiro, de uma família e de tudo aquilo que nós como médico que os tratamos também precisamos. Essa foi a intervenção. O doente não é apenas um doente, mas um homem com todas as suas necessidades.

Assim, é preciso visualizar e compreender o sujeito em suas necessidades humanas básicas, que é considerada como algo fundamental, principal e primordial - a sustentação indispensável e fecunda, para o direito à vida (PEREIRA, 2007) - ou seja, o direito à habitação, a alimentação e a saúde.

O CAPS, no município de Santa Vitória do Palmar, realizou uma mudança de cuidado em saúde mental neste território, transformando as formas de cuidado, a comunidade e principalmente a qualidade de vida deste sujeito, “A esperança deve estar em nós como expressão das nossas contradições, porque o outro, o doente, é outro de nós” (BASAGLIA, 1979, p. 31).

⁴³ Em saúde mental, quando falamos em território, estamos falando em articular serviços com diferentes finalidades para ajudar na construção de territórios existenciais que possibilitem reinventar a vida em todos os aspectos do seu cotidiano, um cotidiano no qual a loucura foi privada de conviver. É desejável que as atividades funcionem como catalisadoras de novos territórios existenciais, nos quais os usuários possam reconquistar espaços perdidos e conquistar novos espaços no decorrer de sua vida (RAUTER, 2000).

Contudo, o cuidado em Saúde Mental expandiu o seu atendimento, tornando-se referência do município de Chuí/Brasil e *Chuy*/Uruguai – aos usuários de álcool e outras drogas, são oferecidos:

Os que são do Chuí/Brasil e Chuy/Uruguai, vem encaminhados da unidade básica de saúde do Chuí, faz o acolhimento, o plano terapêutico individual (coletado dados pessoais, endereços e identificações), a anamnese (histórico familiar e de uso substâncias psicoativas) e vamos avaliar se é atendimento individual, grupo e internação (PCAPS06)

Geralmente as pessoas vêm para o CAPS, vindo do UBS e do CREAS do Chuí. Pessoas que vêm de livre demanda não temos é sempre UBS e CREAS. Atendemos os uruguayos que procuram atendimento nestes dois serviços (PCAPS07)

O CAPS oferece grupo, atendimento individual, medicação que retiram aqui. Sempre que precisam o posto faz a abordagem e nos comunicam e já encaminham para o CAPS atender (PCAPS03)

Sempre tem a disponibilidade do Chuí trazer (*sic*) esses usuários e também disponibilizamos vale transporte para quem não tem condições de pagar. Participam dos grupos quinzenal para álcool e outras drogas, o CAPS sempre fica à disposição para atender esses usuários quando precisarem, podem virem a qualquer momento que serão atendidos (PCAPS04)

Desta maneira, este serviço se consolidou e transformou sua *práxis* no cuidado em Saúde Mental, modificando as barreiras globais e territoriais em serviços de promoção, saúde e bem-estar social.

O acordo entre os municípios de Santa Vitória do Palmar, Chuí e 3º Coordenadoria de Saúde, somente foi firmada em 2011 – passando para CAPS II Casa Nova Vida⁴⁴. O acordo prevê a cedência de uma técnica de enfermagem do Chuí, para o CAPS, e transporte para os usuários para o tratamento em Santa Vitória do Palmar.

⁴⁴ Art. 1º Fica instituído recurso financeiro fixo para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), credenciados pelo Ministério da Saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas, conforme descrição a seguir, por tipo de serviço: I - CAPS I - R\$ 28.305,00 (vinte e oito mil e trezentos e cinco reais) mensais; II - CAPS II - R\$ 33.086,25 (trinta e três mil, oitenta e seis reais e vinte e cinco centavos) mensais (BRASIL, 2011). Em 2011, há um aumento de recurso destina para o CAPS no município de Santa Vitória do Palmar, para atender o município vizinho.

A gente tem uma boa relação com o posto de saúde do Chuí. O acordo que Chuí entra com o transporte e sede uma funcionária para o CAPS, esse é o acordo! E nós atendemos os usuários do Chuí (PCAPS01);

O CAPS de Santa Vitória do Palmar é a referência do Chuí, é uma questão legal (PCAPS07);

Tem um convênio firmado com o Chuí, porque o número populacional não teria como ter outro CAPS. Tem um acordo, um convênio, mas nunca li e não sei as regras (PCREAS01).

Este serviço conseguiu expandir seu atendimento, possivelmente, por ser o único serviço de Saúde Mental no extremo sul do Brasil, numa distância de 220 km do município de Rio Grande e 239 km do município de Pelotas. Sobre o protocolo de atendimento – formal e/ou informal para o acolhimento deste usuário, fica evidente a dificuldade do trabalho no território:

A gente faz contato por telefone, mas temos livre acesso com o pessoal do Chuí, antes tinha a Maria e Manuela que trabalhavam no posto de saúde do Chuí, fica difícil ir no Chuí, mas eles tem livre arbítrio para virem quando precisarem, estamos disponível para atender (PCAPS04);

O CREAS e o posto de saúde do Chuí, faz a busca ativa, porque o CAPS não vai lá, até se fazia antes que a Maria e a Manuela a trabalhavam no Posto, agora ficou com a equipe do Chuí fazer isso (PCAPS05)

Dentre as profissionais que idealizaram este serviço, há somente uma fundadora atuando no CAPS II Casa Nova Vida. Desta forma, há discordância entre o atendimento no território, sendo uma barreira para um atendimento integral.

A questão do território, em saúde mental, aparece como uma das grandes dificuldades no atendimento aos usuários do CAPS II Casa Nova Vida. Para eles, o serviço inova no sentido de “estar aberto” à comunidade, mas tem dificuldades de “ir ao encontro” dela.

Apesar das transformações, que ressignificam o fenômeno da loucura e a própria concepção de saúde no território, os serviços substitutivos ainda enfrentam dificuldades para avançar quanto à inserção no espaço do território. Em alguns estudos já é possível problematizar que alguns desses serviços, que nasceram pela inovação, ainda estão concentrados numa lógica em que o modelo biomédico é hegemônico, submetendo a própria equipe a um regime de cuidado que enfraquece a dimensão complexa do fenômeno da loucura. Ao contrário de “incluir” para “libertar”, os serviços costumam “incluir” para “tratar”, como se fosse no interior do serviço que o cuidado devesse ser prestado, e não o contrário (PINHOS; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010, p. 29)

O CAPS deve aparecer como estratégia de organização da rede de cuidados, considerando que a realização de parcerias entre serviços de saúde e serviços com a comunidade é vital para operar os cuidados em saúde mental, já que nenhum serviço poderia resolver isoladamente todas as necessidades de cuidado, das pessoas de um determinado território, através do matriciamento.

Uma das principais estratégias desenvolvidas pelos CAPSs para articular a rede de cuidados é a realização do Apoio Matricial ou Matriciamento, compreendido como “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (CHIAVERINI, 2011, p.13).

No campo da saúde mental, a palavra matricial indica a possibilidade de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal e não vertical. Por sua vez, o termo apoio indica uma relação horizontal, sem autoridade, baseado em procedimentos dialógicos, que pode ser desenvolvido através da troca de conhecimentos, do fornecimento de orientações, de intervenções conjuntas e de intervenções complementares realizadas pelo apoiador, mas sempre com a equipe de referência e com a responsabilidade pelo caso, ainda que o apoio especializado se faça necessário em diferentes momentos.

Em relação ao matriciamento, os profissionais do CAPS II Casa Nova vida relatam:

“Não tem uma relação de matriciamento como avisar que o paciente tá vindo ou não” (PCAPS01);

“Matriciamento em Santa Vitória do Palmar, não evoluiu muito, ficou na metade do caminho, a evolução foi pouca. No Chuí não há” (PCAPS03);

“É muitos usuários que às vezes esquecemos de dar retorno, assistente social do CAPS tem o contato direto com a rede do município Chuí, não sei como funciona a relação. (PCAPS04);

“Com o Chuí, a equipe do CREAS faz o acompanhamento e nos repassa, não só os usuários de álcool e outras drogas e também os psicóticos. Há um trabalho muito bom com o CREAS” (PCAPS07).

Entretanto, foram entrevistadas duas técnicas do CREAS e uma técnica da UBS – e todas relataram que não existe o matriciamento e nem um retorno dos usuários.

“Geralmente procuro para saber como o usuário está, pois o CAPS não passa nenhum retorno” (PCREAS02);

“Toda a demanda de álcool e outras drogas do município do Chuí/Brasil é encaminhada para CREAS, quando chega no CAPS, não recebo retorno” (PCREAS01)

“Não recebo nenhum retorno” (PUBS1)

Contudo, os resultados de um estudo realizado pela Universidade Federal de Rio Grande, apontam a necessidade da equipe do CAPS II Casa Nova Vida realizar o matriciamento, e principalmente que possa dialogar com as equipes da Unidade Básica de Saúde e do CREAS do Chuí.

Enfim, os desafios da política de álcool e outras drogas, nas cidades pesquisadas, apresentam inúmeras barreiras legais, institucionais e práticas para a sua implementação e requer entender os entraves para criar nova práxis, isto é, possibilidade de atendimento, que vise a garantia dos direitos sociais dos usuários de álcool e outras drogas.

6.5 Estrutura simbólica no desafio da Política de Álcool e outras Drogas nestes municípios

Atualmente, a política de álcool e outras drogas é desafiada para a consolidação de políticas públicas, na área da saúde mental, pois temos no Brasil, através do Ministério da Saúde, ações e leis que propõem um novo modelo de atenção, decorrentes de décadas de debates, lutas e iniciativas legislativas. E, tal proposição, contrapõe-se ao modelo clássico da psiquiatria que, com ênfase hospitalocêntrica, promovia o isolamento da loucura e a desqualificação do sujeito com sofrimento psíquico. Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica prevê, entre outras propostas, a desinstitucionalização, com diminuição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e a oferta de serviços próximos ao território dos sujeitos, possibilitando a participação de novos agentes no processo de pensar a saúde.

Afirma Amarante (2006, p. 35):

A política nacional de saúde mental corre muitos riscos, entre os quais reduzir o processo de Reforma Psiquiátrica a uma mera mudança de modelo assistencial. Trata-se de um processo social complexo, no qual é necessária uma reflexão sobre o modelo científico da psiquiatria, que não consegue ver saúde nas pessoas, apenas doenças.

Dessa forma, a necessidade de consolidação deste novo modelo, precisa de uma mudança na racionalidade sobre os fenômenos de saúde, por parte das equipes técnicas, na constituição dos novos serviços substitutivos, pela consolidação de uma articulada rede de atenção à saúde, pelas iniciativas efetivas de promoção à saúde, entre outros aspectos. Há urgência de reavaliar constantemente a práxis, pois os CAPSs podem se tornar um equipamento de saúde, que engessa a mudança e, assim, permanecer e consolidar-se como um mero dispositivo burocrático.

Desta forma, o CAPS tem um importante papel no cenário da Reforma Psiquiátrica, oferecendo um serviço dentro de uma nova lógica de saúde, constituindo-se como instituição aberta e regionalizada, formada por equipes multidisciplinares, com uma nova perspectiva de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, tendo como meta, a reintegração social do usuário.

Na pergunta sobre a nova Política de álcool e outras drogas do Brasil e seus efeitos para os profissionais, usuários e familiares, somente uma profissional relata os avanços e os retrocesso da política de álcool e outras drogas no Brasil:

Para CAPS hoje essa política não mudou nosso trabalho, seguimos trabalhando muito com a redução de danos, que nossos usuários – vão, voltam, recaem – a minoria que fica em abstinência por muitos anos. Mas, infelizmente a nova política pública do momento, focada nesta questão da abstinência. Hoje tem um enfoque para internação, toda a questão médica é onde ganham mais dinheiro e tem menos incomodação, eles não enxergam a realidade desses usuários, os técnicos do Ministério da Saúde, não sabem da realidade da população mais vulnerável que precisa do CAPS. Vivemos esse momento no país, quando conseguiu medidas melhores para essa população e agora neste governo vai tudo água baixa. (PCAPS07)

Os demais profissionais não percebem nenhuma diferença da nova política de álcool e outras drogas no Brasil e suas consequências nos serviços substitutivos:

Tem gente que ainda que tem que tá excluído, as comunidades são mais flexíveis, parece que tem mais facilidade de fazer o tratamento e ficar em abstinência. (PCAPS01)

Não vejo nenhuma mudança com essa nova política, estamos com as mesmas formas de atendimento e as mesmas dificuldades, com os familiares e com os próprios usuários nos serviços. A gente sabe que ele recai, muitos abandonam o tratamento a gente tem a dificuldade de recolocar eles na retomada do tratamento medicamentoso. Eu não vi mudanças de tratamento, nem com tratamento com família e com os usuários. (PCAPS02)

Não teve efeito, já fizemos redução de danos, colocamos o paciente em comunidade terapêutica, tem mais auxílio, para nós não teve muito efeito, continuou a mesma coisa, não teve grandes mudanças. (PCAPS03)

Não mudou nada, o ideal seria que o usuários tivesse uma rotina para seguir o tratamento. Mas, é muito difícil, sempre fica exposto principalmente no ambiente que vive. Por isso, a opção são as comunidades terapêuticas e as internações. (PCAPS04)

Assim, salienta-se a importância de conhecer o projeto histórico de formação dessa política pública de saúde mental, que é fruto de diversas mobilizações de usuários, profissionais e familiares para uma nova forma de cuidado. Pois, quando os profissionais não percebem a diferença desta nova política proposta pelo governo federal, ocorre a desatenção sobre o desmanche do cuidado, do recurso e da rede tornado apenas um executor dos serviços.

Em relação à política de álcool e outras drogas no Uruguai, a entrevistada relata que:

El uso problemático de drogas, en tanto su naturaleza es multidimensional, será abordado en el marco de las políticas de salud mental desde una perspectiva integral que incluya la reducción de riesgos y daños, la atención psicosocial, la integración educativa y laboral, la gestión del tiempo libre y el placer y la atención de los vínculos con referentes socio afectivos en los ámbitos familiar y comunitario. (PROCHA01)

No Uruguai observamos um avanço significativo nas leis e planos, porém, há dificuldade de políticas serem realmente implantadas, principalmente, nos

municípios pequenos e longe da capital do país. Há a necessidade desses profissionais se apropriarem do seu universo de trabalho, isso requer: conhecer a política que atua; cobrar efetivamente a sua implantação; entender a realidade desses usuários; e, trabalhar eticamente. Pois, os profissionais devem ter o compromisso de trabalhar na promoção e inclusão desses sujeitos na sociedade, que são vistos, normalmente, com o estigma⁴⁵ relacionado ao preconceito, à marginalização e à eugenia.

Em relação aos desafios da Política de Álcool e outras Drogas nas cidades de Chuí/*Chuy*, os profissionais relatam:

Acho que precisava de um serviço específico para isso, porque a demanda é muito grande para o tamanho do município e da equipe. Quando atuei na Unidade de Saúde do Chuí, havia muita procura, mas não há atendimento e também não querem atender. (PCAPS01)

Trabalho desmembrado, deveria ter uma política binacional, envolvendo segurança, saúde, assistência social, saúde mental. Não adianta tratar e não haver um enfrentamento contra o tráfico, só vai conseguir se os dois países trabalharem junto com a mesma proposta, não sei como é no Uruguai. O grande desafio seria - conseguir unir todos esses conjuntos em uma única política pública entre os dois países. (PCAPS02)

Acho que o grande desafio é conscientizar o público, os políticos e a população que realmente que necessitam. É um trabalho de conscientizar porque na realidade em política pública é complicado. Trabalhar conscientização entre os dois países, temos um grande desafio! (PACPS03)

Na verdade não é um problema somente na cidade gêmeas, também é um problema nosso aqui em Santa Vitória do Palmar, prevenção, falta de política pública desde o início, o esses municípios são desregrados, mas lá tudo muito solto, fácil, muito... e ficam exposta mais cedo ao álcool e drogas e acho que não problema somente do Chuí é nosso problema também em Santa Vitória do Palmar. Falta política pública desde início da ocupação. (PCAPS04)

A dificuldade é a família, se tivesse. Aqui no CAPS a gente tem um grupo de familiares, mas os familiares dos dependentes químicos raramente vêm, é muito raro virem no grupo, muito pouco. A nossa maior dificuldade é essa, o paciente que vai fazer a internação é uma dificuldade de conseguir alguém que fique junto com o paciente até para dar o respaldo, porque eles desintoxicam vão para a casa com a mesma rotina e acabam recaindo. Eu entendo que a família cansa, mas neste sentido deveria ter, para acolher, o CAPS tenta fazer essa

⁴⁵ O estigma representa uma construção social que atua como uma marca que atribui a um indivíduo um status desvalorizado em relação ao outro (GOFFMAN, 1998)

aproximação o hospital tenta fazer na figura da assistente social entra em contato, mas eles são muitos abandonados. (PCAPS05)

Comunicação, os setores ficam isolados, a UBS de um lado o CAPS do outro. Acho que matriciamento vai potencializar que os profissionais possam trocar experiências. Para aprender lidar com os usuários que é um desafio grande para os profissionais do CAPS, que ele possa aderir e num momento rápido trabalhar o processo de alta, para não ficar se acostumando com o paciente dentro do serviço – fica institucionalizado – eternamente num serviço que não haveria essa necessidade ou por comodismo, penso do paciente voltar para a sua vida normal, sem necessitar fica diariamente no CAPS, fica uma bengala o CAPS, fica um assistencialismo, eu trabalho com independência do usuário. Fica como se dependesse dali, voltar a trabalhar e andar sozinho. (PCAPS06)

Acho que o desafio bem grande, tem o Uruguai com a maconha liberada e aqui não. A gente tem dado do Ministério da Justiça que aumento o tráfico de maconha nesta linha de fronteira. Eles podem comprar só uma quantidade, não tenho muita informação sobre isso, acho que não tem nada, a fronteira acontece e não tem acordo nada, tem coisa que deve ser mais trabalhadas, fica no discurso e no papel e as coisa não andam e não vão para frente. Aumenta a miséria, o consumo e não há nenhum projeto juntos entre os países. (PCAPS07)

Acolhimento imediato, querem ser atendidos na hora, não querem esperar encaminhar para o CAPS, porque desistem se não forem acolhidos neste momento. E também, o CAPS fazer a busca ativa, porque os usuários deixam de participar e eles não vão atrás. As buscas ativas que tivemos mais eficiente foi com o Ministério Público, mas foi o CRAS e CREAS, na busca de usuários de álcool e drogas para retornar o atendimento no CAPS. (PCREAS01)

A busca ativa, trazer eles para o atendimento, a falta de uma equipe de saúde mental no Chuí, o CAPS acaba não fazendo a busca ativa desse usuário no Chuí e eles acabam desassistido. O CREAS acaba fazendo, até o onde podemos ir, vamos até o máximo, mas não é suficiente. (PCREAS02)

O grande desafio é mudar o conceito dessa juventude e dos pais. Trabalhar com jovem, ir às escolas dar palestras e os pais para o compromisso. Tenho um projeto que foi aprovado a nível federal, junto com a eólica de hortas comunitárias de geração e renda. Tudo aprovado, liberado junto com oficinas terapêutica, tudo liberado, aprovado, mas o dinheiro nunca chegou. Nunca consegui colocar em prática o meu projeto. Mostrar para essa comunidade que pode ser diferente, que tem escolhas melhores, que o caminho mais fácil não é melhor, despertar nas pessoas, nesta comunidade, nestes jovens, nestes pais o sentimento de aceitação que posso fazer diferentes, há outra opção. O grande desafio são ofertar cursos profissionalizante, trabalhar a nível de psicologia comunitária, psicologia social, a equipe multidisciplinar trabalhar lá dentro. São pessoas que tem realidade muito difícil, muito sofrida, mostrar que mínimo é o máximo, mostrar que você pode, por mais difícil sua realidade, parece impossível, mudar a consciência de valorização e merecimento esse grande desafio. (PUBS01)

Un desafío sería una atención general centrada en el derecho de las personas que sufren estigmatización por ser drogadicción, atención en el lado físico y emocional y trabajar duro en el derecho social y

comunitario de acceder a servicios como la alimentación, la vivienda. Este tema es urgente para tener tratamiento y rehabilitación, pensar en derechos y poder dar oportunidad a estas personas. (PROCHA01)

A partir das falas dos entrevistados, percebe-se que hoje ainda há uma presença forte da estigmatização, na prática profissional de saúde, conforme Ronzani e Andrade (2006); estigma como uma marca física ou social de conotação negativa ou que leva o portador dessa “marca” a ser marginalizado ou distanciado de algumas situações sociais, contribuindo para um forte impacto na sua identidade social.

Neste sentido, os profissionais devem compreender que são os agentes dessa política de álcool e outras drogas, neste território, e têm a autonomia e dever de planejar, executar, encaminhar e organizar a rede de saúde mental. Então, nas falas dos profissionais, a “falta de política”, “trabalhar com outras políticas públicas”, “a união de Brasil/Uruguai” e “ausência da família” – é atribuição desse serviço implementar essas ações no território, através do matriciamento para a consolidação da rede.

Atualmente quem organiza a rede neste território são os usuários de álcool e outras drogas – que rompem as barreiras fronteiriças e buscam CAPS II Casa Nova Vida, CREAS, Posto de Saúde do Chuí e Departamento de Saúde do Uruguai e pressionam para os serviços se conhecerem e conversarem.

Contudo, o CAPS tem o desafio de ser um dos principais mecanismos na consolidação das políticas de atenção ao usuário de drogas, neste território, dentro das prerrogativas da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, o estudo apresenta a falta de comunicação entre os serviços e, o desconhecimento sobre a dinâmica de funcionamento, é um fator limitante à composição de uma rede de atenção, bem como, ao acesso pelos usuários somente em grupos (quinzenal) e a entrega de medicamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir este trabalho, cujo objetivo foi identificar os entraves e as possibilidades de implementação de uma rede protetiva integral aos usuários de álcool e drogas, na zona de fronteira Chuí/Chuy, foram percorridos tempos e espaços distintos na estrutura dos serviços ofertados à população residente neste território – fronteira.

No Brasil, através do SUS, que garante acesso integral, universal e gratuito em todo o território nacional, este complexo sistema está presente em todos os municípios, em consonância com reforma psiquiátrica brasileira, que através das leis, portarias, decretos e planos garante uma nova perspectiva de cuidado, que prioriza o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.

O serviço de saúde do Uruguai não garantiu a saúde, enquanto direito de toda a população, o que foi estabelecido em 2007 através da Lei nº 18.211, que criou o Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS). O SNIS articula prestadores integrais públicos e privados com o objetivo de garantir cobertura universal e atenção integral à saúde, por meio da incorporação progressiva de grupos populacionais ao sistema. No campo da saúde mental, a Lei nº19.529/2017, garante o direito à proteção da saúde mental dos habitantes, residentes no país, numa perspectiva de respeito aos direitos humanos de todas as pessoas e, em particular, dos usuários dos SNIS.

Destarte, a política de saúde mental, no Brasil e no Uruguai, é fruto de um processo desencadeado na década de 80 de questionamento e de movimento sobre os conceitos e papéis do campo da saúde mental, em especial, pelo movimento da reforma psiquiátrica, também denominado de movimento da luta antimanicomial. Em ambos países, o cenário era de um processo de redemocratização e de reformulação no seu sistema de saúde, que passou a questionar os saberes e práticas psiquiátricos e a fazer uma crítica radical do espaço do hospital psiquiátrico, como local de tratamento.

O estudo apresentou dados relevantes que expõem importantes pontos, para compreender o processo de implementação da Política de Saúde Mental para usuários de álcool e outras drogas no Brasil e Uruguai, constatando-se que, estas políticas, respectivamente, apresentam entraves no que se refere a sua implementação. Os entraves são: fronteira – regiões isoladas - com baixo

desenvolvimento socioeconômico e escassos recursos na política de saúde mental; ausência/falta de informação sobre leis, acordos, programas sobre o território de fronteira; desconhecimento sobre a própria política em que atua, negligenciando suas práticas e negando o atendimento aos usuários; ausência de rede e de matriciamento, onde os serviços possam compartilhar informações e trabalhar com ideia de integralidade prevista no SUS; compromisso dos gestores na efetivação da política de álcool e outras drogas, isto é, fechamentos dos leitos de saúde mental no Hospital geral de Santa Vitória do Palmar, para atender pacientes com covid; ausência de serviço substitutivo, como no Uruguai, que acaba sendo encaminhado para o hospital psiquiátrico de *Rocha/UY*.

Em relação às possibilidades: há o CREAS, que articula e mobiliza o cuidado para os usuários de álcool e outra drogas no município do Chuí/*Chuy*; o usuários busca diversos serviços como CREAS, CAPS, Atenção Básica do Chuí e Departamento de Saúde do *Chuy* – organiza e amplia o atendimento, indiferente ao território, mas que garanta o melhor atendimento; e o CAPS, que com todo o retrocesso da política de saúde mental, luta constantemente por um cuidado que vise a liberdade e os direitos humanos dos usuários.

Sobre as ofertas de ações e serviços em saúde mental, junto às unidades de saúde no Chuí e *Chuy*, a pesquisa apresenta os seguintes serviços: o CAPS II Casa Nova Vida, no município de Santa Vitória do Palmar, organiza a rede de saúde mental, mesmo com alguns empecilhos (matriciamento, busca ativa), ele consegue atender os usuários em sofrimento psíquico indiferente da nacionalidade; o CREAS, que acolhe, atende e encaminha diversos usuários para rede; a Unidade de Básica de Saúde do Chuí, não cumpre seu papel de acolher e de cuidar esse usuário de substâncias psicoativas; o departamento de saúde do Uruguai não havendo equipe, ficando como responsável um psiquiátrico que atende duas vezes ao mês.

As ofertas são: CAPS II Casa Nova Vida – atendimento individual (urgência), grupo quinzenal, encaminhamento para comunidade terapêutica, hospital geral (quando havia os leitos, atualmente disponibilizados para casos de covid) e hospital psiquiátrico; CREAS – atendimento e encaminhamento para CAPS II Casa Nova Vida e comunidade terapêutica; Unidade Básica de Saúde do Chuí – disponibiliza o carro para levar os usuários para o CAPS;

Departamento de Saúde do Chuy – atendimento duas vezes ao mês com psiquiátra.

Os dados da pesquisa revelam que os usuários rompem as barreiras territoriais e buscam superar as diferenças/dificuldades específicas das zonas de fronteiras, muitas vezes, pressionando os serviços a dialogarem e exigindo o atendimento (sem o cartão SUS, o RG e/ou o comprovante residencial no Brasil), e são alternativas para superar os desafios deste território no campo da política de saúde mental.

Neste território de fronteira *Chuí/Chuy*, os resultados apontam que as similitudes e a coerência entre as normativas legais nacionais e binacionais e as práticas desenvolvidas na região fronteira estão longe de serem aplicadas, ou seja, há um total desconhecimento sobre as políticas/leis/acordos/decretos/programas, o que repercute diretamente na vida dos usuários de álcool e outras drogas, os quais necessitam de um atendimento integral.

Enfim, os resultados apresentam diversos dados relevantes para contribuir com a superação das barreiras desta região fronteira – *Chuí/Chuy* – como: o diálogo entre as equipes; qualificação dos profissionais sobre o processo histórico da política de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas; debate sobre leis, acordos, decretos e programas na zona de fronteiras; e informação sobre a política que atua, para contrapor e enfrentar o desmantelamento de políticas, que o atual governo está ocasionando.

Neste momento essa tese contribui para a resistência ao desmonte da política de saúde mental no Brasil, pois o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho que propõe revogar portarias referentes à Política Nacional de Saúde Mental, colocando em risco o funcionamento da Rede Atenção Psicossocial (RAPS) e o modelo de atenção psicossocial. Este grupo propõe: revogar portarias que criam as Equipes de Consultórios na Rua, Serviço Residencial Terapêutico e Unidades de Acolhimento - afirma que é “serviço social”; Revogar portarias que estabelecem procedimentos ambulatoriais e rever financiamento dos CAPS - justificativa: “não deveria estar dentro da tabela de órteses e próteses”; Criação de Ambulatórios Gerais de Psiquiatria; Criação de Unidades Especializadas em Emergência Psiquiátricas; Revogação do programa de

reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no SUS - justificativa “os leitos não devem ser mais reduzidos”.

Estas propostas de revisão da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e de mudanças no modelo assistencial, em saúde mental, apresentam um retrocesso sustentado por um modelo biomédico psiquiátrico centralizador e hospitalocêntrico, distante do processo de Reforma Psiquiátrica, do modelo de Atenção Psicossocial e da desinstitucionalização no Brasil.

A Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental, no Brasil, foram pautadas por processos históricos e sociais, construída amplamente pela participação social e a necessidade dos profissionais reafirmarem sua *práxis* na luta por um cuidado que vise à liberdade, a reabilitação psicossocial e a desinstitucionalização.

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos POLÍTICOS, saberes e práticas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(11):2309-2319, nov, 2009.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

_____. Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP. Entrevista. Rio de Janeiro: ENSP, 2015. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/37442>. Acesso em 08 de junho de 2019.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada.** 2º ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática.** Tradução: Sonia Soianesi, Maria Celeste Marcondes. 2º ed. Brasil Debates, 1979.

_____. **A loucura na sala de jantar.** Organização e tradução: Jacques Delgado. Resenha Ltda: São Paulo, 1991.

BENTO, Fábio Régio (org.). **Fronteiras em Movimento.** Jundiaí: Paco Editorial, 2012.

BÓGUS, Lúcia. **Globalização e migração internacional: o que há de novo nesse processo?** In: DOWBOR, L; IANNI, O; RESENDE, P. Desafios da globalização. Petrópolis: Vozes, 1997.

BONTEMPO, Carla. **A Cooperação em Saúde nas Cidades Gêmeas do Brasil e Uruguai: os caminhos institucionais e os arranjos locais (2003-2011).** Dissertação (Mestrado em Política Social e Direitos Humanos) – Faculdade de Serviço Social. Universidade Católica de Pelotas, 2014.

BRANCO, M. L. **O SUS na fronteira e o direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS.** Trabalho de Conclusão Curso. Especialização em Direito Sanitário, 2009, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília.

Brasil de Fato. Governo Bolsonaro incentiva eletrochoques e propõe a volta dos manicômios. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2019/02/08/governo-bolsonaro-incentiva-eletrochoques-e-propoe-a-volta-dos-manicomios/> Acesso em: 22 de dezembro de 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.** In: Campos GWS, organizador. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 51-67.

_____. **Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida.** Trab. educ. saúde [online].

2006, vol.4, n 1, pp. 19-32. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v4n1/03.pdf>> Acesso em: 20 de dezembro de 2019.

Carta Maior. Novas diretrizes para saúde mental traçam de volta os manicômios, diz ex-ministro Temporão: Para o médico, texto do Ministério da Saúde que libera eletrochoque e internação de crianças traz de volta uma velha disputa política. Disponível em: <<https://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Saude/-e-inevitavel-a-volta-dos-manicomios-lamenta-ex-ministro-Temporao/43/43211>> Acesso em: 22 de dezembro de 2020.

CASTILLO, Renée; VILLAR, Mariana; DOGMANAS, Denisse. **Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay**. Psicología, Conocimiento y Sociedad – 4, 83 -96 (noviembre, 2011), 2011. Disponível em: [file:///C:/Users/zizaj/Downloads/102-561-3-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/zizaj/Downloads/102-561-3-PB%20(1).pdf) Acesso em 5 de novembro de 2019.

CASTRILLO, Beatriz. **Texto, pretexto y contexto de las innovaciones en política de salud mental en el Uruguay**. Ediciones Universitarias. Biblioteca Plural, Montevideo, 2017. Disponível em: <http://www.csic.edu.uy/renderPage/index/pageld/1026#heading_6271> Acesso em 20 de outubro de 2019.

CELLARD, A. Análise documental. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires À. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2012. p. 295-316.

CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e Caribe. Institucionalidad social para América Latina y el Caribe. Disponível em <https://dds.cepal.org/bdips/index.php>. Acesso em julho de 2019.

CERCHIARO, Elizabeth; BELTRÁN, María José. **LA INTERVENCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA EN LA INVENCION DEL SUJETO PELIGROSO 1930 – 1945**. Forum lingüíst., Florianópolis, v.1 6, n. 3, jul./set. 2019. Disponível em: [file:///C:/Users/zizaj/Downloads/2797-171-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/zizaj/Downloads/2797-171-PB%20(3).pdf) Acesso e 22 de março de 2020.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Relatório de fiscalização serviço social e a inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas no Brasil. Brasília: CFESS, 2018. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/RelatorioCFESS-ComunidadesTerapeuticas2018-Site.pdf>> Acesso em 21 de dezembro de 2019.

_____. Nova Nota Técnica do CFESS traz informações sobre as alterações na Política Nacional de Drogas. Brasília: CFESS, 2019. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1594>> Acesso em 20 de dezembro de 2019.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. Brasília: CFP, 2018. Disponível e: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da->

[Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf](#)> Acesso em 22 de dezembro de 2019.

CHIAVERNI, D. H. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CNES. Cadastro Nacional Estabelecimento de Saúde. Brasília: 2020. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/> Acesso: 23 de abril de 2020.

COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. **Internação compulsória e crack: Um desserviço à saúde pública**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 359-367, jun. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.com>. Acesso em 30 de abril de 2016.

COMISSÃO PERMANENTE PARA O DESENVOLVIMENTO E A INTEGRAÇÃO DA FAIXA DE FRONTEIRA (CDIF). Disponível em: <<https://www.mdr.gov.br/desenvolvimento-regional-e-urbano/comissao-permanente-para-o-desenvolvimento-e-a-integracao-da-faixa-de-fronteira>> Acesso em 07jul.2017.

COSTA, Luciana; BRASIL, Flávia. **Cidade, territorialidade e redes na política de saúde mental**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 435-442, 2014. Disponível em: <<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2014.065>> Acesso em 21 de janeiro de 2020.

DAMAS, Fernando. **Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social**. Rev. Saúde Pública, v.6(1), p. 50-65, 2013.

DI GIOVANNI, Geraldo. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: Oliveira, Marco Antonio de (Org.). **Reformas do estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas (SP): UNICAMP. IE, 1998.

_____ **As estruturas elementares das políticas públicas**. NEPP. Cadernos de pesquisa, n. 82, UNICAMP, 2009.

DOMINGUES, Juliana. **A Implementação da Política de Saúde Mental nas Cidades Gêmeas de Foz do Iguaçu (Br) e ciudad Del Este (Py)**. Tese (Doutorado em Política Social e Direitos Humanos) – Programa de Pós-Graduação da Universidade Católica de Pelotas, 2018.

DUARTE, Paulina. A política e a legislação brasileira sobre drogas. **Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua**. organizadores: Antonio Nery Filho, Andréa Leite Ribeiro Valério. – Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/assistencia-social-seguranca-alimentar/prevencao-as-drogas/modulo_profissionais.pdf> Acesso em: 20 de outubro de 2019.

FERREIRA, Clarisse; MARIANI, Milton; BRATICEVIC, Sérgio. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, n.4, p.1137-1150, 2015. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n4/1984-0470-sausoc-24-04-01137.pdf>>
Acesso em 22 de setembro de 2019.

FIORI, Mauricio. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: Venâncio, R; Carneiro, H (Org.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda. 2005. p. 257-290.

FLACH, Patrícia Maia Von. **A implementação da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no estado da Bahia**. 2010. 161 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

_____. O lugar do Estado na questão das drogas: O paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos**. Março, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/nec/n92/n92a02.pdf>> Acesso em: 20 de julho de 2019.

FRACASSO, Laura. Tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas em comunidades terapêuticas. In: FORMIGONI, M. L. O. S (coord.). **Sistema para detecção do Uso abuso e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**. 6 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

FRANCHINI, Beatriz. **Experiências de Pessoas Usuárias de Substâncias Psicoativas nos Serviços de Saúde em um Município na Fronteira entre Brasil e Uruguai**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, 2016.

FRASSON, Margarete; MARTINS, Alexandre. **Fronteiras e mobilidade humana: uma questão de dominação imperialista?** Maringá, v. 8, n. 1, p. 185-212, 2016

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Brasília: Fiocruz, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614> Acesso em 04 abril de 2020

G1. Futuro ministro da Saúde quer mudar política para tratamento de dependentes. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/futuro-ministro-da-saude-quer-mudar-politica-para-tratamento-de-dependentes-23261186>> Acesso em 10 de dezembro de 2019.

GADELHA, Carlos; COSTA, Laís. **Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010.

GARAT, Guillermo. **Un siglo de políticas de drogas en Uruguay. Análisis**. No 1, 2013. Disponível: file:///C:/Users/w7/Desktop/imrimir/garat.pdf. Acesso em 03 de junho de 2018.

GERNER, M. **Avanços na política de drogas no Uruguai**. Revista internacional de direitos humanos. ed. 21. Agosto. 2015.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2019.

GINÉS, Ángel; PORCIÚNCULA, Horacio; ARDUINO, Margarita. **El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades**. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen, 69. N° 2. Diciembre, 2005. Disponível em: <http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03_1_asm.pdf> Acesso em: 23 de fevereiro de 2020.

GIOVANELLA, Ligia et al. **Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira nos países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

_____. Processo de integração regional no Mercosul e as repercussões nos sistemas de saúde de cidades fronteiriças. **Anales del X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Santiago, Chile, 18-21 oct. 2005.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GOMES, Luiz Flávio. **Nova Lei de Drogas Comentada artigo por artigo: Lei 11.343/2006**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

GUERRA, Sidney. **A nova lei de migração no Brasil: avanços e melhorias no campo dos direitos humanos**. Revista de Direito da Cidade, vol. 09, nº 4. 2017. Disponível em: <[file:///C:/Users/zizaj/Downloads/28937-102538-2-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/zizaj/Downloads/28937-102538-2-PB%20(3).pdf)> Acesso 11 de março de 2020.

_____. **Alguns aspectos sobre a situação jurídica do não nacional no Brasil: da lei do estrangeiro à nova lei de migração**. Direito em Debate – Revista do Departamento de Ciências Jurídicas e Sociais da Unijuí. ano XXVI nº 47, jan.-jun. 2017. Disponível em: <[file:///C:/Users/zizaj/Downloads/7105-Texto%20do%20artigo-32326-1-10-20170915%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/zizaj/Downloads/7105-Texto%20do%20artigo-32326-1-10-20170915%20(2).pdf)> Acesso em: 11 de março de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em 03 de junho de 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). Disponível em: <<http://www.ine.gub.uy/rocha>> Acesso em 18 de junho de 2019.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **O consumo de drogas e a saúde pública na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai: resultados qualitativos**. Brasília: Ipea, 2017. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/170706_relatorio_pesquisa_consumo_drogas_saude_publica_zona_fronteira_brasil_uruquai.PDF> Acesso em: 20 de dezembro de 2020.

JARDIM, Denise Fagundes. Palestinos: **As redefinições de fronteiras e cidadania. Horizontes Antropológicos.** Porto Alegre, n. 19, p. 223-243, jul. 2003.

Justificando. Contra retrocessos na política antimanicomial, CNS pede que governo revogue portaria. Disponível em: <<http://www.justificando.com/2018/02/16/contra-retrocessos-na-politica-antimanicomial-cns-pede-que-governo-revoque-portaria/>> Acesso em: 20 de dezembro de 2020.

KARAM, M. **Lei 11.343/06 e os Repetidos Danos do Proibicionismo.** In: DROGAS e cultura: novas perspectivas. Salvador: Edufba, 2008.p. 105-120.

LANCETTI, Antônio. **Saúde Loucura.** 2º ed. São Paulo: Hucitec, 1990.

LEMÕES, Marcos. **Produção das regiões de saúde situadas na fronteira Brasil e Uruguai.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, 2016.

LUDKE, M. ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1995.

MACHADO, Ana Regina. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas.** Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.

MACHADO, A; MIRANDA, P. **Fragments da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública.** História, Ciência, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro. V.14, n. 3, 1. 801-821, jul-set. 2007.

MARTINS, José de Souza. **Fronteira: a degradação do Outro nos confins do humano.** São Paulo: Contexto, 2009.

MARTÍNEZ, F.; BOSI, M. Introdução: Notas para um debate. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis: Vozes, 2004.

MARX, Karl. **O Capital.** Crítica da economia política. São Paulo: Boitempo. 2013.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde.** 13º Ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 2013.

MOREIRA, S. V. Análise documental como método e como técnica. In: Duarte J, Barros A, organizadores. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação.** São Paulo: Atlas; 2009. p. 269-79.

NEVES, Elisa. Globalização, Território, Fronteira – desafio da Mobilidade Humana no cuidado em Saúde Mental na zona de fronteira entre Chuí/Brasil

e **Chuí/Uruguai**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, 2016.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; DAL PRÁ, Keli. **MERCOSUL: expressões das desigualdades em saúde na linha da fronteira**. Ser Social (UnB), v. 1, 2006.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Fronteira MERCOSUL: um estudo sobre o direito à saúde**. Relatório final de pesquisa. Departamento de Serviço Social. UFSC. 2005a

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; DAL PRA, Keli Regina e FERMIANO, Sabrina. **A diversidade ética e política na garantia e fruição do direito à saúde nos municípios brasileiros da linha da fronteira do MERCOSUL**. Cad. Saúde Pública [online]. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400012&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 21 de dezembro de 2019.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; FAGUNDES, Helenara Silveira. **Implementação do SIS Fronteiras – Perspectivas para a ampliação do direito à saúde na fronteira Arco Sul**. Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 13, n. 2 (18) p. 245-260 jul./dez. 2014.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; FAGUNDES, Helenara Silveira; BONTEMPO, Carla Gabriela. Políticas sociais e as perspectivas de ampliação de direitos no Mercosul e em áreas fronteiriças – inovações e tendências. In: COSTA, L. C., NOGUEIRA, V. M. R., and SILVA, V. R., orgs. **A política social na América do Sul: perspectivas e desafios no século XXI**. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2013, pp. 99-112. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/rfv9p/epub/costa-9788577982318.epub>> Acesso em: 2 de dezembro de 2019;

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DE MIGRAÇÕES. Perfil Migratório de Uruguay. Publicações da OIM, 2011b. Disponível em: http://publications.iom.int/system/files/pdf/perfilmigratorioweb_uruguay.pdf Acesso em: 05 setembro de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Relatório sobre Saúde Mental: Nova Conceção, que traz recomendações básicas para ações na área de saúde mental/álcool e outras drogas. 2001. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf> Acesso em: 3 junho de 2019.

PELLEGRINO, Adela. Las migraciones entre los países del Mercosur: tendencias y características. **Las migraciones humanas en el Mercosur. Una mirada desde los derechos humanos**. Observatorio de Políticas Públicas de Derechos Humanos en el Mercosur, Investigación Normativa: Margarita Navarrete; Tania da Rosa Rodolfo Lourtet, 2009. Disponível em: <[http://www.iin.oea.org/boletines/boletin4/Publicaciones/Migraciones_en_el_Mercosur-livro_nov09\[1\].pdf](http://www.iin.oea.org/boletines/boletin4/Publicaciones/Migraciones_en_el_Mercosur-livro_nov09[1].pdf)> Acesso em: 3 de dezembro de 2019.

PEREIRA, Potyara. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 4º Ed. Editora Cortez, São Paulo, 2007.

PERRONE, Pablo. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência saúde coletiva**, Fev, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00569.pdf>> Acesso em: 20 de novembro de 2019.

PINHO, Paula; OLIVEIRA, Márcia; ALMEIDA, Marília. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? **Rev. Psiq. Clín** 35, supl 1; 82-88, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35s1/a17v35s1.pdf>> Acesso em 20 de março de 2020.

PINHO, L.B.; HERNÁNDEZ, A.M.B.; KANTORSKI, L.P. **Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.32, p.103-13, jan./mar. 2010.

PORRINI, Rodolfo. Derechos Humanos y dictadura terrista. Montevideo, Uruguay: Vintén Editor. 1994.

RAUTER, C. **Oficinas para quê?** Uma proposta ético-estético política para oficinas terapêuticas. In P. Amarante Org., Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade (pp. 267- 277). Rio de Janeiro: Fiocruz.2000.

RIBEIRO, F. MINAYO, M. **As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos**. RJ, Brasil. Comunicação Saúde Educação. 2015; 19(54):515-26.

RICCI, Carla; SILVA, Jéssica. **Atualizações da lei migratória brasileira: um novo paradigma das migrações?** O Social em Questão - Ano XXI - nº 41 - Mai a Ago/2018. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_41_art_1_Ricci_Silva.pdf Acesso em 22 de dezembro de 2020.

RODRIGUES, A. **Fronteira e Território: considerações conceituais para a compreensão da dinâmica do espaço geográfico**. Revista Produção Acadêmica – Núcleo de Estudos Urbanos Regionais e Agrários/ Nurba – N. 2 (dezembro, 2015), P. 139-157.

ROLIM, Cássio. **Como analisar as regiões fronteiriças: esboço de um enquadramento teórico-metodológico a partir do caso de Foz do Iguaçu**. São Paulo: Nereus, 2004.

RONZANI, T. ANDRADE, T. **A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento**. In Senad (Org.), Sistema para detecção de uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas. (pp. 25-32). Brasília, DF: Senad, 2006.

SÁ-SILVA, Jackson; ALMEIDA, Cristóvão; GUINDANI, Joel. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas**. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, n. 1, 2009.

SANTOS, Milton. **O retorno do território**. In: SANTOS, M; SOUZA, M; SILVEIRA, M. Org. Território: Globalização e Fragmentação. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. **A Natureza do Espaço**. Técnica e Tempo. Razão e Emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **O papel ativo geografia um manifesto**. Revista Território, Rio de Janeiro, ano V, nº9, 2000.

_____. **Por uma outra globalização do pensamento único à consciência universal**. Editora Record, Rio de Janeiro e São Paulo, 22ª edição: 2012.

SASSEN, Saskia. **Expulsões – brutalidade e complexidade na economia global**. Trad. Angélica Freitas, Rio de Janeiro, Editora Paz & Terra, 2016.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e (Org.). **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Veras, 2005.

SILVA, M. L. S.; MORAIS, M. de J. **Os sentidos da fronteira a partir da discussão territorial em Claude Raffestin**. Revista Geográfica de América Central, Número Especial EGAL, Costa Rica, II Semestre 2011, pp. 1 – 15.

TERRA et al. O atendimento à crise no Centro de Atenção Psicossocial. 2010). In: COIMBRA, V; KANTORSKI, L. (org). **Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde**. Pelotas: Editora e Gráfica Universidade PREC-UFPel, 2010.

TREVISAN, Leonardo; JUNQUEIRA, Luciano Prates. Construindo o pacto de gestão no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 893-90, jul./ago. 2007.

VELOSO, Laís. Redução de danos decorrentes do uso de drogas: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas. In: BRAVO, M^a Inês Souza (org). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

YIN, Robert. **Estudo Caso: planejamento e métodos**. Tradução Daniel Grassi. 3ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE E PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA BRASIL E
URUGUAI

BRASIL. **Decreto-Lei Nº 891 de 25 de novembro de 1938.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/del0891.htm> Acesso em 24 de agosto de 2019.

_____. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm> Acesso em 22 de agosto de 2019.

_____. **Lei Nº 5.726, de 29 de outubro de 1971.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1970-1979/L5726.htm> Acesso em 24 de agosto de 2019.

_____. **Lei Nº 6.368, de 21 de outubro de 1976.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6368.htm> Acesso em 20 de agosto de 2019.

_____. **Lei Nº 6.815, 19 de agosto de 1980.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6815.htm> Acesso em: 02 de dezembro de 2019.

_____. **Constituição Federal de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em 01 set. 2019.

_____. **Lei Nº 10.216, de 04 de junho de 2001.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em 20 de janeiro de 2020.

_____. Portaria Nº 816, de 30 de abril de 2002. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html> Acesso em: 20 de agosto de 2019.

_____. **Decreto Nº 4.345, de 26 de agosto de 2002.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm> Acesso em 20 de agosto de 2019.

_____. **Lei Nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10409.htm> Acesso em 21 de agosto de 2019.

_____. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, 2003.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf> Acesso em 21 de agosto de 2019.

_____. Portaria Nº 1.120, de 06 de julho de 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1120_06_07_2005.html> Acesso em 20 de agosto de 2019.

_____. Ministério da Integração Nacional. Proposta de reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira, 2005. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=697-proposta-reestruturacao-do-programa-desenvolvimento-da-faixa-fronteira-7&category_slug=mercosul-162&Itemid=965> Acesso em 3 de dezembro de 2019.

_____. Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm> Acesso em 20 de janeiro de 2020.

_____. **Decreto Nº 6117, de 22 de maio de 2007.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6117.htm> Acesso em: 20 de janeiro de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras. Relatório de desempenho do Projeto SIS-Fronteiras, 2010.** Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006001089.pdf>> Acesso em: 22 de setembro de 2019.

_____. **Decreto Nº 7.179, de 20 de maio de 2010.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm Acesso em 20 de janeiro de 2020.

_____. **Estatuto da Fronteira Brasil e Uruguai, 2010.** Disponível em: <http://funag.gov.br/biblioteca/download/685O_estatuto_da_fronteira_brasil_uruguai.pdf> Acesso em 13 de agosto de 2019.

_____. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html> Acesso em 19 de agosto de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. (2003). A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF.

_____. **Portaria Nº 125, de 21 de março de 2014.** Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_25369237_PORTARIA_N_125_DE_21_DE_MAR_CO_D> Acesso em: 3 de outubro de 2019.

_____. **Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html> Acesso em 20 de agosto de 2020.

_____. **Lei Nº 13.445, de 24 de maio de 2017.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13445.htm> Acesso em 03 de dezembro de 2019.

_____. **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019 de 06 de fevereiro de 2019.** Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>> Acesso em 20 de dezembro de 2019.

_____. **Decreto nº. 9.761/2019, de 11 de abril de 2019.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm> Acesso em 05 de dezembro de 2019.

_____. **Decreto Nº 9.089, de 6 de julho de 2017.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9089.htm> Acesso em 05 de setembro de 2019.

_____. **Lei Nº 13.840, de 5 de junho de 2019.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm> Acesso em: 06 de dezembro de 2019.

URUGUAI. Ley Nº 19.529 de 24 de agosto de 2017. Disponível em: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu3484988127754.htm>> Acesso em: 12 de fevereiro de 2020.

_____. **Ley Nº 19.254 de 28 de agosto de 2014.** Disponível em: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp8008295.htm>> Acesso em 05 setembro de 2019.

_____. **Lei Nº 19.172, de 20 de diciembre de 2003.** Disponível em: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp4073561.htm>> Acesso em: 11 de fevereiro de 2020._____. Ley Nº 18.211 de 5 de diciembre de 2007. Disponível em: <http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2011/08/cons_min_367.pdf> Acesso em: 15 de fevereiro de 2020.

_____. **Plan de implementación para la prestación de servicios de salud mental en el Sistema Integrado de Salud, 2011.** Disponível em:

<https://www.bps.gub.uy/bps/file/8117/1/salud_mental_plan_nacional_junio.pdf> Acesso em: 11 de fevereiro de 2020.

_____. **Ley Nº 18.250, de 6 de enero de 2008.** Disponível em: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1391994.htm>> Acesso em: 01 setembro de 2019.

_____. **Plan Nacional de Salud Mental, Uruguay, 1986.** Disponível em: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf>> Acesso em: 14 de fevereiro de 2020.

_____. **Decreto 14.294, de 31 de outubro de 1974.** Disponível em: <<https://www.impo.com.uy/bases/decretos-ley/14294-1974/31>> Acesso em: 22 de fevereiro de 2020.

_____. **Decreto do Poder Ejecutivo nº 117/971.** Disponível em: <<http://www.impo.com.uy/diariooficial/1971/03/11/5>> Acesso em: 22 de fevereiro de 2020.

_____. **Ley Nº 13.711, de 06 de outubro de 1969.** Disponível em: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3506226.htm>> Acesso em: 10 de fevereiro de 2020.

_____. **Constituição Nacional del Uruguay, 1967.** Disponível em: <<https://www.impo.com.uy/bases/constitucion/1967-1967>> Acesso em 05 set. 2019.

_____. **Ley Nº 11.139, de 16 de noviembre de 1948.** Disponível em: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5684071.htm>> Acesso em 11 de fevereiro de 2020.

_____. **Ley Nº 9.581, de 8 de agosto de 1936.** Disponível em: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9821414.htm>> Acesso em 11 de fevereiro de 2020.

APÊNDICES

Apêndice I

Carta de Autorização para a realização do estudo ao Secretário Municipal de Saúde de Santa Vitória do Palmar, ao Secretário Municipal de Chuí/Brasil e o Departamento de Saúde do Chuí/Uruguai.

Ministério da Educação
Universidade Católica de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos

Pelotas, ____ de _____ de 2020.

Prezado Secretário

Na condição de doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos, da Universidade Católica de Pelotas, venho por meio de esta solicitar a V. S., autorização para desenvolver um pesquisa intitulada “**A POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM CHUI/BR E CHUYUY: DESAFIOS E PERSPECTIVAS**”. Que somente será realizada após aprovação do comitê de ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas. A pesquisa possui o objetivo identificar os entraves e as possibilidades de implementar uma rede protetiva integral aos usuários de álcool e outras drogas na zona de fronteira Chuí/*Chuy*.

Os sujeitos do estudo são usuários do CAPS II Casa Nova Vida no município de Santa Vitória do Palmar, a coordenadora do CAPS II Casa Nova Vida, os gestores da Saúde do município do Chuí/Brasil e os gestores do Departamento de Saúde *Chuy*/Uruguai, que aceitem participar do estudo e a divulgação dos dados, sendo necessária a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento, sendo este entregue em duas vias ficando uma cópia em poder do entrevistado. O pesquisador poderá desistir a qualquer momento. Será realizada entrevista utilizando gravador digital. A pesquisa obedecerá a Resolução 466/2012 que orienta pesquisas com seres humanos.

Desde já agradeço sua colaboração, permaneço a disposição para maiores esclarecimentos.

Secretário Municipal de Saúde

Elisa Fernandes Neves
Pesquisadora

Vera Maria Ribeiro Nogueira
Orientadora

Apêndice II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

Ministério da Educação
Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos

Venho através do mesmo, convidar-lhe a participar da pesquisa intitulada **“A POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM CHUI/BR E CHUYUY: DESAFIOS E PERSPECTIVAS”**. Que será realizada como parte da Tese do Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos – UCPEL. Este estudo tem por objetivo analisar a política de saúde mental para os dependentes químicos na zona fronteira entre Chuí/Brasil e Chuí/Uruguai.

Informo desde então que é permitida a sua desistência de participação desta pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para sua pessoa. Haverá a garantia de privacidade à sua identidade através do anonimato com a preservação de sua identidade. Os procedimentos adotados no estudo obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com seres humanos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para a organização dos dados será necessário o uso de gravador digital durante a realização das entrevistas. Fui informado (a) da liberdade de retirar meu consentimento e que responderei as questões de livre e espontânea vontade, este documento será elaborado em duas vias ficando uma em meu poder e a outra em poder da pesquisadora.

A coleta de dados será realizada pela Assistente Social Elisa Fernandes Neves sob a orientação da Prof. Dr. Vera Maria Ribeiro Nogueira, em dias e horários acordados entre os sujeitos do estudo e a pesquisadora.

Pelotas, _____ de _____ 2020.

Eu _____, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada, livre de constrangimentos sobre os objetivos e o procedimento de coleta de dados.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Apêndice III

Roteiro de entrevista

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, ECONÔMICAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E
DIREITOS HUMANO

Pesquisador: Elisa Fernandes Neves

Orientadora: Vera Maria Ribeiro Nogueira

Tópicos para Entrevistas semiestruturadas com a equipe técnica do CAPS

Casa Nova Vida

Município	
Data da entrevista	
Cargo	
Tempo de gestor	

1. Fale sobre a nova Política de álcool e outras drogas do Brasil? Efeitos dessa política para os profissionais, os usuários e os familiares?
2. Quais serviços que o CAPS oferece para os usuários de álcool e outras drogas?
3. Percebe alguma mudança e impacto nos serviços?
4. Descreve o atendimento para os usuários – as práticas, no CAPS atende aos usuários do município do Chuí? Como é feito o atendimento?
5. Existe se tem acordo – algum protocolo formal ou informal para atender o município do Chuí?
6. Em relação ao município do Chuy? Como é feito o atendimento? Há alguma documentação solicitada para ser feito o atendimento? Existe alguma diferença entre brasileiros e uruguaios
7. Tem informações sobre a política de saúde mental para usuário de álcool e outras drogas do Uruguai? Influência no atendimento, como os usuários relatam o atendimento no Uruguai?

8. Com duas políticas públicas diferentes, você acredita que possam trabalhar em conjunto Brasil e Uruguai?
9. Distância dos municípios (Santa Vitória do Palmar e Chuí/Chuy) é uma barreira para o atendimento.
10. Tem alguma parceria com o posto de saúde do Chuí ou com o departamento de saúde do Chuy? Como matriciamento deste sujeito no seu território?
11. Conhece acordos que auxiliem os municípios por estar situados na fronteira. Quais?
12. Quais são os desafios na política de álcool e outras drogas nas cidades gêmeas – Chuí/Chuy?

Apêndice IV

Tópicos da entrevista

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, ECONÔMICAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E
DIREITOS HUMANO

Pesquisador: Elisa Fernandes Neves

Orientadora: Vera Maria Ribeiro Nogueira

Tópicos para Entrevistas semiestruturadas com a equipe técnica do Centro de
Saúde Chuí

Município	
Data da entrevista	
Cargo	
Tempo de gestor	

1. Fale sobre a nova Política de álcool e outras drogas do Brasil? Efeitos dessa política para os profissionais, os usuários e os familiares?
2. Quais serviços que o Chuí oferece para os usuários de álcool e outras drogas?
3. Percebe alguma mudança e impacto nos serviços?
4. Descreve o atendimento para os usuários – as práticas, no CAPS atende aos usuários do município do Chuí? Como é feito o atendimento?
5. Existe se tem acordo – algum protocolo formal ou informal para atender o município do Chuí?
6. Em relação ao município do Chuy? Como é feito o atendimento? Há alguma documentação solicitada para ser feito o atendimento? Existe alguma diferença entre brasileiros e uruguaios
7. Tem informações sobre a política de saúde mental para usuário de álcool e outras drogas do Uruguai? Influência no atendimento, como os usuários relatam o atendimento no Uruguai?

8. Com duas políticas públicas diferentes, você acredita que possam trabalhar em conjunto Brasil e Uruguai?
9. Distância dos municípios (Santa Vitória do Palmar e Chuí/Chuy) é uma barreira para o atendimento.
10. Tem alguma parceria com o posto de saúde do Chuí ou com o departamento de saúde do Chuy? Como matriciamento deste sujeito no seu território?
11. Conhece acordos que auxiliem os municípios por estar situados na fronteira. Quais?
12. Quais são os desafios na política de álcool e outras drogas nas cidades gêmeas – Chuí/Chuy?

Apêndice V

Tópicos da entrevista

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, ECONÔMICAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E
DIREITOS HUMANO

Pesquisador: Elisa Fernandes Neves

Orientadora: Vera Maria Ribeiro Nogueira

Temas para entrevistas semiestructuradas Gerentes de salud

Condado	
Fecha de la entrevista	
Oficina	
Gerente de tempo	

1. ¿Hablar sobre la nueva política de alcohol y otras drogas de Brasil? ¿Efectos de esta política para profesionales, usuarios y familiares?
2. ¿Qué servicios ofrece Chuy a los usuarios de alcohol y otras drogas?
3. ¿Notas algún cambio e impacto en los servicios?
4. Sabe el servicio para usuarios: ¿las prácticas en los CAPS sirven a los usuarios en el municipio de Chuí? ¿Cómo se hace el servicio?
5. ¿Existe un acuerdo - algún protocolo formal o informal para servir al municipio de Chuí?
6. En cuanto al municipio de Chuy? ¿Cómo se hace el servicio? ¿Hay alguna documentación solicitada para brindar asistencia? ¿Hay alguna diferencia entre brasileños y uruguayos?
7. ¿Tiene información sobre la política de salud mental de Uruguay para usuarios de alcohol y otras drogas? Influencia en la atención, ¿cómo informan los usuarios sobre la atención en Uruguay?

8. Con dos políticas públicas diferentes, ¿cree que Brasil y Uruguay pueden trabajar juntos?
9. La distancia de los municipios (Santa Vitória do Palmar y Chuí / Chuy) es una barrera para el servicio.
10. ¿Tiene una asociación con el puesto de salud de Chuí o el departamento de salud de Chuy? ¿Cómo registran este tema en su territorio?
11. Conozca los acuerdos que ayudan a los municipios porque están ubicados en la frontera. Cuales son
12. ¿Cuáles son los desafíos en la política de alcohol y otras drogas en las ciudades gemelas - Chuí / Chuy?

Apêndice VI

Tópicos da entrevista

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS, ECONÔMICAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E
DIREITOS HUMANO

Pesquisador: Elisa Fernandes Neves

Orientadora: Vera Maria Ribeiro Nogueira

Tópicos para Entrevistas semiestruturadas com a equipe técnica do CREAS

Chuí

Município	
Data da entrevista	
Cargo	
Tempo de gestor	

1. Fale sobre a nova Política de álcool e outras drogas do Brasil? Efeitos dessa política para os profissionais, os usuários e os familiares?
2. Quais serviços que o Chuí oferece para os usuários de álcool e outras drogas?
3. Percebe alguma mudança e impacto nos serviços?
4. Descreve o atendimento para os usuários – as práticas, no CAPS atende aos usuários do município do Chuí? Como é feito o atendimento?
5. Existe se tem acordo – algum protocolo formal ou informal para atender o município do Chuí?
6. Em relação ao município do CREAS? Como é feito o atendimento? Há alguma documentação solicitada para ser feito o atendimento? Existe alguma diferença entre brasileiros e uruguaios
7. Tem informações sobre a política de saúde mental para usuário de álcool e outras drogas do Uruguai? Influência no atendimento, como os usuários relatam o atendimento no Uruguai?

8. Com duas políticas públicas diferentes, você acredita que possam trabalhar em conjunto Brasil e Uruguai?
9. Distância dos municípios (Santa Vitória do Palmar e Chuí/Chuy) é uma barreira para o atendimento.
10. Tem alguma parceria com o posto de saúde do Chuí ou com o departamento de saúde do Chuy? Como matriciamento deste sujeito no seu território?
11. Conhece acordos que auxiliem os municípios por estar situados na fronteira. Quais?
12. Quais são os desafios na política de álcool e outras drogas nas cidades gêmeas – Chuí/Chuy?