

TEXTO 04



O surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Programa Atitude e Conselhos de Políticas Públicas Sobre Drogas

Chegamos ao nosso último módulo do curso Autoinstrucional “Acolhimento em Políticas Sobre Drogas no SUAS” foi um prazer imenso compartilhar com vocês tantas provocações para pensar, refletir e melhorar o acolhimento as famílias e usuários de drogas nos equipamentos do SUAS.

No texto quatro (4) iremos dar continuidade à discussão sobre a importância do SUS na implementação de políticas públicas para tratamento aos usuários de drogas, sobre a reforma psiquiátrica e a criação do Ministério da Saúde dos Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas (CAPS). Abordaremos também a Lei nº 14.561, de 26 de dezembro de 2011 que institui, no âmbito do Poder Executivo, a Política Estadual sobre Drogas, e dá outras providências.

E, ainda, trataremos também sobre o Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas – CEPAD, instituído pela Lei Nº 14.561, de 26 de dezembro de 2011, órgão normativo, consultivo, de deliberação coletiva e de natureza paritária, integrado ao Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Álcool e outras Drogas – SIEPAD, conforme Decreto nº 39.667, de 1º agosto de 2013, que tem a finalidade de dedicar-se às ações de redução da oferta, demanda e danos relacionados às drogas, cumprindo-lhe integrar, estimular e coordenar a participação de todos os segmentos sociais do estado e municípios, de modo a assegurar a máxima eficácia dessas ações.



Atualmente para o Ministério da Saúde, o trabalho em equipe / multidisciplinar é preconizado para a realização da mudança de atitudes relacionadas à saúde, e, neste sentido, a interação interdisciplinar precisa ser grande, onde trabalhadores de diferentes formações e conhecimentos interagem para que efetivamente se realizem ações de cuidado ao paciente, com intervenção técnica e científica (FIGUEIREDO, 2012).

Entretanto, sabemos que a realização de trabalho em equipe não é um processo fácil, com a modernidade e globalização, mudam as doenças, as práticas de saúde e os hábitos de vida, e os profissionais precisam se atualizar frequentemente, para compor efetivamente uma equipe. Assim para atender a demanda de usuários de álcool e drogas, o Ministério da Saúde criou os Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas (CAPS AD), para que possam realizar um atendimento diário aos usuários, substituindo a internação, buscando promover a reabilitação psicossocial, prezando pelo cuidado, atenção e articulação de toda a rede que dispõe a atenção, integrando para isso uma equipe multidisciplinar (DUARTE & DALBOSCO, 2011).

No fim da década de 80, aconteceram vários movimentos significativos na área da saúde, onde sobressai a VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, ocasião em que surgiu uma nova concepção de saúde legitimando na então nova Constituição Federal, de 1988, o lema “Saúde – direito de todos e dever do Estado”, fundamento da Lei Orgânica da Saúde na forma das Leis Federais nº 8.080/906 e nº 8.142/907 (BRASIL, 2004). O processo da Reforma Psiquiátrica tem como objetivo a reestruturação da assistência, para substituição do modelo asilar, criando novos métodos de assistência que possam substituí-lo.

Retomando o fio da meada da história, cabe ressaltar que antes da regulamentação dos CAPS pelo Ministério da Saúde, surgiu um primeiro CAPS, com o nome de Professor Luiz da Rocha Cerqueira, também conhecido como CAPS Itapeva, em São Paulo, no ano de 1987, seu nome homenageia o antigo coordenador de Saúde Mental do Estado que, na década de 1970, contribuiu para a construção de novos rumos no atendimento de pacientes com transtorno mental grave, através da implantação de políticas de saúde mental contrárias ao modelo centrado em longas internações em hospitais psiquiátricos. Este veio a ser o primeiro serviço substitutivo dos hospitais psiquiátricos da rede pública, “passando a exercer forte influência na criação ou transformação de muitos serviços por todo o País” (AMARANTE, 1995, p. 82).

Após 20 anos da criação do primeiro CAPS, o Ministério da Saúde, atualizou as normas de funcionamento dos CAPS, por meio das publicações Ministeriais nº 336/02 e nº 189/02, criando modalidades diferentes dos serviços, obedecendo algumas regras, como: população, atividades desenvolvidas e equipe mínima. Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS se caracterizam por ser:

Um serviço comunitário ambulatorial que toma para si a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência. Deve garantir relações entre trabalhadores e usuários centradas no acolhimento, vínculo e na definição precisa de responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam a melhor qualidade de vida e inclusão sociais possíveis (BRASIL, 2002).

É função dos CAPS

- prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;
- acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território;
- promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais;
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação;
- dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica;
- organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios;
- articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território
- promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

No modo da atenção psicossocial “a loucura e o sofrimento psíquico não têm mais de serem removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como partes da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito” (COSTA-ROSA, 2000, p. 155).

A partir destes princípios e definições, a equipe multidisciplinar tem como objetivo o tratamento e a reabilitação dos usuários, assumindo em suas ações esse novo projeto terapêutico para o qual é preciso ir além das

técnicas tradicionais e romper com alguns fundamentos médicos – psiquiátricos de doenças mentais, que via de regra determinam o isolamento do usuário. As equipes dos CAPS usam de recursos diferentes, desde a estrutura física da unidade que muda, passando pelas especializações dos profissionais, uso de técnicas artísticas, culturais, educativas, além de grupos terapêuticos, consultas médicas, acompanhamento de enfermagem e psicologia. Para que possa ter sucesso na reabilitação psicossocial, as ações e os meios de trabalho devem ser coordenados para essa finalidade. Compreendendo que o sofrimento psíquico envolve um conjunto de eventos

biológicos, sociais, emocionais, psicológicos, culturais e políticos, neste caso, devem existir várias formas de atenção, para que as ações de cuidado e inserção na comunidade sejam integralizadas, com melhoria das atenções necessárias a cada usuário.

Os CAPS podem ser de tipo I, II, III, álcool e drogas (CAPSad) e infantojuvenil (CAPSi). Para sua implantação deve-se primeiro observar o critério populacional, cujos parâmetros são definidos da seguinte forma (Ref.:Portaria GM nº. 336, de 19/02/02):

Municípios até 20.000 habitantes – rede básica com ações de saúde mental;
Municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes – CAPS I e rede básica com ações de saúde mental;

Municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes – CAPS II, CAPS ad e rede básica com ações de saúde mental;

Municípios com mais de 200.000 habitantes – CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSi e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU.

Deve-se ainda observar a realidade local, para a escolha do tipo de CAPS mais adequada ao porte do município.

Através de um trabalho interdisciplinar e integral, diversas ações são desenvolvidas nos CAPS AD no intuito de cuidado aos usuários de drogas, como o acolhimento universal e incondicional ao paciente e seus familiares. Especificamente com relação ao crack, busca-se acolher usuários de crack que demandem ajuda, mesmo aqueles que não demonstrem desejo de interromper o consumo, tratar abstinências leves de crack em nível ambulatorial, realizar busca ativa em articulação com atenção básica em casos de abandono de tratamento; desenvolver oficinas terapêuticas; e apoiar um trabalho dentro da perspectiva de Redução de Danos (RD), suporte e apoio a familiares (BRASIL, 2010).

O Sistema Único de Assistência Social, de modo diferente ao processo adotado pela saúde, que desenvolveu diretrizes sólidas pautadas na redução de danos e com serviços especializados para cuidar de pessoas que usam drogas — considera esse público como usuário do SUAS, embora não haja em sua política nacional equipamentos específicos com essa finalidade. Importa destacar a valiosa incorporação do SUAS, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas do governo federal, que implementou o Programa “Crack, é Possível Vencer” em 2012.

Embora muitas análises apontem para equívocos na implementação desse programa, seja pelos termos utilizados, pelos mecanismos de repressão em cenas de uso ou pela forma da

inserção política das comunidades terapêuticas, é fundamental, no entanto observar alguns avanços conquistados, a citar a criação de estratégia intersetorial definida pelo governo federal:

[...] organizar as suas ações em três eixos: prevenção, cuidados — envolvendo as áreas de saúde e assistência social, e autoridade — envolvendo a segurança pública. O Programa *Crack, é Possível Vencer* possibilitou a implantação, a ampliação e a qualificação das ações das respectivas áreas envolvidas, de forma descentralizada, para estados, municípios e Distrito Federal, com a participação e cofinanciamento nos três níveis de governo (BRASIL, 2016, p. 11).

Outro fator relevante foi a publicação, pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), em 2016, de um documento norteador, intitulado “Orientações técnicas de atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas”, cuja proposta central é:

Reconhecer que estas pessoas e suas famílias estão vivenciando uma série de vulnerabilidades e risco por violação de direitos como: como a fragilidade ou ruptura de vínculos; a convivência com a extrema pobreza; vivendo em situação de rua; baixa ou nenhuma escolaridade; pouca qualificação profissional e oportunidade de trabalho; moradia precária; não acesso a serviços essenciais; possuir alguma deficiência, doença mental ou outras doenças associadas; inexistência de documentos pessoais; convivência com ameaça de morte; falta de comida, abrigo, dentre outras, e que estas situações dificultam a sobrevivência, o acesso a serviços essenciais, inclusive a adesão a serviços especializados como tratamento de saúde, internação hospitalar, dentre outros (BRASIL, 2016, p. 47).

O MDS ponderava na ocasião que nem todas as demandas das pessoas usuárias de drogas são de exclusividade e/ou competência da Política da Assistência Social, mas aponta que os serviços devem articular-se com as outras políticas públicas no território para atuação conjunta.

Considerar a intersetorialidade no território para a atenção integral das condições apresentadas torna-se fundamental, além do envolvimento com parceiros e laços estabelecidos como: entidades sociais; grupos sociais; família original, ampliada ou estendida; amigos; grupos religiosos; núcleos de produção cultural, esporte, lazer, dentre outros (BRASIL, 2016, p. 47).

O protagonismo da assistência social no cuidado intersetorial com pessoas que usam drogas é de suma importância, principalmente quando se compreende a relevância de reduzir danos sociais, visto que a situação “de exclusão social agrava os problemas relacionados ao uso de drogas e que seu enfrentamento demanda a oferta de serviços que promovam o acesso a outros

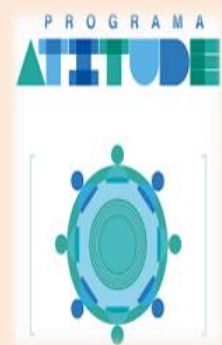
direitos fundamentais que, muitas vezes, não estão garantidos às pessoas que têm problemas com álcool e outras drogas” (BRASIL, 2016, p. 35).

De forma sucinta, diríamos que as violações dos direitos humanos incidem particularmente sobre aqueles que, em função de iniquidades sociais de várias naturezas e determinadas por pertencimento a certa classe social ou gênero, opção sexual, religiosa etc., são objeto de estigmatização e/ou têm menor acesso aos meios/vias de afirmação/recuperação de seus direitos (BASTOS; SZWARCWALD, 2000, p. 73

Na última década, a assistência social se materializou como uma política pública integrada de garantia de direitos e enfrentamento das desigualdades sociais no Brasil, principalmente em relação à defesa da dimensão ética de incluir os “invisíveis”, de promover proteção social com foco em conhecer os riscos e as possibilidades de enfrentá-los. Trata-se de uma das mais significativas conquistas sociais garantidas por uma decisão política de governo — isso durante o mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

A FORMULAÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL SOBRE DROGAS E DO PROGRAMA ATITUDE

Agora aprofundaremos um pouco mais a reflexão iniciada no texto III sobre a formulação da Política Estadual sobre Drogas e, conseqüentemente, do Programa Atitude, que teve sua origem a partir da construção do Plano do Governo de Pernambuco, em 26 de maio de 2010, intitulado “Plano de ações sociais integradas de enfrentamento aos problemas decorrentes do uso de crack”, no qual o governo assumiu o compromisso de enfrentar o problema do avanço do consumo e do tráfico de crack em Pernambuco.



Após uma atitude desesperada de uma mãe que chegou a acorrentar o filho para mantê-lo longe do mundo das drogas, foi lançado, na tarde desta quarta-feira (26) o Plano de Ações Sociais Integradas de Enfrentamento ao Crack, no Palácio do Campo das Princesas, centro do Recife (GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2010).

Dezoito metas foram instituídas no Plano de Enfrentamento ao Crack no estado de Pernambuco, com previsão de execução no período de 2010 a 2015. Entre as metas haviam ações de prevenção, financiamento dos serviços de saúde mental e assistência social, inclusão produtiva, educação permanente e repressão qualificada com inteligência. Para gerir o Plano foi criada uma Câmara Técnica Intersetorial específica sobre o tema, coordenada pela Secretaria de



Desenvolvimento Social e Direitos Humanos, composta por representantes de várias secretarias — entre elas, as de saúde, educação, segurança e trabalho — para atuar de forma contínua na implementação do processo de construção e monitoramento das políticas públicas sobre drogas.

A primeira tarefa da Câmara foi articular com o Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas (Cepad), convocação e organização de seis conferências regionais sobre drogas, com o objetivo de elaborar uma política estadual sobre drogas. Ainda em 2010, as conferências foram realizadas de modo descentralizado, contemplando as regiões do Sertão, Agreste, Zona da Mata e Região Metropolitana do Recife, além da conferência estadual na capital pernambucana. As conferências foram marcadas, principalmente, pelo respeito aos direitos humanos, resultando em diretrizes estratégicas nesse âmbito, que, depois de compiladas, deram origem à Lei nº 14.561/2011, que instituiu a Política Estadual sobre Drogas. O Conselho Estadual de Política sobre Drogas - CEPAD é composto por 22 (vinte e dois) membros, sendo 11 representações Governamentais que indicarão os titulares e suplentes e 11 representações da Sociedade Civil que indicarão os titulares e suplentes, conforme Art. 6º do Decreto Nº 39.667, de 1º de agosto de 2013.

Fica instituída, no âmbito do Poder Executivo, a Política Estadual sobre Drogas, que tem por finalidade estabelecer princípios e diretrizes para o fortalecimento e integração das ações de saúde, educação, trabalho, justiça, assistência social, comunicação, cultura e defesa social, no âmbito governamental e não governamental, destinadas à prevenção e enfrentamento dos problemas decorrentes do uso de drogas lícitas e ilícitas (PERNAMBUCO, 2011).

O Programa Atitude foi criado em setembro de 2011 pelo governo do estado de Pernambuco, envolvendo a Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos. A proposta do Programa é a de atuar com estratégias de prevenção e assistência e tem como principal objetivo garantir direitos às pessoas que usam drogas, principalmente o usuário de crack, proteção social, desde cuidados primários, passando pela preservação da sua integridade física e pelo estímulo ao convívio socioafetivo.

Art. 1º Fica instituído, no âmbito do Estado de Pernambuco, o Programa de Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares – PROGRAMA ATITUDE, inserido na Proteção Social Especial de Alta Complexidade da Assistência Social, vinculado ao Plano Estadual de Segurança Pública - Pacto Pela Vida como estratégia de prevenção e assistência prevista na Política Estadual sobre Drogas, instituída pela Lei nº 14.561, de 26 de dezembro de 2011 (PERNAMBUCO, 2013a)

Os conceitos da redução de danos e da assistência social foram centrais na formulação do Programa e podem ser sintetizadas em alguns aspectos:

- ✓ O foco não está exclusivamente na conquista da abstinência, mas na promoção da qualidade de vida;
- ✓ Concepção de baixa exigência, segundo a qual não é apenas o usuário que precisa se adaptar ao serviço, mas o serviço também precisa se adaptar ao usuário;
- ✓ Criação de novas estratégias de redução de danos aos contextos de violência e necessidade de proteção social;
- ✓ Interdisciplinaridade entre os saberes, integralidade entre os serviços da mesma política pública e intersetorialidade entre as políticas públicas.

O direcionamento das intervenções do Atitude foi formulado para estar vinculado à análise das dimensões



dos riscos, o que possibilita criar estratégias singulares de proteção. Essa análise das dimensões de riscos varia desde a situação de rua vivenciada, de pobreza, de vínculos familiares/sociais, de moradia, como também da análise das relações de violência. De acordo com o Sistema Estadual de Proteção a Pessoas Ameaçadas de Morte, vinculado à Secretaria de Direitos Humanos, é possível estabelecer três dimensões de ameaças e suas respectivas intervenções.

A primeira dimensão é se a ameaça é localizada em determinado território/comunidade/bairro, ou seja, a saída desse território geográfico e a ida para outro diminuem consideravelmente a exposição à violência. Esse tipo de ameaça é a mais comum no Atitude, geralmente devido a dívidas de usuários a traficantes no mercado de crack/drogas no pequeno varejo.

A segunda dimensão é se a ameaça é abrangente, ou seja, se a ameaça vai além do território geográfico/bairro/comunidade — para esses casos é necessária a mudança para outra cidade. Essa também é uma demanda frequente no Atitude, e geralmente ocorre quando as

peessoas ameaçadas têm algum tipo de vínculo com o tráfico, situações em que pegaram quantidades de drogas em consignação para vender, acabaram consumindo e não pagaram por exemplo.

A terceira dimensão se caracteriza pela ameaça persecutória, ou seja, as pessoas que estão ameaçando vão perseguir o usuário mesmo em outra cidade. Nesses casos é necessária a mudança de estado e outros recursos, fora do Programa. Geralmente são casos em que a pessoa ameaçada tem informações privilegiadas sobre o tráfico ou sobre pessoas influentes com a polícia. Em suma, o Programa se vincula à política de assistência social, integrando referencial central da redução de danos e conceitos de prevenção à violência, com o objetivo principal de reduzir vulnerabilidades. Dessa forma, organiza-se em quatro tipos de serviços: Atitude nas ruas, centros de acolhimento e apoio (24 horas), centros de acolhimento intensivo (24 horas) e aluguel social/república.

- Centro de Acolhimento e Apoio - Consiste na categoria de casa de passagem, com funcionamento 24 horas. É um espaço de acolhimento aos usuários de drogas e seus familiares.
- Centro de Acolhimento Intensivo - É um espaço de proteção integral intensivo para usuários de drogas com vínculos familiares e comunitários rompidos, cujo tempo de cuidado é, em média, de seis meses, de acordo com o perfil do usuário. Funciona 24 horas por dia.
- Aluguel Social - Benefício eventual que disponibiliza uma moradia alugada ou acolhimento em repúblicas.

O Atitude foi reconhecido, em nível mundial, como iniciativa promissora para redução de danos e riscos a usuários de drogas. É o único citado no Brasil e na América Latina, de acordo com o livro Limites da Correria – Redução de danos para usuários de drogas estimulantes", publicado pelo governo da Alemanha, por meio da Parceria Global em Política de Drogas e Desenvolvimento,

em conjunto com a Organização Mainline, e com o trabalho financiado pela Open Society Foundation (OSF).

SÃO 4 MODALIDADES DO PROGRAMA ATITUDE

Atitude nas Ruas - Objetiva a intervenção psicossocial e socioassistencial junto aos usuários de drogas, em especial àqueles em situação de risco e grande vulnerabilidade à violência. Atua de forma itinerante em espaços não convencionais (praças, escolas, bares, ruas e comunidades). Equipe composta por psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros realiza o atendimento nas principais comunidades da região.

Importante destacar o Centro de Acolhimento Intensivo – MULHER , imóvel que atualmente abriga até 30 mulheres, incluindo gestantes, mulheres com filhos de até dois anos e transexuais. Neste espaço é dada prioridade a pessoas envolvidas com o comércio ilegal de drogas, ameaçadas de violência, e em situação de grande vulnerabilidade. Devido a esse perfil, elas podem se abrigar na casa por um período de até seis meses, mas de forma espontânea, já que um dos requisitos para serem aceitas é concordar com as regras de funcionamento do serviço. Apesar de ter seu foco principal na atenção psicossocial, o atendimento na casa de acolhimento intensivo inclui a assessoria de advogados, assistentes sociais e psicólogos para as mães que perderam ou estão ameaçadas de perder a guarda dos filhos.

Como é possível perceber através do desenho das ofertas e dimensões envolvidas, estamos lidando com uma matéria extremamente complexa, que para seu trato não suporta respostas simples. Precisamos mergulhar cada vez mais neste universo para produzir melhores formas de garantir efetivamente proteção e cuidado.

Considerações sobre a nossa caminhada....

Chegamos ao final do nosso percurso, certamente sem esgotar a temática e/ou as reflexões necessárias, mas, acreditando que atendemos a proposta de apresentar dimensões essenciais para um olhar mais acurado sobre o “Acolhimento em Políticas Sobre Drogas no SUAS”. Desejamos que todas, todos e todes os cursistas tenham aproveitado ao máximo cada texto que foi pesquisado e construído pautados na historicidade que o homem e a sociedade foram estabelecendo as relações com o objeto (droga), até este chegar a ser um problema mundial, do qual precisamos falar e refletir. Enquanto profissionais, trabalhadores e trabalhadoras do campo das políticas públicas, precisamos apreender que o modelo proibicionista, que fundamenta a guerra às drogas, apenas provoca mais vulnerabilidade, quem mais sofre com a criminalização do uso de drogas, em suma, é a população preta e pobre deste país.

Todos nós somos usuários de alguma droga, seja lícita ou ilícita, precisamos respeitar as escolhas dos sujeitos e, é papel do Estado estar preparado, com políticas públicas pautadas na redução de danos, para melhor acolher os diferentes usuários, respeitando suas subjetividades, com equipamentos públicos e equipe multidisciplinar desprovidas de estereótipos e estigmas sobre os usuários de drogas.

Até a próxima!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PERNAMBUCO. Decreto nº 35.065, de 26 de maio de 2010. Cria a Rede Estadual de Enfrentamento ao Crack e dispõe sobre Ações Integradas de Enfrentamento às Drogas. Diário Oficial do Estado de Pernambuco, Poder Executivo, Recife, 27 maio 2010, p. 4.

_____. Decreto nº 39.201, de 18 de março de 2013. Institui, no âmbito do Estado de Pernambuco, o Programa de Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares – PROGRAMA ATITUDE. Diário Oficial do Estado de Pernambuco, Poder Executivo, Recife, 19 mar. 2013, p. 6.

_____. Lei nº 14.561, de 26 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Poder Executivo, a Política Estadual sobre Drogas, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de Pernambuco, Poder Executivo, Recife, 27 dez. 2011.

PECHANSKY, Flavio, et KESSLER, Felix, et al: Manual de aplicação do gerenciamento de casos orientado para usuários de crack em tratamento em capsad.

RIBEIRO, Eduardo Ely Mendes. A toxicomania e os paradoxos da liberdade. In: A DIREÇÃO da cura nas toxicomanias. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, n. 24, 2003.

WEST, Rafael Silva. Política de drogas e redução de danos: um estudo sobre o Programa Atitude em Pernambuco / Rafael Silva West. – 2016.