



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE

CRACK, INFORMAÇÃO EM SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS

por

HELEN MASSOTE CARVALHO

Ministério da Saúde

Projeto apresentado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde.

Orientadora: Dra. Rosany Bochner

Rio de Janeiro, novembro 2012

Resumo

As vulnerabilidades geradas pelo crack geram inúmeros danos físicos, fragilizando as defesas imunológicas contra diversos agravos, tais como HIV/AIDS e as hepatites. O seu uso continuado se traduz em isolamento, marginalização social e violência, corroborando a perda de esperança na vida e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

O Brasil é país signatário da Organização Mundial de Saúde e adota a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), na estruturação dos sistemas nacionais de informação em saúde. A inexistência de código específico para o crack na versão atualmente utilizada, a CID-10, agrava a subnotificação e não permite que os sistemas nacionais reflitam a realidade de enfrentamento do crack.

A invisibilidade do crack nas políticas de saúde pública foi recompensada pela histeria da mídia no enquadramento da questão, o que levou ao agendamento da temática no Plano Plurianual (PPA) 2012/2015 – “Plano Mais Brasil”, vinte e cinco anos após o início do monitoramento governamental da presença da droga no país, em 1997.

Há um contraste entre o agendamento do crack, enquanto epidemia de saúde pública, e o relativo silêncio informacional sobre o assunto. Importa verificar não só a produção e análise dos dados disponíveis sobre o crack, mas também as razões da sua ausência ou rarefação.

Esse projeto tem como objetivo principal analisar o cenário atual de representação do crack, enquanto temática multidisciplinar e polissêmica, por meio do monitoramento da informação científica e da execução orçamentária da agenda transversal “Políticas para prevenção, atenção e reinserção social de usuários de crack, álcool e outras drogas”, integrante do PPA 2012/2015.

A metodologia escolhida se compõe da análise de documentos oficiais; a busca de dados no sistema “Pesquisa Saúde”, do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS); a busca de dados da Plataforma Lattes, referentes à produção científica de pesquisadores contemplados no PPSUS e de seus respectivos grupos de pesquisa; a busca de teses e dissertações sobre o crack, no Banco

da Capes e o acompanhamento da execução orçamentária do programa do governo federal, referente ao crack.

Os resultados esperados são o mapeamento das tendências de representação do crack, no âmbito do discurso oficial e da produção científica no país e a verificação do estado da arte na produção em saúde sobre o crack no Brasil, assim como do “status” de implementação da política pública de enfrentamento do crack.

Palavras-chave: crack, sistemas de informação em saúde, políticas públicas.

1. Introdução

Há um contraste entre o agendamento do crack, enquanto epidemia de saúde pública, e o relativo silêncio informacional sobre o assunto. Segundo documentos confidenciais da então Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE), divulgados em 2012 por intermédio da Lei de Acesso à Informação, desde 1987 o governo monitora a possibilidade de disseminação do crack, considerada uma droga de alto poder destrutivo. Em 1991, ano da primeira apreensão no país, os analistas de informação da SAE já associavam a presença do crack a “um possível aumento dos índices de criminalidade nos centros urbanos” (LUIZ, 2012).

Importa verificar não só a produção e análise dos dados disponíveis sobre o crack, mas também as razões da sua ausência ou rarefação. Onde se cala, também se produz uma ordem discursiva. Uma droga que origina rapidamente comportamentos disfuncionais e que atinge, majoritariamente, a população masculina jovem e economicamente ativa, demorou vinte e cinco anos para provocar o enfrentamento público. O crack não estava ausente, apenas sofria da mesma invisibilidade social de suas vítimas.

Há um desmembramento do usuário de crack em doente e delinqüente, com a balança tendendo mais para o segundo. Quem olha para uma cracolândia, não enxerga o risco de adoecimento, e sim, o de violência. A legitimação do discurso sobre o crack, baseada na retórica do risco, não necessariamente constitui um processo de esclarecimento da população:

Há, no entanto, uma diferença entre a tentativa de se constituir adesão e a de fazer da população um ator social crítico, participativo nas decisões tomadas no processo. [...] A legitimação sem esclarecimento tende a se tornar uma legitimação mecânica, formada a partir de um procedimento e, assim, fadada rapidamente a sucumbir. (GERALDES, 2008, p. 137-148).

Quais são os outros riscos presentes na questão?

- a) legitimar a criminalização do usuário de crack, como salvo-conduto para o tratamento policialesco daquela que já é considerada uma epidemia de saúde pública, agravando os episódios de violência;

- b) acentuar a culpabilização do usuário de crack no discurso midiático, como se risco fosse um atributo pessoal;
- c) a possível adesão popular à política de recolhimento compulsório, como forma de tratamento: médico ou estético? Do usuário ou da cidade, via higienização do espaço urbano?
- d) A combinação da retórica do risco com uma religiosidade sem efeitos colaterais, que implica a moralização do sofrimento e a ilusão de uma certeza de resposta;
- e) prolongar o agendamento eleitoral do crack a partir de 2012, ano em que as disputas municipais selam alianças para as eleições posteriores.

Há uma tendência a acentuar a volatilidade das cenas do crack. A percepção dos usuários da droga, fixados ao território das cracolândias, se desfaz na primeira investida policial. A cena do crack é móvel. O que, a princípio, se vislumbra como a retomada de controle da situação, pode se configurar como um possível aumento da sensação de insegurança na população. O consumo desterritorializado faz parte das estratégias de convívio com a droga, “na incurável fraqueza e instabilidade de todas as acomodações.” (BAUMAN, 1998, p.15). Não se estoura uma cracolândia, se espalha. E esse espraiamento contamina rápido o ambiente urbano, expondo a fragilidade da ordem.

2. Justificativa

Considerando a expansão do crack um fenômeno tipicamente urbano, ela sinaliza o que Guattari (1992) denomina “problema-cruzamento” das principais questões contemporâneas. Incômoda ocupação do espaço de exterioridade, o crack ultrapassa o limiar desejável de mistura urbana. Para Soares (2012, p.7), “a expectativa de avanço por um gradiente em direção ao vício devastador choca-se com a densidade simbólica e prática, emocional e social, das fronteiras erguidas pelos vários universos culturais a drogas específicas”.

Admitir que a exterioridade – em toda a sua complexidade: da ordem da mídia, dos processos urbanos, do corpo etc – tem literalmente uma entrada em nós é afastar-se de uma concepção intimista do desejo, na qual se reconhecem apenas as figuras familiares e a história pessoal. Ao contrário, conceber a subjetividade se engendrando coletivamente, mesmo que vivida individualmente, é considerar a heterogeneidade de seus componentes” (CAIAFA, 2002, p.36).

Segundo Alarcon (2008, p.267), “a invenção do crack se deu na década de 1980, e seu sucesso atrelou-se aos baixos custos para a sua produção e aquisição.” No Brasil, o crack não avançou silenciosamente, e sim, pelas classes silenciadas. E não veio sozinho. Nos anos 80, ao mesmo tempo em que penetrou no sudeste, por São Paulo, o ox, um derivado, fez o percurso no norte do país, se estabelecendo em Manaus. Por mais de uma década, ambos permaneceram uma não-questão social. Até que o crack emergiu, nos anos 90, em plena classe média, já vitimada pela “riscofobia” (CASTIEL, 2011, p.1). Seja pela distância geográfica, ou por ser um “primo pobre”, até hoje pouco se fala no ox. Mas o crack ganhou rosto e voz, amplificada na histeria da mídia.

Também na década de 90, a comunicação pública da ciência adotava como marco referencial a “teoria do déficit,” herdeira do modelo difusionista (BUCCHI, 2008. p. 58), com um estilo prescritivo, unidirecional e hierárquico, que pouco contribuía para o esclarecimento público. Some-se ao quadro as razões de Estado, a necessidade de controle sobre os riscos representados pelo crack.

As vulnerabilidades geradas pelo crack ocasionam diretamente inúmeros danos físicos, fragilizando as defesas imunológicas contra diversos agravos, tais como

HIV/AIDS e as hepatites. O seu uso continuado se traduz em isolamento, marginalização social e violência, corroborando a perda de esperança na vida e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

É preciso que pesquisadores, estudiosos e profissionais em geral, estejam engajados na busca de estratégias integradas e integradoras, centradas no ser humano que, momentaneamente ou não, vê-se impelido ao uso/abuso do crack, mas que deve ser vislumbrado, pelos profissionais, gestores e serviços de saúde como um ser singular e multidimensional. (RODRIGUES ET ALL, 2012, p. 10).

Apesar de toda a repercussão social alcançada pela temática, é preciso evidenciar a carência de informação em saúde sobre o crack, para que essa necessidade seja contemplado, no âmbito de atuação do SUS.

3. Referencial teórico

3.1 *Sistemas de Informação em Saúde*

Os sistemas de informação permitem a coleta, armazenamento, processamento, recuperação e disseminação de informações, para apoiar as funções operacionais e gerenciais. Segundo Moraes (1994 apud Machado, 2011), os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) têm o propósito de selecionar os dados pertinentes aos serviços de saúde e transformá-los na informação necessária ao processo de decisão, próprio das organizações e indivíduos que planejam, financiam, administram, proveêm, medem e avaliam estes serviços. O uso e impacto das informações geradas a partir de um sistema de informação na área da saúde, e seu potencial gerador de indicadores de saúde, estão diretamente ligados à qualidade dos dados produzidos.

Para Carvalho (2000, p. 236), os dados são uma representação da informação que, por sua vez, pode ser utilizada como um meio para a comunicação. A informação é o dado processado. Portanto, o que é informação em um determinado contexto, pode se tornar o dado em outro.

Segundo a Rede Interagencial de Informações para Saúde (Ripsa) (2008, p.13), “os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações em saúde”. O seu grau de excelência pode ser definido pelos seguintes critérios:

- a) validade (capacidade de medir o que se pretende), determinada por sua sensibilidade e especificidade;
- b) confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados, quando aplicados em condições similares);
- c) mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou de fácil obtenção);
- d) relevância (responder a prioridades de saúde);
- e) custo-efetividade (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos).

Segundo Branco (1996 apud Santana, 2005), identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para a análise da situação encontrada e subsidiar a busca de possíveis alternativas de encaminhamento é a finalidade da informação em saúde.

Ainda segundo a Ripsa (2008, p.13) “a disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação”, a programação de ações de saúde e o subsídio a decisões pertinentes ao quadro sanitário da população.

Segundo Maletta e Brandão (1985 apud Machado, 2011) as operações básicas inerentes ao SIS são:

- a) formulação de indicadores (definição de saídas e variáveis de controle, definição dos métodos, estatísticas e procedimentos de produção);
- b) coleta dos dados (origem e registro dos dados, agrupamento de documentos, controle de quantidade e conteúdo, transmissão);
- c) processamento dos dados (recepção e controle, codificação, pedido de informação adicional, transcrição, classificação e tabulação, controle de erros e inconsistências, cálculos básicos, apresentação dos resultados, análise geral dos dados)
- d) produção de informação (confronto dos indicadores com os padrões existentes para cada tipo de atividade, análise das discrepâncias).

Para Teixeira e Costa (2011, p. 815), a análise das condições de saúde, segundo as condições de vida dos grupos sociais inseridos no espaço urbano, facilita a identificação das desigualdades em saúde e dos seus determinantes sociais. As intervenções orientadas por esta concepção ampliada de vigilância em saúde contemplam não somente os danos (doenças e agravos) e os riscos como expressões de problemas, mas também as necessidades de saúde e os seus determinantes socioambientais, articulando ações de promoção da saúde, proteção à saúde e prevenção de doenças. As combinações tecnológicas necessárias à sua efetivação derivam da análise concreta dos problemas e das necessidades de saúde encontradas em cada distrito sanitário.

É preciso socializar os sistemas existentes, considerando as suas características, potencialidades e limitações, assim como descrever o acesso às informações, de forma a facilitar o entendimento pelo usuário comum e maximizar o uso adequado dos dados. Somente com o uso contínuo e sistemático da informação produzida por cada um dos sistemas será possível melhorar a qualidade da mesma, apontar erros e estimular quem produz o dado a aperfeiçoar seu trabalho.

3.2 Informação e risco em saúde

A maneira de tratar a informação é análoga à maneira de se tratar um paciente, um indivíduo, ou a coletividade. Formas diferentes de sociedade lidam com a informação de maneira diferenciada e produzem a tecnologia necessária para isso. A sociedade disciplinar (FOUCAULT, 2005, p. 178) lida com o desvio da norma. Já a sociedade de controle (DELEUZE, 1992, p. 220) lida com a inferência do risco.

O surgimento das grandes instituições (fábricas, prisões, escolas e hospitais), na proveniência dos efeitos da disciplina, a instituiu enquanto lugar do saber. A organização do espaço e tempo passou a incidir sobre a massa e os indivíduos, os corpos e a gestão produtiva. Sobre “os corpos dóceis” importa o controle, em molde espacial: distribuir, controlar a atividade, organizar as gêneses e administrar a composição de forças. “É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (FOUCAULT, 2005, p.117).

Para Canguilhem (2011, pp. 211-218) “Normar’, normalizar é impor uma exigência a uma existência, a um dado, cuja variedade e disparidade se apresentam, em relação à exigência, como um indeterminado hostil, mais ainda do que estranho”. Nesses termos, as diferenças reduzem-se a variações inscritas em uma só dimensão, como se fossem marcas sobre um contínuo. Na recuperação no histórico do termo, o autor menciona que, entre 1759 (surgimento da palavra “normal”), e 1834 (surgimento da palavra “normalizado”), “uma classe normativa conquistou o poder de identificar a

função das normas sociais com o uso que ela própria fazia das normas, cujo conteúdo determinava”.

Foucault (1979, pp. 190-214) constata que “os procedimentos da normalização colonizam cada vez mais os da lei”, construindo um discurso de autorização e legitimidade do poder. No século dezoito, no mesmo período de surgimento da norma, ocorre o advento da população, enquanto problema econômico e político. Importa agora conhecer o seu volume, crescimento e distribuição no território. “População-riqueza, população mão-de-obra ou capacidade de trabalho, população em equilíbrio entre o próprio crescimento e as fontes de que dispõe”.

Canguilhem (2011, p.218) observa que “a definição de normas higiênicas supõe o interesse que se dá – do ponto de vista político – à saúde das populações consideradas estatisticamente, à salubridade das condições de vida, à extensão uniforme dos tratamentos preventivos e curativos elaborados pela medicina”. O controle da natalidade, a regulação da sexualidade, a incidência de doenças, as migrações e moradias tornam-se objetos de saber e controle, num adensamento disciplinar na gestão da vida.

Para Vaz (2001, p.9), “a idéia de reabilitação está contida na de norma”. Em Canguilhem (2011, p.212), “uma norma se propõe como um modo possível de unificar um diverso, de reabsorver uma diferença, de resolver uma desavença”. O estado de natureza, descrito por Rousseau, é a imagem do equilíbrio espontâneo entre o mundo e os valores do desejo. Mas a idéia de norma substituiu a de natureza humana, definindo o erro pelo desvio, em detrimento da polissemia do termo. Vaz observa que:

[...] as técnicas estatísticas de construção da norma partem de uma população heterogênea, trabalhando os dados com a finalidade de construir a polaridade entre uma imensa maioria homogênea e o seu desvio. Já as técnicas de inferência estatística que calculam o risco partem de uma população heterogênea para nela encontrar vários sub-grupos homogêneos (PRATT, 1995). Nesse caso, nenhum indivíduo tem um risco zero em relação a alguma coisa; há apenas grupos com diferentes níveis de risco. (VAZ, 2001, p. 11).

“A utilização de estudos probabilísticos utilizando escalas de exposição a fatores de risco, em relação a diversos agravos”, fundamentou a epidemiologia ricológica (CASTIEL ET ALL, 2011, p. 136). O conceito de fator de risco rompe a fronteira entre saúde e doença, implícita aos conceitos de norma e desvio da norma. Já não somos apenas saudáveis ou doentes, vivemos permanentemente em risco. Essa predisposição cotidiana ao adoecimento implica mudanças no cuidado de si. Há uma redistribuição de responsabilidades, que onera o presente e tende a nos colocar em dívida com um futuro supostamente saudável.

Para Deleuze (1992, p.224), a disciplina entrou em crise, uma crise dos meios de confinamento, trazendo em conseqüência a flexibilização nas relações disciplinares e a modulação para o controle, em perspectiva temporal. O espaço é mais dispendioso e trabalhoso. O tempo é mais flexível, modular. “O controle é de curto prazo e de rotação rápida, mas também contínuo e ilimitado, ao passo que a disciplina era de longa duração, infinita e descontínua”.

Durante a vida, ao “caminhar” entre as instituições disciplinares, da família para a escola, e desta para o trabalho, o indivíduo se encontrava numa situação de “quitação aparente”. Já nas sociedades de controle, surge a figura da “moratória ilimitada: o homem não é mais o homem confinado, mas o homem endividado. Os indivíduos tornaram-se ‘dividuais’, divisíveis, e as massas tornaram-se amostras, dados, mercados ou ‘bancos’” (DELEUZE, 1992, p. 222). Vaz (2004, p.11) observa, apud Hacking (1990) que “é preciso uma avalanche de dados para que conceitos como homem médio e norma surjam”.

Para Sodré (2008),

Vivemos uma verdadeira mutação tecnológica, que decorre de maciça concentração de capital em ciências como engenharia microeletrônica, computação biotecnologia e física. Em seguida, esbatida contra este pano de fundo, a ‘informação’ [...] vem designando modos operativos, baseados na transmissão de sinais, desde estruturas matemáticas até as organizacionais e cognitivas. (SODRÉ, 2008, p. 222).

Em suma, o cenário da informação reduz toda uma gama de conhecimentos a modos operativos, garantindo legitimidade, enquanto produção de conhecimento, ao que se encontra focalizado nessa mesma concepção informacional.

Segundo Deleuze (1992, p.225), “o estudo sociotécnico dos mecanismos de controle deveria ser categorial e descrever o que já está em vias de ser implantado no lugar dos meios de confinamento disciplinares”. No regime dos hospitais, o autor destaca “a nova medicina ‘sem médico nem doente’, que resgata doentes potenciais e sujeitos a risco, que de modo algum demonstra um progresso em direção à individuação”. Poderíamos apontar, enquanto novo dispositivo sociotécnico de controle, que Vaz (2003, p.1) descreve como a auto-vigilância, associada “à crescente relevância do conceito epidemiológico de risco, na problematização de comportamentos relativos à saúde”. Hipótese essa convergente com os estudos de Castiel et al (2011, pp. 73-124) sobre a “biopolítica” e a “hiperprevenção” em saúde.

3.3 Crack e sistemas nacionais de informação em saúde

O Brasil é país signatário da Organização Mundial de Saúde e adota a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), na estruturação dos sistemas nacionais. A inexistência de código específico para o crack na versão atualmente utilizada, a CID-10, agrava a subnotificação e não permite que os sistemas nacionais de informação em saúde reflitam a realidade de enfrentamento do crack. O código mais próximo seria o “F14 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína.” (OMS, 1993, p. 324). Mas o diagnóstico associado a distúrbios de ordem psíquica implica acompanhamento médico prévio, sendo inexato no que se refere aos agravos físicos.

A invisibilidade do crack nas políticas de saúde pública foi recompensada pela histeria da mídia no enquadramento da questão, o que levou ao agendamento da temática no Plano Plurianual 2012/2015 – “Plano Mais Brasil”, por meio da agenda transversal “Políticas para prevenção, atenção e reinserção social de

usuários de crack, álcool e outras drogas”, vinte e cinco anos após o início do monitoramento governamental da presença da droga no país.

Um dos reflexos do pouco lastro de informação em saúde pública sobre o crack é a transposição de padrões comportamentais da adição por Cocaína, para o usuário de crack. No documento “Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína / Crack no Sistema Único de Saúde,” disponibilizado pelo Ministério da Saúde em abril de 2010, e colocado em consulta pública no período de 11.06.2010 a 31.08.2010, um dos pontos consensuais para a caracterização dos usuários de crack / cocaína é a funcionalidade. Esta é entendida como o “grau de rupturas que o usuário de crack apresenta em sua vida social, em decorrência do uso da substância, caracterizando um padrão funcional ou disfuncional” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, pp. 4 e 5).

Via de regra, o crack não é a primeira opção de uso, a não ser pelo baixo custo. É plausível encontrar usuários endividados por drogas mais nobres que, por necessidade econômica, recorrem ao crack como alternativa de consumo. Dessa maneira, já iniciam a adição num grau elevado de comportamento disfuncional. Outro fator a considerar é a temporalidade diferenciada na evolução do vício. Aqui, há um possível paralelo entre a recorrência de uso e a rapidez na dependência. Os usuários de crack, seja por já chegarem à pedra numa etapa posterior do convívio com as drogas, seja pela volatilidade do seu efeito, são alvo não só de uma fissura maior, mas também da dependência mais rápida.

Para Alarcon (2008, p. 268), a dependência química do usuário de crack não se inicia com o seu uso, “mas bem antes, em um processo longo e tortuoso, que culmina na ‘opção’ compulsória de utilizar a base bicarbonada (crack), pelas restrições econômicas que interdita o uso regular do cloridrato hidrossolúvel (cocaína)”.

Nesses termos, a categorização funcional/ disfuncional não deveria ser aplicada indistintamente ao usuário de cocaína e ao de crack. O fato de este ser um derivado do pó, não necessariamente assemelha padrões comportamentais. Para Soares (2012, p.7) “as experiências de consumo são descontínuas, assim como os produtos e seus efeitos são diferentes entre si, do mesmo modo que

os campos instaurados por relações de uso e de convivência ou negociação (de significados ou produtos) são distintos”. No dizer do autor, não há um “destino prefixado pelo congelamento do desejo”.

3.4 Crack e campanhas de utilidade pública – Governo Federal

O ano de 2012 será marcado como aquele em que os poderes públicos iniciaram a implementação de políticas públicas transversais de enfrentamento do crack. A linha de comunicação adotada nas campanhas de utilidade pública do Governo Federal privilegia o estímulo ao diálogo aberto, entre pais e filhos. O diálogo e o esclarecimento, a família e a educação. A tentativa de manutenção do “consenso ativo”¹, numa classe média ameaçada pelo avanço do crack em suas fileiras. Mas atrelar as ações governamentais ao enfrentamento policial-militar enfraquece o apelo, na mesma medida em que ressalta a disciplina coercitiva.

Por outro lado, o apelo de consenso dirigido à classe média continua desfocado do público-alvo original do crack. Não adianta restringir o discurso à “mordida da consciência” (VAZ, 2011, p.4), aonde “a punição veste a máscara da mais doce correção de modos, para o bem do pobre consumidor infantilizado” (SOARES, 2012, p.7). O que houve foi uma abertura do leque de consumidores, e não o isolamento de quem agora personifica o risco embutido nas cracolândias.

3.5 Crack e comunidades terapêuticas

No âmbito da desestabilização do quadro hegemônico vigente, cabe perguntar qual é o mapa de expansão social possível. Como fomentar e diversificar dispositivos que fortaleçam a participação da sociedade civil?

¹ Para Gramsci, “a sociedade política é o aparelho de coerção estatal que assegura legalmente a disciplina dos grupos que não consentem, nem ativa nem passivamente, mas que é constituído para toda a sociedade, na previsão dos momentos de crise no comando e da direção, quando fracassa o consenso espontâneo” (COUTINHO, 1999, p. 130).

Segundo as estratégias adotadas no Plano Nacional de Saúde 2012 – 2015,

A atenção em saúde mental tem se caracterizado pelo crescente fortalecimento das estratégias territoriais e comunitárias como fundamento central, o que encontra equivalente nas curvas inversamente proporcionais dos financiamentos extra-hospitalares (em ascensão) e hospitalares (em queda). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 47).

Na rede de apoio proposta pelo governo, destaca-se a iniciativa de fomento às Comunidades Terapêuticas, “visando à reabilitação e reinserção social dos usuários de crack e outras drogas” (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, 2011, p. 309).

Para Sodré (2008, p.224) , quando o termo (comunidade) foi elevado à categoria sociológica, “converteu-se numa espécie de ícone de um passado cuja perda se lamenta em vista da desestruturação morfológica das relações sociais e da atomização dos indivíduos nos grandes centros urbanos.”.

Por sua vez, Castiel et all (2011, pp.126-132) constatam que os “dispositivos técnico-científicos imunitários que produzem risco e insegurança” se contrapõem a modelos comunitários. “A procura de segurança ocupa, na nossa época, a forma de segurança individualista em termos de saúde”.

Ao considerar a inserção de estruturas comunitárias no enfrentamento do crack tem-se, por um lado, “o vigor que aporta a palavra, em especial, seu propósito aglutinador de singularidades”. Mas por outro, “o risco de lançar mão da proposta comunitária, como de tantas outras, dentro duma perspectiva instrumental” (PAIVA, 2007, pp. 120-125).

Ativar o sentimento de agregação implica reconhecer, para as estruturas comunitárias, uma conformação nitidamente política. Nessa dinâmica, “o conceito de comunicação aponta para a movimentação concreta de toda comunidade. Evidencia que se trata de pôr em comum as diferenças práticas na dinâmica de realização do real.” (SODRÉ, 2008, p.225). Não restritas à instrumentalização terapêutica, a proposta comunitária pode se tornar dispositivo indutor do próprio resgate da cidadania, numa perspectiva ampliada do processo de dependência química.

3.6 Juvenilização do consumo de crack

Nos últimos anos, houve um recrudescimento do foco socialmente seletivo da política criminal e de segurança pública, sobre jovens pobres e negros:

No Rio de Janeiro, segundo pesquisa para o PNUD de Luciana Boiteux e Elie Wiecko, de 2009, 80% dos presos por tráfico são jovens entre 16 e 28 anos, primários. A grande maioria foi capturada em flagrante, não portava arma, não agia com violência, não tinha ligação com organização criminosa. (SOARES, 2012, p.2).

Carneiro Leão menciona que “a estrutura do comportamento jovem é constituída essencialmente por um projeto de possibilidades por virem. O comportamento jovem não é uma condição etária, é uma condição humana” (CARNEIRO LEÃO, 2000, p. 41).

Por sua vez, numa sociedade que valoriza a afirmação de perfis heterogêneos, o trânsito nos espaços de saber e poder, de controle e domínio, garante acesso ao consumo da diversidade. Para Bauman (1988), é necessário:

[...] mostrar-se capaz de ser seduzido pela infinita possibilidade e constante renovação promovida pelo mercado consumidor, de se regozijar com a sorte de vestir e despir identidades, de passar a vida na caça interminável de cada vez mais intensas sensações e cada vez mais inebriante experiência. Nem todos podem passar nessa prova. Aqueles que não podem são a **sujeira** da pureza pós-moderna. (BAUMAN, 1988, p. 23, grifo do autor).

Sob o prisma da reciprocidade e de sua lógica social, indivíduos desqualificados e que desqualificam a sociedade ou instâncias dela não vivenciam a possibilidade de reconhecimento mútuo. Crianças e adolescentes pobres, que iniciam muito cedo a adição por crack, “se tornam ‘nóias’, literalmente, sujeira” (GEY, 2009, p.3).

Para Carneiro Leão (2000),

[...] não encontrando espaço de expansão para suas possibilidades de futuro, a juventude contesta e contradefine o sistema de controle em

todos os níveis da linguagem: no verbal e imaginativo, no gestual e perceptivo, no situacional e coletivo. Pois é aqui, na dinâmica desta contradefinição, que se insere o uso de drogas e entorpecentes. (CARNEIRO LEAO, 2000, p. 42)

O que não implica, necessariamente, a definição de posicionamentos estanques, mas pressupõe os atravessamentos de uma mesma lógica, que perpassa as descontinuidades do mesmo tecido social. “Cada ordem gera seus próprios estranhos, preparando o estranho à sua própria semelhança e medida” (BAUMAN, 1998, p. 23).

3.7 Políticas públicas

3.7.1 Ciclo orçamentário

O processo de planejamento governamental se inicia com os cenários prospectivos elaborados no Plano Plurianual (PPA), principal instrumento estratégico da administração pública. O PPA da União para o período de 2012 a 2015 foi instituído pela Lei Nº 2.593, de 18 de janeiro de 2012, com o objetivo de definir diretrizes, objetivos e metas para viabilizar a implementação e a gestão das políticas públicas, orientar a definição de prioridades e auxiliar na promoção do desenvolvimento sustentável.

Desenhado para um horizonte de quatro anos, o PPA cobre do segundo ao último ano de uma gestão e alcança o primeiro ano da sucedânea, visando garantir uma solução de continuidade na execução orçamentária. A partir do PPA, é elaborada anualmente e publicada no segundo semestre a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), cuja função é orientar as prioridades e os limites fundamentais da Lei Orçamentária Anual (LOA).

A proposição da LOA é de iniciativa do Executivo, sendo submetida à apreciação e aprovação do Congresso Nacional no mesmo exercício, entrando em vigor no ano subsequente. Uma vez publicada, tem-se a definição do quadro orçamentário, cuja implementação depende do cumprimento das metas de arrecadação fiscal. Caso não sejam atingidas, corre-se o risco de

contingenciamento, restringindo o financeiro disponível para a execução orçamentária.

A análise da execução orçamentária possibilita conhecer o que passou pelo filtro de todas as etapas de planejamento, negociação no Congresso e captação de recursos via arrecadação fiscal, e efetivamente se materializou em resultados para a população, aferindo o grau de eficiência governamental na gestão da coisa pública.

3.7.2 “Plano Mais Brasil”

No Plano Plurianual da União para o período de 2012 a 2015, denominado pela gestão Dilma Rousseff *Plano Mais Brasil*, foram definidos onze macrodesafios, priorizados em vinte e duas agendas transversais, dentre as quais destacamos a de “Políticas para prevenção, atenção e reinserção social de usuários de crack, álcool e outras drogas”, sob a coordenação do Ministério da Justiça. No levantamento do PPA 2012-2015, há a participação de nove programas temáticos nessa agenda, com quinze objetivos e 46 metas relativas ao enfrentamento do crack (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2011).

3.7.3 Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012 – 2015

Um estudo realizado pelo Cebrid em 2005 revelou que 0,7% das pessoas entrevistadas havia usado crack pelo menos uma vez na vida (cerca de 391 mil pessoas), 0,1% havia usado crack no último ano e 0,1% havia usado crack no último mês. O Ministério da Saúde estima que atualmente (2012) esse número chegue a 600 mil pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O Plano Nacional de Saúde foi criado para orientar a gestão federal, no período 2012 a 2015. Estruturado em 16 diretrizes, ele compreende as ações estratégicas e os compromissos para o setor, tendo sido discutido e aprovado no Conselho Nacional de Saúde (CNS), além do diálogo com Estados e municípios, por meio da apresentação à Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Composto por duas partes, na primeira encontra-se o resumo das condições de saúde da população brasileira, o acesso às ações e serviços e questões

estratégicas para a gestão do SUS. A segunda aponta as diretrizes e metas a serem alcançadas, que contribuirão para atingir o objetivo de aprimoramento do SUS.

Na diretriz quatro do PNS: “Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas”, encontra-se a estratégia de ampliação do acesso e qualificação do tratamento a usuários e dependentes de álcool, crack e outras drogas e aos seus familiares.

No plano integrado de enfrentamento do crack e outras drogas, o componente da saúde consiste em aprofundar as ações de desenvolvimento e a continuidade da diversificação dos serviços e medidas de saúde relacionadas ao consumo desta droga, entre as quais: a criação de protocolos de atendimento; o desenvolvimento de ações de educação permanente, com a implantação de escolas de redução de danos e de centros regionais de referência para formação de profissionais de saúde; a execução de campanhas de prevenção da dependência de drogas; o apoio à expansão dos consultórios na rua com equipe multidisciplinar volante; a criação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) 24 horas e de casas de acolhimento transitório; a habilitação e financiamento diferenciado para leitos em hospitais gerais; o estabelecimento de parcerias com comunidades terapêuticas para ampliar o número de leitos de retaguarda e a reinserção social dos usuários (pp. 46,47,76).

3.7.4 14ª Conferência Nacional de Saúde

No relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em dezembro de 2011, foram definidas quinze diretrizes e propostas, dentre as quais destacamos a de número 13: “consolidar e ampliar as políticas e estratégias para saúde mental, deficiência e dependência química”, para a qual foram aprovadas 13 propostas, referenciando o SUS, enquanto serviço de saúde pública devidamente estruturado para atender à demanda crescente de tratamento para usuários de crack (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

3.7.5 Programa Pesquisa Para o SUS (PPSUS)

O PPSUS foi criado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (Decit/ SCTIE/ MS), com a colaboração do CNPq, Finep, Unesco, Opas, Fundações de Amparo a Pesquisa, Secretarias Estaduais de Saúde e de Ciência e Tecnologia. No Portal do Ministério da Saúde, o PPSUS disponibiliza o sistema “Pesquisa Saúde”, no endereço: <<http://pesquisasaude.saude.gov.br/bdgdecit/>>, com informações acerca dos 3.902 projetos financiados pelo Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), no período 2002 a 2012 (CONASS, 2007). O sistema comporta diversos critérios de busca (região, modalidade de fomento, edital, instituição, palavra-chave, entre outros), apresentando como resultados e indicadores na forma de gráficos e tabelas, permitindo a exportação de resultados para planilhas eletrônicas.

4. Objetivos

4.1 Objetivo geral

Analisar o cenário atual de representação do crack, enquanto temática multidisciplinar e polissêmica, por meio do monitoramento de informação científica e da execução orçamentária da agenda transversal “Políticas para prevenção, atenção e reinserção social de usuários de crack, álcool e outras drogas”, integrante do PPA 2012/2015.

4.2 Objetivos específicos

São objetivos específicos desse projeto:

- a) analisar o processo de formação das políticas públicas de enfrentamento do crack, na transição da abordagem conjunta cocaína / crack (2010), para o tratamento diferenciado das especificidades da questão (2012);
- b) investigar a informação em saúde sobre o crack gerada pelo fomento à produção e desenvolvimento da agenda nacional de prioridade de pesquisa em saúde no Brasil;
- c) identificar a produção acadêmica e científica (teses, dissertações, artigos, livros, capítulos de livro), referentes ao crack;
- d) complementar a análise da produção acadêmica de teses e dissertações sobre o crack, arquivadas no Banco de Teses da Capes;
- e) acompanhar a execução orçamentária da “Agenda Transversal 18 – Políticas para prevenção, atenção e reinserção social de usuários de crack, álcool e outras drogas”, do PPA 2012/2015.

5. Metodologia

Para atingir o objetivo específico (a) serão realizadas análises dos documentos oficiais “Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína / Crack no Sistema Único de Saúde” (2010); “Plano Mais Brasil – PPA 2012/2015 – Agendas Transversais” (2011); “Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: Todos Usam o SUS. SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro” (2012) e “Plano Nacional de Saúde 2012 / 2015” (2012).

Com relação ao objetivo específico (b), será feita consulta ao sistema “Pesquisa Saúde”, por meio de busca com a palavra-chave “crack”. Uma vez que a pesquisa nesse sistema já se encontra contextualizada no campo da saúde, não é necessária a especificação do termo, para filtrar os resultados de busca.

Para atingir o objetivo específico (c), será realizada uma busca na plataforma Lattes, a partir dos nomes dos pesquisadores identificados no PPSUS, para verificar a respectiva produção científica. Essa busca será complementada pela identificação e produção dos demais pesquisadores, integrantes dos seus grupos de pesquisa.

Para alcançar o objetivo específico (d) toma-se por base o resultado preliminar da pesquisa exploratória realizada para a elaboração desse projeto, por meio da qual detectou-se a necessidade de um estudo do tipo revisão sistemática, com base na modalidade revisão integrativa, no período 2009 / 2012, no Banco de Teses e Dissertações da Capes. A opção por essa metodologia e a delimitação do referido período deve-se ao fato de a mesma já ter sido utilizada com relação ao período anterior, de 1996, ano de defesa da primeira dissertação brasileira sobre o crack no país, até 2008, na produzida por Diego Rodrigues et al, “Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras”, publicada em maio de 2012. A busca deverá ser feita por meio da palavra-chave “crack”, acompanhada pelos especificadores “saúde” e/ou “drogas”, uma vez que foi detectado que o resultado obtido sem esse filtro recupera inúmeras pesquisas no campo da engenharia.

Para contemplar o objetivo específico (e), será realizada a leitura e análise da execução orçamentária da referida agenda transversal “Políticas para prevenção, atenção e reinserção social de usuários de crack, álcool e outras drogas”, utilizando-se a metodologia de uso corrente na administração pública, por meio dos documentos oficiais publicizados periodicamente pelo Executivo, em atendimento às normas constitucionais.

O projeto não necessita da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que serão utilizados apenas dados de domínio público, disponíveis na internet.

6. Resultados esperados

São resultados esperados nesse projeto:

- a) mapeamento das tendências de representação do crack, no âmbito do discurso oficial e da produção científica no país;
- b) verificação do “status” atual de produção em saúde sobre o crack no Brasil;
- c) verificação do “status” de implementação da agenda transversal “Políticas para prevenção, atenção e reinserção social de usuários de crack, álcool e outras drogas”.

7. Referências consultadas

7.1 Livros

BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BUCCHI, Massimiano e TRENCH, Brian (Orgs.). **Handbook of public communication of science and technology**. Simultaneously published in the USA and Canada, Routledge, 2008.

CAIAFA, Janice. **Jornadas urbanas**. Exclusão, trabalho e subjetividade nas viagens de ônibus na cidade do Rio de Janeiro. FGV Editora, 2002.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro, Forence Universitária, 7ª ed., 2011.

CARVALHO, Marília Sá. **Informação: da produção à utilização**. In: ROZENFELD, Suely (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2000.

CASTIEL, Luis David, SANZ-VALERO, Javier e VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto. **Das loucuras da razão ao sexo dos anjos: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2011.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2ª ed., 1999.

DELEUZE, Gilles. **Conversações: 1972-1990**. Rio de Janeiro, Editora 34, 1992.

GERALDES, Elen. **Comunicação científica na sociedade de risco**. Brasília, Universa, 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I – A vontade de saber**. Rio de Janeiro, Graal, 14ª ed., 1988.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, Graal, 8ª ed., 1979.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis, Vozes, 30ª ed., 2005.

GUATTARI, Felix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. São Paulo, Ed. 34, 1992.

LEÃO, Emanuel Carneiro. **Juventude e tóxico**. In: **Aprendendo a pensar**. Rio de Janeiro, Vozes, Volume I, 4ª ed. 2000.

PAIVA, Raquel. **O espírito comum** – Comunidade, mídia e globalismo. Rio de Janeiro, Mauad, 2007.

TEIXEIRA, M. G. & COSTA, M. C. N. **Vigilância Epidemiológica: políticas, sistemas e serviços**. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, Cebes, 2ª reimp., 2011.

SODRÉ, Muniz. **Antropológica do espelho: uma teoria da comunicação linear e em rede**. Petrópolis, Vozes, 3ª. ed., 2008.

VAZ, Paulo. **Risco e Justiça**. In: CALOMENI, Teresa Cristina B. (Org.). Michel Foucault – Entre o murmúrio e a palavra. Campos, Faculdade de Direito de Campos, págs. 101-131, 2001. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/7253460/Vaz-Paulo-RG-Risco-e-Justica>>. Acesso em: 17.07.2012.

7.2 Dissertações e artigos científicos

ALARCON, Sérgio. **O diagrama das drogas: cartografia das drogas como dispositivo de poder na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro, Tese de Doutorado em Ciências (Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, 2008. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/2597> >. Acesso em: 27.07.2012.

GEY, E. **Os tempos e os espaços das drogas**. In: **Toxicomania: incidência clínicas e socioantropológicas**. EDUFBA, 2009. Disponível em: <<http://www.twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Obra175>>. Acesso em: 25.07.12.

MACHADO, Cláudio. **Acidentes crotálicos no Estado do Rio de Janeiro: há problemas de informação?** Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2011. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5515>>. Acesso em: 16.10.2012.

RODRIGUES, Diego S. et all. **Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras**. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, maio de 2012.

SANTANA, Rosane Abdala Lins de. **Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas: o desafio da padronização dos dados**. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2005. Disponível em: < <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/1322> >. Acesso em 16.10.2012.

SOARES, Luis Eduardo. **Contra a drogafobia e o proibicionismo: dissipação,**

diferença e o curto-circuito da experiência. Disponível em: <http://www.luizeduardosoares.com/?p=1017>. Acesso em: 20.09.12.

VAZ, Paulo e BRUNO, Fernanda. **Types of Self-Surveillance:** from abnormality to individuals 'at risk'. In: Surveillance & Society - Foucault and Panopticism Revisited. Vol. 1, No 3, 2003. Disponível em: www.library.queensu.ca/ojs/index.php/surveillance-and-society/article/view/3341. Acesso em: 11.07.2012.

VAZ, Paulo. **Risco e Justiça**. In: CALOMENI, Teresa Cristina B. (Org.). Michel Foucault – Entre o murmúrio e a palavra. Campos, Faculdade de Direito de Campos, págs. 101-131, 2001. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/7253460/Vaz-Paulo-RG-Risco-e-Justica>. Acesso em: 17.07.2012.

7.3 Fontes oficiais

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína / Crack no Sistema Único de Saúde** - Texto preliminar destinado à consulta pública. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. 04.2010. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abordagem_sus.pdf. Acesso em: 30.07.2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde 2012 / 2015**. Brasília, Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Série B: Textos Básicos de Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde 2012 / 2015**. Brasília, Secretaria-Executiva, Sub-Secretaria de Planejamento e Orçamento, 11.2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. **Plano Plurianual 2012 - 2015** – Plano Mais Brasil. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Versão 01.12.2011. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/PPA/2012/mensagem_presidencial_ppa.pdf. Acesso em: 06.08.2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. **Plano Mais Brasil 2012 - 2015** – Agendas transversais. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Versão 01.12.2011. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/PPA/2012/mensagem_presidencial_ppa.pdf. Acesso em: 06.08.2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde:** Todos Usam o SUS.

SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 2012.

CONASS. **Ciência e tecnologia em saúde.** Brasília, CONASS, Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, Volume 4, 1ª ed., 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** São Paulo, Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, Universidade de São Paulo, Edusp, 2ª ed. revista, 1994.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil:** conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa,. Brasília, 2ª ed., 2008.

7.4 Periódicos

BIDERMAN, Iara. **Riscofobia gera mais ansiedade que prevenção, diz especialista.** In: **Folha de São Paulo. Seção** Equilíbrio e Saúde. 11.04.2011. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/901040-riscofobia-gera-mais-ansiedade-que-prevencao-diz-especialista.shtml>. Acesso em: 15.08.2012.

LUIZ, Edson. **Governo sabia do crack desde 1987 e nada fez.** In: **Correio Braziliense,** 03 ago. 2012. Disponível em: <http://clippingmp.planejamento.gov.br/cadastros/noticias/2012/8/3/governo-sabia-do-crack-desde-1987-e-nada-fez/>>. Acesso em: 15.08.2012.

8. Cronograma (planilha anexa)

9. Orçamento

Esse item não se aplica ao projeto em pauta, uma vez que o mesmo será desenvolvido com a infraestrutura de trabalho do Ministério da Saúde, órgão de lotação da servidora proponente.