

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

ELIANE MARIA PETRY

**A INSERÇÃO DAS FAMÍLIAS NO TRATAMENTO E
RECUPERAÇÃO DE USUÁRIOS DE DROGAS NA
CLÍNICA CAMINHO DO SOL:
A AÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL**

**FLORIANÓPOLIS
2005/2**

ELIANE MARIA PETRY

**A INSERÇÃO DAS FAMÍLIAS NO TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO
DE USUÁRIOS DE DROGAS NA CLÍNICA CAMINHO DO SOL:
A AÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, orientado pela Professora Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira.

FLORIANÓPOLIS
2005/2

ELIANE MARIA PETRY

**A INSERÇÃO DAS FAMÍLIAS NO TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO
DE USUÁRIOS DE DROGAS NA CLÍNICA CAMINHO DO SOL:
A AÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel no Curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Vera Maria Ribeiro Nogueira
Prof.^a Dr.^a do Depto de Serviço Social/UFSC
Orientadora

Maria Manoela Valença
Prof.^a Dr.^a do Depto. de Serviço Social/UFSC
1^a Examinadora

Dr.^o Luiz Guilherme Froner – CRM 3100
Médico da Clínica Caminho do Sol
2^o Examinador

FLORIANÓPOLIS
2005/2

Dedico este trabalho a todos os profissionais e acadêmicos que contribuíram direta ou indiretamente para que a realização do mesmo fosse possível.

AGRADECIMENTOS

Neste momento importante de minha vida, há muitos a quem agradecer...

A Deus, por me guiar nesta caminhada, presente nos momentos difíceis, sendo meu refúgio e fortaleza;

Aos meus queridos pais Lindolfo e Eliza agradeço pela vida, pelo amor incondicional, carinho e atenção, sobretudo a educação baseada em valores e princípios nobres que me tornaram a pessoa que sou;

Ao meu marido Jorge, amado, companheiro e amigo, sempre me incentivando a não desistir dos meus sonhos, sendo partícipe direto das minhas conquistas e vitórias, te amo !;

Ao meu querido filho Gabriel, que estando numa fase tão bela de sua vida consegue me contagiar com a sua pureza e sua sinceridade, dando-me cada vez mais entusiasmo para seguir em frente – obrigada por existir Bi!;

Aos meus irmãos, Elizete e Paulo, pela torcida para a concretização deste trabalho e pela compreensão das inúmeras ausências de nossas reuniões familiares;

Aos meus sobrinhos, Renata, Luiz Henrique, Vanessa, Luana e Alice, por trazerem tanta alegria e felicidade para toda a nossa família;

Ao meu tio Pedro Schmitt, dependente químico em recuperação, tendo passado por dificuldades para o enfrentamento de sua situação/problema, serviu de inspiração para que houvesse o interesse em me dedicar a esta área;

A Sarita Duarte Farias, Socioterapeuta da Clínica Caminho do Sol que acreditou no meu trabalho e contribui sobremaneira no meu processo de formação profissional. Além de minha orientadora, uma grande amiga e sempre presente nos momentos de dificuldades profissionais e pessoais;

A Carla Miriam Merízio, sempre dedicada em me orientar no campo de estágio, tornou-se também uma grande amiga que mora no meu coração;

Ao Pe. Luiz Prim, Drº Guilherme Luiz Froner, Ricardo Duarte Farias, Ana Ester, enfermeiros, técnicos de enfermagem e à Maura, agradeço pelo convívio tão agradável com esta equipe que foram determinantes em minha caminhada acadêmica e profissional;

A Profª. e Orientadora Dr.ª Vera Ribeiro Nogueira, pela paciência e acompanhamento deste trabalho, seu incentivo constante e imenso carinho.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso aborda como tema central “A inserção das famílias no tratamento e recuperação de usuários de drogas na Clínica Caminho do Sol”, delimitado em um estudo sobre “A ação do assistente social”. A finalidade do presente trabalho está centrada na compreensão dos aportes teóricos que dão sustentabilidade ao tema em questão, propõe atualizar a apreensão sobre a Política Nacional Antidrogas (PNAD), fazendo uma leitura crítica acerca de tal política, mapeando também as iniciativas no âmbito do Estado de Santa Catarina, bem como o Programa de Redução de Danos (PRD), como estratégia para redução dos danos causados pelo consumo de drogas. Outro fator elencado no estudo refere-se ao consumo de drogas na sociedade contemporânea, realizando uma interpretação da realidade em que se inserem os dependentes químicos e seus familiares. Com efeito, uma temática a ser destacada refere-se às famílias em meio ao consumo de drogas, apresentando a contribuição da teoria sistêmica no tratamento de dependentes químicos. São também apresentadas as atividades que subsidiam as ações do profissional de Serviço Social, com o intuito contribuir para se organizar o processo de trabalho, sabendo que tais ações foram devidamente sistematizadas e apreendidas para dar conta do projeto de intervenção inicialmente elaborado para a instituição. Através da descrição e análise da experiência vivenciada durante o estágio curricular obrigatório, será possível fazer uma aproximação de como o Serviço Social intervém, através do Processo Sócio-Assistencial que privilegia as ações sócio-educativas, para dar conta das necessidades dos usuários, sobretudo de seus familiares, no sentido de instrumentalizá-los, sensibilizá-los e orientá-los para lidar com a situação/problema. Ao final deste estudo, pretende-se apontar os resultados obtidos no decorrer da intervenção junto às famílias, as dificuldades que permearam o processo de trabalho e intervenção, bem como os desafios postos para o profissional de Serviço Social. Será apresentada também a justificativa da necessidade da inserção do Assistente Social em uma equipe multidisciplinar, articulando o recorte do social na direção da promoção da saúde e melhoria na qualidade de vida dos usuários.

Palavras – chave: Dependência química, políticas públicas, famílias, Serviço Social.

LISTA DE SIGLAS

ABEAD – Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Drogas

AA – Alcoólicos Anônimos

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas

CONAD – Conselho Nacional Antidrogas

COMAD – Conselho Municipal Antidrogas

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas

FUNAD – Fundo Nacional Antidrogas

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MS – Ministério da Saúde

ME – Ministério da Educação

NA – Narcóticos Anônimos

OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNAD – Política Nacional Antidrogas

RD – Redução de Danos

SED/SC – Secretaria da Educação do Estado de Santa Catarina

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

SES/SC – Secretaria do Estado da Saúde do Estado de Santa Catarina

SISNAD – Sistema Nacional Antidrogas

SNC – Sistema Nervoso Central

SPA – Substância Psicoativa

SUS – Sistema Único de Saúde

UD – Usuário de Drogas

UDI – Usuário de Drogas Injetáveis

“A compreensão como um instrumento para o entendimento é uma atitude plural, mútua, que tem sua origem, no entanto, na compreensão que temos de nós mesmos. Só no respeito às diferenças é que podemos construir comportamentos, estabelecer planos e mudar atitudes - as nossas e as dos outros. Compreender o outro não é sinônimo de nos anular. Divergir é um direito de cada um, seja na relação entre pai e filho, entre jovem e adulto, homem e mulher, ou nas relações entre empregado e empregador, administrador e servidor, ou naquelas em que repartimos nossos ideais”

Adélia Villas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO I – POLÍTICA DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS	29
1.1 Uma visão crítica acerca da Política Nacional Antidrogas.....	29
1.2 A proposta de uma nova política.....	35
1.3 A organização dos serviços e políticas públicas frente ao consumo de substâncias psicoativas.....	37
1.4 O Programa de Redução de Danos.....	41
CAPÍTULO II – O CONSUMO DE DROGAS NO CONTEXTO ATUAL.....	48
2.1 O indivíduo em meio a uma sociedade de consumo.....	48
CAPÍTULO III - A FAMÍLIA NO CONTEXTO DA TOXICOMANIA.....	54
3.1 Família: uma nova perspectiva analítica.....	54
3.2 Aportes teóricos sobre a teoria sistêmica.....	57
3.3 Famílias adictas: a drogadicção e a codependência.....	62
3.4 A experiência do atendimento às famílias na Clínica Caminho do Sol.....	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICE.....	86
APÊNDICE A – Plano de Ação desenvolvido para o Estágio Curricular Obrigatório.....	87
ANEXOS.....	134
ANEXO A – A Política Nacional Antidrogas.....	135
ANEXO B – Realinhamento da Política Nacional Antidrogas.....	155

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso atende a um requisito do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social. Foi elaborado a partir da experiência em estágio curricular obrigatório, desenvolvido na Clínica Caminho do Sol – Clínica de recuperação de dependentes químicos e outros transtornos psiquiátricos - realizado entre março e julho de 2005.

A Clínica Caminho do Sol é uma instituição de saúde de caráter privado, que presta serviços aos usuários através de convênios com empresas igualmente privadas¹ e/ou particulares, amparada pela Lei Orgânica da Saúde – LOS nº 8080/90², que preconiza em seu Art.21 que “A assistência à saúde é livre a iniciativa privada” (p.222).

Localizada em Florianópolis, a Clínica foi inaugurada em 16 de março de 2004, tendo um padrão de funcionamento adequado à prestação dos serviços a que se propõe, isto é, o atendimento a pessoas com problemas decorrentes do uso e/ou abuso de substâncias psicoativas e portadores de outros transtornos psiquiátricos, seguindo o modelo psicossocial, padrão este estabelecido pela Resolução – RDC nº 101, de 30 de maio de 2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

O modelo psicossocial é entendido como sendo:

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social (ANVISA, 2001, p.2).

¹ A Clínica Caminho do Sol tem convênios firmados com empresas do Estado de Santa Catarina, tais como: Eletrosul, Correios, Caixa Econômica Federal e Banco do Brasil. Através do Serviço Social das empresas, o paciente é encaminhado para fazer seu tratamento ambulatorial e/ou de internação.

² A Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Esta Lei normatiza os artigos nº 196 à 200 – inerentes à Saúde, da Constituição Federal do Brasil de 1988.

A equipe de profissionais é formada por: Médicos (Clínico e Psiquiatra), Enfermeiros e Técnicos de enfermagem, Assistente Social (Socioterapeuta), Psicólogo, Consultor em dependência química, Consultor Espiritual, Nutricionista, Professor de Educação Física e Administrador.

A dependência química é um quadro dentro de um *continuum* de gravidade. Decorrências físicas, mentais, sociais e psicológicas podem suceder, secundárias ou primárias ao quadro. Em ambas as situações torna-se imprescindível a necessidade de acompanhamento e cuidados nessas diversas especialidades. É regra o paciente ser atendido por vários profissionais da instituição, com intuito de atender às suas demandas. Quando a equipe trabalha em conjunto, maiores são as possibilidades de evolução do tratamento. Podem ser constantemente discutidas, sob a ótica de várias áreas, questões como diagnóstico, prognóstico, encaminhamentos, evolução do tratamento, mudanças de estratégia entre outros aspectos que potencializam a capacidade de assertividade (MELO; FIGLIE, 2004).

O desenvolvimento das atividades da instituição tem por premissa o trabalho em equipe interdisciplinar, pois entende-se a necessidade do diálogo entre as profissões ligadas à saúde. Assim, criam-se espaços mais democráticos, resgatando não apenas as condições de saúde/doença, mas promovendo formas de fortalecimento estratégico para recuperação do indivíduo nos níveis biopsicosocial e espiritual. A interdisciplinaridade é uma articulação que possibilita a distribuição de poder e de responsabilidade entre os membros da equipe, mas não descaracteriza a especificidade do papel de cada um (COSTA; COSTA; SAMPAIO, 2001).

A interdisciplinaridade [...] é entendida aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum, os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências desses conceitos e, assim gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos (VASCONCELOS, 2000 *apud* MIRANDA, 2004, p.47).

Vale lembrar que periodicamente a equipe que atua na clínica se reúne, para compartilhar assuntos inerentes às doenças que acometem seus pacientes. Desta forma, as pessoas atendidas na Clínica Caminho do Sol, por receberem um atendimento personalizado,

passam por um estudo diagnóstico constante e, aliada a isto, a proposta sempre é a de atualizar os conhecimentos científicos acerca das patologias tratadas na clínica. Os profissionais buscam otimizar os serviços oferecidos na clínica mediante estudos, capacitação e acompanhamento das teorias que são desenvolvidas acerca das doenças³.

A Clínica Caminho do Sol tem uma proposta de atendimento na direção de se comprometer com a recuperação de pessoas que sofrem de depressão, estresse, transtorno de pânico e/ou dependência química. O tratamento considera as dimensões física, mental, emocional, social e espiritual da recuperação, aliados aos princípios de 12 passos de Alcoólicos Anônimos (AA), em ambiente seguro, numa atmosfera de crescimento pessoal.

A Clínica dispõe dos seguintes serviços:

Ambulatório – atendimento médico individual ou em grupo, com consulta previamente agendada, sendo denominada de avaliação diagnóstica, para que o profissional, no caso o médico psiquiatra ou o terapeuta, tenha a possibilidade de avaliar a necessidade do paciente e, juntamente com este, traçar um plano de tratamento personalizado. Neste momento avalia-se a necessidade ou não de internação.

Serviços de dependência química (álcool e outras substâncias psicoativas) – consiste em um programa terapêutico que envolve as seguintes etapas: desintoxicação, conscientização acerca da doença e prevenção à recaída. O tratamento preconiza a abstinência de toda e qualquer substância psicoativa, concentrando-se na motivação para o paciente alcançar e manter esta condição.

Este serviço se dá através da internação do paciente, sendo apontada como a definição concreta da abstinência, pois afasta o indivíduo do seu meio, inclusive o de consumo. A internação é entendida como uma estratégia terapêutica, sendo parte inicial do tratamento, isto porque a recuperação do paciente começa, e não termina, com a promoção da abstinência.

A internação somente é indicada para pessoas que apresentam sintomatologia clínica e/ou social para tal. Especificamente o período para tratamento de dependentes

³ Periodicamente os profissionais participam de seminários, Fóruns (nacionais, estaduais e municipais), Jornadas, Encontros que são realizados no âmbito da saúde, em especial de saúde mental. Esta prática assumida pelos profissionais, visa aprimorar os conhecimentos acerca da dependência química/transtornos psiquiátricos para oferecer aos pacientes um tratamento cada vez mais qualificado e comprometido com a recuperação dos mesmos.

químicos é de 28 dias, tempo suficiente para desintoxicação, para recuperação física, psicológica e espiritual, bem como a superação da condição do indivíduo, resgatando valores referenciais que irão sustentar uma atitude transformadora de sua realidade.

A Secretaria Nacional Anti Drogas⁴ (SENAD), pontua as situações em que o tratamento em regime de internação é obrigatório:

1. Paciente com ameaça de suicídio ou comportamento autodestrutivo;
2. Paciente que ativamente ameaça a integridade física dos outros;
3. Pacientes com sintomas psiquiátricos graves (psicose, depressão, mania);
4. Presença de complicações clínicas importantes;
5. Necessidade de internação por dependência de outra substância;
6. Falhas recorrentes na promoção da abstinência em nível ambulatorial;
7. Não possuem suporte social algum, ou seja, relacionamentos exclusivos apenas com outros usuários de drogas (SENAD, 2002).

A programação é diária e compreende atividades terapêuticas em grupos psicoterapêuticos, palestras, reuniões, leituras dirigidas e vídeos educativos, além de laborterapia, dinâmicas motivacionais e práticas esportivas desenvolvidas por um profissional da área.

Hospital-Dia – é um ambiente utilizado para o tratamento da dependência química. Existem incontáveis possibilidades de abordagem dentro de um hospital-dia. Ela pode ser intensiva (frequência diária e integral), intermediária (algumas vezes por semana, integral ou parcial) ou quase ambulatorial (com visitas semanais por meio período). Pode haver, ainda, adequações para populações especiais, tais como casos agudos (manejo de

⁴ A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), foi criada em 1998 pelo governo do então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, em ocasião da 2ª Sessão Especial da ONU sobre drogas. A SENAD, desempenha atividades de secretaria executiva do Conselho Nacional Antidrogas, cabendo-lhe a gestão do fundo Nacional Antidrogas (FUNAD). São assuntos de competência do Ministério da Justiça as atividades de repressão ao uso indevido de drogas, o tráfico e a produção não autorizada de substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou psíquica. Na competência do Ministério da Saúde (MS), estão as vigilâncias de saúde, especialmente quanto às drogas e medicamentos (FONSECA; BASTOS, 2005, p.300).

abstinência), adolescentes e mulheres, pacientes com comorbidades⁵. O hospital-dia permite todo tipo de abordagem teórica dentro de uma perspectiva de atendimento multidisciplinar (RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

Esta modalidade de atendimento parece influir positivamente e com mais rapidez na evolução dos quadros agudos, com vantagem de não excluir o indivíduo de seus grupos de convívio e é indicado para cuidados como o controle medicamentoso, manejo de sintomas comórbidos agudos e risco evidente de recaída⁶, que estão voltados para o rápido estabelecimento em momentos de sofrimento agudo.

Programa de Família – é um programa voltado aos familiares, amigos e a todos que possuem algum vínculo afetivo com o paciente. Visa envolver todos os que convivem com o doente, a entender a doença, orientá-los através de reuniões semanais, coordenadas por profissionais especializados. Este programa tem por objetivo promover a saúde e a qualidade de vida e reduzir o estigma⁷ da doença a partir do repasse de informações. É um espaço terapêutico para o compartilhamento de experiências de vida, promovendo o entendimento da doença como um processo biopsicosocial. São formados grupos de familiares e esclarecidas as dúvidas sobre a doença em si e de como se dá o tratamento para, ao final, capacitar os familiares e fortalecê-los para a resolução de situações e problemáticas cotidianas.

Este programa na Clínica Caminho do Sol, atualmente é coordenado por um profissional da área da psicologia com formação em terapia familiar.

Cabe ressaltar que todos os procedimentos acima elencados, foram normatizados durante a criação do projeto metodológico da Clínica Caminho do Sol, pensados em equipe interdisciplinar, buscando corresponder às necessidades dos pacientes no enfrentamento da dependência química.

As ações profissionais na instituição, visam atingir propósitos como:

⁵ Comorbidade é definida como sendo a ocorrência de duas entidades diagnósticas em um mesmo indivíduo. Por exemplo: dependência química e transtorno de ansiedade ou depressão (RATTO; CORDEIRO, 2004, p. 167).

⁶ A recaída, segundo Dicionário Larousse (2005, p.672), é definida como sendo “ato ou efeito de recair; reaparecimento de sintomas de uma doença; voltar ao estado anterior”.

⁷ O Estigma se refere ao discurso compartilhado entre a grande maioria da sociedade que considera o usuário de drogas um “marginal”, não reconhecendo-o como um doente. Este entendimento acaba por lançar o dependente químico à exclusão, privando-o de quaisquer formas de atendimento, propondo como recurso a punição, marginalização e cooptação de seus direitos (ACSELRAD, 2005, p.198).

- Promover o resgate da auto-estima dos indivíduos, bem como a valorização da vida;
- desenvolvimento de uma compreensão acerca das conseqüências do consumo abusivo de drogas – conceituação e o poder destrutivo das substâncias psicoativas;
- incentivo aos pacientes no que concerne à estabelecimentos de metas para o futuro;
- realização de grupos de trabalho, que possam auxiliar a busca pela melhoria da qualidade de vida;
- promoção de ações sócio-educativas, destinadas aos pacientes e a seus familiares;
- incentivo aos pacientes e familiares para ingressarem nos grupos de mútua-ajuda como os Alcoólicos Anônimos (AA) e os Narcóticos Anônimos (NA), para manutenção do tratamento pós-alta.

Na área da dependência química, o profissional do Serviço Social tem dado grande ênfase à prevenção e recuperação dos usuários de álcool e outras drogas. Intervém nas relações sociais que fazem parte do cotidiano de sua população usuária através de ações sócio-educativas, voltando-se também numa perspectiva emancipatória, defendendo, preservando e efetivando direitos sociais (YAZBEK, 2004).

Segundo Kawall (2003, p.21):

O Serviço Social faz parte da base do processo de recuperação do dependente químico, tendo em vista que é o Assistente Social o responsável por grande parte dos trabalhos desenvolvidos com os pacientes e seus familiares, envolvendo não só o tratamento durante a internação, mas também os projetos de prevenção, recuperação e manutenção da abstinência.

A rigor, tornou-se um profissional atuante no sentido de garantir o acesso aos serviços propostos e na operacionalização quando tem suas competências legitimadas no diálogo com outras profissões, no trabalho em equipe interdisciplinar e na assistência e acompanhamento do usuário dependente químico e/ou portador de transtornos mentais variados.

Neste sentido, enfatizamos as considerações de Kowalsky (1997, p.24), que acrescenta:

[...] é necessário que se invista em profissionais qualificados, que entendam tanto do efeito das drogas no organismo como das suas implicações sociais, pois muitos ainda tendem a se “preocupar” apenas com o aspecto social numa ótica e na outra apenas o biológico, e acabam não compreendendo o movimento das drogas no organismo humano. Em um contexto familiar e social de uma maneira totalizante, ressaltamos que todo o profissional deve estar sempre buscando uma compreensão tanto em relação aos aspectos causais no organismo humano, bem como as suas implicações sociais.

A construção de projetos que proponham garantia e ampliação de direitos sociais é um desafio a ser percorrido. No campo da dependência química/saúde mental, a segregação, a desigualdade e a injustiça são reforçadas dentro e fora das instituições de saúde. Os problemas são individualizados, o caráter é corretivo, punitivo e ajustador das práticas, que reproduzem as ideologias das classes dominantes e, assim, contribuem para o afastamento, o isolamento do convívio social e conseqüentemente para o confinamento institucional. O comprometimento profissional é com o cidadão, no enfrentamento dos estigmas sociais.

Na luta por cidadania, a prática do Serviço Social é revigorada no contato com os usuários e com as famílias, a intervenção profissional possibilita suscitar uma reflexão no sentido de clarificar a problemática do sofrimento mental. Acredita-se que os resultados alcançados e a intervenção do Serviço Social, passem a contribuir no processo de transformações societárias, através de um posicionamento crítico-reflexivo do Assistente Social, permitindo que os sujeitos se vejam enquanto cidadãos atuantes da vida coletiva (CORRÊA *et al.* 2002, p.21).

O conjunto de atividades são operacionalizadas por meio de um Programa, que possibilita a execução de projetos⁸ desenvolvidos na instituição. Baseado na proposta de Miotto (2003), o eixo articulador das ações que se adota na instituição são os Processos Sócio-Assistenciais.

Processos Sócio-Assistenciais: consiste no desenvolvimento de ações diretamente com os usuários, especialmente com famílias e segmentos sociais vulneráveis. Seu objetivo é

⁸ Os projetos tem por objetivo estruturar a ação, estabelecendo traçados prévios da operação de um conjunto de ações. É o detalhamento das atividades desenvolvidas na instituição.

contribuir para que, junto com os usuários, se consiga responder às demandas colocadas na perspectiva da cidadania e dos direitos (MIOTO, 2003 *apud* LIMA, 2004).

A intervenção está voltada ao atendimento direto a indivíduos e grupos de indivíduos que partilham da mesma dificuldade, da mesma patologia e buscam a recuperação na direção de uma melhor qualidade de vida.

São desenvolvidos também trabalhos em grupo, sendo ações essencialmente sócio-educativas que, segundo Iamamoto (2001), podem ser chamadas de estratégicas, porque estão inscritas no campo do conhecimento, dos valores, do comportamento, da cultura e produzem efeitos reais na vida dos sujeitos.

Há a necessidade do entendimento por parte do profissional de Serviço Social, de ter um conhecimento específico para poder acompanhar o processo de recuperação do dependente químico, no sentido de empregar estratégias não pré-determinadas, mas adotadas no decorrer do acompanhamento social, que permitam o resgate da identidade, da autonomia e emancipação, perpassadas pela proposição do fortalecimento humano/social (KERN, 2001).

Poucos fenômenos sociais geram mais preocupações entre pais e professores, custos com a justiça e saúde, dificuldades familiares e notícias na mídia do que o uso de álcool e drogas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a dependência química é definida como: “Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou de uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que os outros comportamentos que antes tinham maior valor” (OMS, 1993, p.313).

A preocupação com o crescente aumento do uso e/ou abuso de substâncias químicas por parte da grande parcela da sociedade, em especial os adolescentes, tem obrigado governos e sociedade civil a pensarem alternativas de tratamento eficazes e capazes de reinserir os indivíduos à sociedade, não numa visão marginalizada, mas como sujeitos sociais, dignos de oportunidades, respeito e acesso pleno às condições de dignidade humana. Neste sentido é necessário compreender que o dependente químico, assim como qualquer outro paciente, precisa ser respeitado e atendido com atenção. Atitudes preconceituosas criam distanciamento e pioram o prognóstico (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

Em todas as sociedades sempre existiram drogas. Entendem-se assim produtos químicos, de origem natural ou de laboratórios, que produzem efeitos sentidos como prazerosos sobre o Sistema Nervoso Central (SNC). Estes resultam em alterações na mente, no corpo e na conduta. Na verdade os homens buscavam modificar o humor, as percepções e as sensações por meio de Substâncias Psicoativas⁹ (SPA's) e/ou Substâncias Psicotrópicas¹⁰, com finalidades religiosas ou culturais, relaxantes ou simplesmente prazerosas (BUCHER, 1996).

O recurso às drogas, inicialmente de cunho religioso ou médico, disseminou-se com o homem nas suas migrações, marginalizando-se ou tornando-se culturalmente aceitável ou até mesmo banal. Numa perspectiva histórica podemos dizer que a droga tornou-se um problema de saúde pública a partir da metade do século XIX (BERGERET, 1991).

Antigamente, tais usos faziam parte de hábitos sociais e ajudavam a integrar as pessoas na comunidade através de cerimônias, rituais e festividades. Eles não se mostravam tão perigosos pois estavam sob o controle da coletividade. Hoje, tais costumes encontram-se esvaziados em consequência das grandes mudanças sociais, políticas e econômicas e os prejuízos do consumo vêm se mostrando graves. Características da modernidade, como as altas concentrações urbanas, o poder dos meios de comunicação, modificaram profundamente as interações sociais, em que os novos modos de sobrevivência levaram muitas pessoas ou grupos ao isolamento e à quase exclusão social.

Segundo Andrade (1998, p.26), como dizia Freud em “Mal Estar na Civilização”:

O serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como um benefício, que tanto indivíduos quanto povos lhe concederam um lugar permanente na economia de sua libido. Devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois sabe-se que, com o auxílio desse amortecedor de preocupações, é possível em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade.

⁹ Substâncias Psicoativas são todas as substâncias que agem no cérebro, modificando seu funcionamento e provocando mudanças de comportamento e que podem induzir à dependência. (NERY FILHO; MARQUES, 2002).

¹⁰ As Psicotrópicas são drogas que agem no Sistema Nervoso Central, alterando o comportamento, a cognição e/ou humor, e que possui propriedade reforçadora, levando à dependência (LEMOS, 2004).

Inicialmente marginal, concentrado em certas regiões do planeta, o fenômeno disseminou-se no mundo inteiro, predominando nos países industrializados. Ambas as guerras mundiais vieram sucedidas pelo consumo de drogas pesadas pelos adultos. Após os anos sessenta, a droga atingiu uma população cada vez mais jovem, num movimento de crítica a todo o sistema ocidental de valores (Ibidem, p.39).

Na atualidade, convivemos com o crescimento significativo no consumo de substâncias psicoativas, em idades cada vez mais precoces e do desenvolvimento de substâncias novas e vias de administração¹¹ alternativas de produtos já conhecidos, com incremento nos efeitos e aumento do potencial de desenvolvimento de dependência, como temos observado no consumo de cocaína pela via pulmonar, na forma de *crack*¹².

A sociedade como um todo tem se questionado sobre as motivações deste aumento no uso de SPA's. Parte das justificativas apóiam-se no contexto sócio-político que reforça os valores baseados no consumismo e prazer imediatista, associado à pauperização de importante parcela da população no mundo todo. Apesar disto, tal explicação torna-se insuficiente quando temos diante de nós um adolescente que, intoxicado, coloca-se como incapaz de conseguir pensar sua vida longe de sua substância de preferência.

Laranjeira (2004) afirma que o uso de qualquer droga pode trazer diversos prejuízos para o indivíduo usuário, como também para a sociedade, sem contar com o risco de desencadear doenças mentais (a exemplo da maconha, que comprovadamente deflagra de maneira precoce a esquizofrenia).

De modo geral, segundo Nery Filho e Marques (2004), pode-se afirmar que em nossa sociedade a grande maioria das pessoas consome ocasionalmente drogas, sejam elas lícitas (álcool e tabaco) ou ilícitas (cocaína, *crack*, maconha, opiáceos, LSD, ecstasy, heroína), e o uso dessas drogas nem sempre vem acompanhado de problemas. O que se percebe é uma influência direta pela modificação dos controles comunitários sobre a vida dos indivíduos, e conseqüentemente, a maneira como eles concebem suas relações com o espaço, o tempo e

¹¹ “A taxa de absorção de uma droga depende da via de administração utilizada para potencializar ou não seus efeitos. Neste sentido temos: via enteral – oral, sublingual ou retal; via parenteral – intramuscular, subcutânea, endovenosa, intravenosa e introperitoneal; administração tópica e nasal” (LEMOS, 2004, p. 13).

¹² “O *crack* é a forma sólida ou em pedra da cocaína (cloridrato de cocaína mais bicarbonato) que, ao ser fumado, produz efeitos intensos e fugazes em dez a quinze segundos e duram aproximadamente cinco minutos” (PINSKY; BESSA, 2004, p.24).

produção, levando-os a buscar preenchimento de vazios existenciais, por meio de determinados produtos. Ainda de acordo com os autores, é uma consequência direta da influência das sociedades ocidentais pelo processo de globalização da economia, que reestrutura todo um sistema de relações sociais, econômicas e políticas.

Conforme o Estudo Brasileiro Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica, conduzida por Almeida Filho e cols. (1992), em Brasília, Porto Alegre e São Paulo, o abuso/dependência do álcool tem posição de destaque dentre os diagnósticos psiquiátricos. Para o gênero masculino, o alcoolismo constitui o principal problema de saúde mental, com níveis de prevalência em torno de 15% nos três Estados.

O alcoolismo é 11 vezes mais freqüente em homens que em mulheres. Os autores ainda referem que foi realizada uma pesquisa domiciliar em 24 cidades do Estado de São Paulo, com mais de 200 mil habitantes, no ano de 1999 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), apontando que 10,9% da população masculina pesquisada, e 2,5% da feminina, eram dependentes de álcool. Outro estudo do CEBRID, publicado em junho de 2000, revela que de 80 a 85% de todas as internações por intoxicação em hospitais e clínicas psiquiátricas são devidas ao abuso/dependência de álcool, sendo sem dúvida a droga que mais causa danos à sociedade (CEBRID, 2000).

Em 1990, 20% das mortes nos EUA foram atribuídas ao tabagismo, em decorrência das doenças causadas pelas substâncias tóxicas do cigarro. Existe mais de um bilhão de fumantes no mundo e a metade deles, se permanecer fumando, morrerá prematuramente. A prevalência do tabagismo na população adulta brasileira é semelhante à americana. A idade média de início do consumo é entre 13 e 14 anos no Brasil (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

Um indivíduo que fuma muito (mais de uma carteira por dia) pode apresentar uma diminuição de 25% na sua expectativa de vida quando comparado a um não-fumante. Apesar de 70% dos fumantes desejarem parar de fumar, somente 5% deles conseguem por si mesmos.

O IV Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas entre estudantes dos ensinos fundamental e médio da rede pública, realizado pelo CEBRID em 10 capitais brasileiras no ano de 1997, indica que o uso de cocaína vem se popularizando entre esses estudantes. A pesquisa indicou o aumento da tendência de *uso na vida, do uso freqüente* (seis ou mais vezes no mês) e do *uso pesado* (20 vezes ou mais no mês) em Belo Horizonte, Brasília Curitiba,

Fortaleza, Porto Alegre, Salvador e São Paulo. O *crack* aparece muito raramente entre os estudantes pesquisados: somente 0,2%, sendo que este dado pode estar traduzindo que aqueles que fazem uso dessa droga perdem o vínculo escolar, já que a dependência é sempre muito severa (CEBRID, 1997).

Com relação à cocaína e ao *crack*, há evidências que no Brasil o uso possa ter aumentado nos últimos 20 anos. Uma avaliação epidemiológica realizada pelo CEBRID, no período de 1998 a 1999, revela que as internações para tratamento de dependência de cocaína e seus derivados foram as que mais cresceram: 0,8% em 1998, para 4,6% em 1999: um aumento de 475%.

Diante desses resultados, duas hipóteses foram levantadas: ou as pessoas perderam o medo de confessar o uso, que sempre fora elevado, ou, de fato, o uso entre estudantes brasileiros aumentou. De qualquer forma existe a necessidade de realizar programas de prevenção mais adequados. Talvez a atitude da sociedade, que hoje debate a descriminalização e o uso terapêutico da maconha, seja uma justificativa para esses aumentos.

Este mesmo levantamento indica ainda que há cerca de 1% de dependentes de maconha nas 107 cidades pesquisadas, o que corresponde a uma população estimada de 451.000 pessoas, sendo cinco vezes mais prevalente no sexo masculino.

As anfetaminas aparecem entre as quatro drogas mais utilizadas entre os estudantes dos ensinos fundamental e médio de 10 capitais brasileiras, segundo os levantamentos feitos pelo CEBRID nos anos de 1987, 89, 93 e 97 (foram excluídos da análise o álcool e o tabaco). Os medicamentos anfetamínicos são nitidamente mais consumidos pelo sexo feminino, e esta tendência tem se mantido ao longo dos anos. Uma explicação para este fato seria a exigência que se faz com relação ao corpo feminino, que tem como padrão a magreza extrema das modelos publicitárias. Tem crescido o número de casos de anorexia nervosa¹³, que normalmente se iniciam após um regime mal conduzido na adolescência.

Outro estudo, realizado na época pelo Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEM) em 1996 de Santo Ângelo (RS), entre estudantes dos ensinos fundamental e médio,

¹³ Anorexia Nervosa é um transtorno alimentar provocado por uma obsessão pela perfeição do corpo, provocando alterações psíquicas caracterizadas por distúrbios na representação corporal (BALLONE, 2005).

indicou que 8,9% da população pesquisada já havia feito uso de anfetaminas na vida. Elas aparecem em 4º lugar, seguidas pela cocaína (álcool e tabaco foram excluídos).

De acordo com estudos epidemiológicos, os solventes estão entre as drogas mais utilizadas pela população de jovens e crianças de baixa renda, sendo ultrapassados apenas pelo álcool e o tabaco. No Brasil, dados apontam que o consumo, tanto na população estudantil como nos grupos sociais de risco (menino(a)s em situação de rua sem moradia fixa, menores infratores institucionalizados e adolescentes que não freqüentam escolas), é bem mais intenso que em outros países.

O consumo de inalantes geralmente se inicia entre 9 e 12 anos de idade, freqüentemente entre estudantes do sexo masculino. Esta idade só é menor que a do uso inicial de álcool (o qual é culturalmente aceito em todas as camadas da sociedade brasileira). A curiosidade é a principal razão do uso, que também é justificado pela pressão ou sugestão dos amigos. Os adolescentes transferem a sua preferência para outras drogas após 1 ou 2 anos de uso dos solventes, à medida que crescem ou experimentam outras substâncias psicoativas. O uso por adultos pode estar relacionado a problemas sociais como desemprego, delinqüência e encarceramento.

Os sedativos¹⁴ e hipnóticos¹⁵, conhecidos como depressores do Sistema Nervoso Central (SNC), também foram estudados pelo CEBRID (2000), constatando que uma entre dez pessoas usa regularmente esses medicamentos. Estima-se que 1,6% da população adulta do Brasil é usuária crônica de benzodiazepínicos, principalmente entre mulheres com mais de 50 anos de idade e portadoras de problemas crônicos, como transtorno de ansiedade. Tanto no Brasil como em outros países, a maior parte das prescrições de benzodiazepínicos não é feita por Psiquiatras.

Os Esteróides Anabolizantes também foram estudados entre os anos 1980 e 1990, sendo que os resultados de acordo com o CEBRID, indicam uma prevalência de 2 a 6,6% de

¹⁴ O efeito mais comum é a sedação, sendo que alguns dos mais conhecidos são o Diazepam, Lorazepam, Bromazepam, Clonazepam, Flunitrazepam, Midazolam e o Alprazolam. Os sedativos são conhecidos como Benzodiazepínicos, provocando incoordenação motora e alteração nas percepções (LEMONS; ZALESKI, 2004 *apud* PINSKY; BESSA, 2004).

¹⁵ Os hipnóticos são os Barbitúricos, sendo os mais conhecidos: Fenobarbital – antiepilético, o Pentobarbital – indutor de sono e Tiopental – anestésico. Apresentam efeitos semelhantes aos dos Benzodiazepínicos e doses três vezes maiores que as terapêuticas podem ser fatais, causando depressão respiratória, coma e morte. A síndrome de abstinência pode ser grave (Ibidem, 2004).

uso na vida e de 0,6% no último mês. O uso é predominante no sexo masculino, explicado pela massificação do culto ao corpo e a proliferação de academias de ginástica. Os jovens em especial buscam nessas drogas o aumento da massa e da força muscular, uma maior intensidade nos treinos e agressividade nas competições esportivas.

Em face destes dados apresentados acima, a percepção é de que há realmente um aumento significativo do consumo de drogas (lícitas e ilícitas) por parte da população, em que se destacam principalmente os adolescentes. O consumo de drogas entre adolescentes se apresenta como um comportamento que pode ser comum – em especial entre subgrupos expostos a importantes fatores de risco, tais como a alta disponibilidade das drogas, o baixo custo, o ambiente de moradia, o abandono da escola e a própria família (LARANJEIRA, 2004).

Carlini (2002) afirma que o enfoque de diminuição de riscos de uso de drogas na prática escolar viabiliza-se por cinco modelos básicos: conhecimento científico, em que se propõe o fornecimento de informações sobre drogas de modo imparcial e científico; educação afetiva, que defende que jovens menos vulneráveis do ponto de vista psicológico são menos propensos a se engajar num uso problemático de substâncias psicoativas; oferecimento de alternativas, em que se procura propiciar aos jovens oportunidades de crescimento pessoal, excitação, desafio e alívio do tédio; educação para a saúde dirigida a uma vida saudável, com orientações sobre alimentação adequada, atividades esportivas e recreativas, vida sexual segura e, finalmente, propõe modificação das condições de ensino, enfatizando a importância da pré-escola e do ensino elementar como fundamentais para um desenvolvimento sadio do adolescente.

Essa fase – a adolescência, é assim uma fase em que os jovens necessitam de conforto, amparo e proteção. Desse modo, buscam nos amigos, na turma, ou seja, naqueles com os quais se identificam e com os quais compartilham as mesmas dores, dúvidas e alegrias, a dose necessária de aconchego, solidariedade e compreensão.

Isso é perfeitamente compreensível e faz parte de uma adolescência considerada normal. Se tudo correr bem, a travessia, ao final, com seus percalços e obstáculos, será vencida. O jovem atingirá a vida na plenitude de todos os seus potenciais e disporá de um substrato orgânico, afetivo, emocional e cognitivo para desenvolvê-los. Entretanto, se fatores intrínsecos – biológicos, genéticos e emocionais – ou extrínsecos – a família, a escola, os amigos e a comunidade – falharem ao longo desse processo, a transformação

pode ser interrompida, em diversos níveis e graus de complexidade (PINSKY; BESSA, 2004, p. 11).

Nesse sentido, Freitas (2002) pontua que, tanto os adolescentes quanto os pais têm grande dificuldade de atravessar este período da vida. De um lado há o jovem contestador, negando valores, confrontando idéias e/ou repasses aprendidos no contexto familiar, o que o torna extremamente vulnerável aos apelos oriundos do mundo das drogas. De outro, os pais, que apresentam dificuldades em estar ao lado de seus filhos – para que possam orientá-los, funcionando como exemplos de identificação positiva e dando-lhes limites claros, sem, no entanto serem rígidos – atitude esta que pode provocar o afastamento e a conseqüente perda de controle dos mesmos.

No caso de adolescentes, percebe-se que em tempos atuais, se intensifica a preocupação com relação às drogas, tendo em vista que a disponibilidade destas aumentou consideravelmente, tornando-se, também, uma questão de âmbito social (PAYÁ; FIGLIE, 2004).

Segundo Carter e McGoldrick (1995), na maioria das famílias com filhos adolescentes, os pais estão se aproximando da meia-idade e o foco de atenção está voltado para questões maiores do meio de vida – reavaliação do casamento e carreira. Tal estágio do ciclo de vida familiar indicaria que a família estaria em processo de transição e teria no desenvolvimento da flexibilidade seu ponto de sucesso. Aumentar a flexibilidade das fronteiras familiares e modular a autoridade paterna são atitudes que permitem aos terapeutas promover maior independência e desenvolvimento dos adolescentes. Quando isto não ocorre, as demandas da adolescência e da fase adolescente do ciclo vital familiar se entrecruzam, podendo fragilizar o sistema familiar, deixando-o mais vulnerável à drogadicção (Ibidem, 1995).

É importante ressaltar: ainda que preocupados com o potencial consumo de drogas por parte dos filhos, muitos pais parecem ignorar que o primeiro contato com drogas ocorre nos lares e com o respaldo deles próprios, intencional ou inadvertidamente. Segundo vários especialistas sobre a questão das drogas, o melhor combate ao uso indevido de drogas é a prevenção.

Para a compreensão de como funciona este processo, não podemos deixar de citar outras motivações para uso/abuso de substâncias psicoativas que vão além do contexto

familiar e da fase da vida a qual chamamos adolescência. Na etiologia das motivações para o uso indevido de drogas, os motivos que os consumidores e a maioria da população alegam, quando tentam justificar a experimentação ou uso continuado de substâncias psicoativas, são confundidos como causas da dependência de drogas.

Diversos modelos etiológicos já foram propostos para o abuso de substâncias. A convicção em um determinado modelo influencia a avaliação. Muitas pesquisas já foram conduzidas, envolvendo os fatores que predisõem um indivíduo a tornar-se um dependente químico.

Segundo Jefferson (2001), esses fatores podem ser biológicos, psicológicos ou socioculturais.

Biológicos – um fator biológico crucial é a tendência ao abuso de substâncias ocorrer dentro das famílias. A maior parte das pesquisas genéticas tem focado o alcoolismo; pouco é conhecido sobre outras drogas. Embora ainda existam controvérsias, alguns pesquisadores acreditam terem identificado um gene associado à transmissão do alcoolismo. Teoricamente, uma anormalidade genética pode bloquear as sensações de bem-estar, resultando em uma tendência para a ansiedade, a raiva, a baixa auto-estima e outros sentimentos negativos, gerando assim uma avidez por uma substância que afaste essas sensações ruins (Ibidem, 2001).

Psicológicos - teorias psicológicas tentam explicar os fatores que predisõem as pessoas a desenvolver o abuso de substâncias. As teorias psicanalíticas vêem os alcoólicos como fixados no estágio oral do desenvolvimento, buscando assim, a satisfação através de comportamentos orais, como o beber. As teorias do comportamento ou da aprendizagem vêem o comportamento aditivo¹⁶ como hábitos superaprendidos e desaptados, que podem ser examinados e mudados do mesmo modo que outros hábitos.

Médicos têm observado uma ligação entre abuso de substâncias e diversos traços psicológicos como depressão, ansiedade, personalidade anti-social e personalidade

¹⁶ Adicção: inclinação ou apego de alguém por alguma coisa. Adicto: pessoa francamente propensa à prática de alguma coisa (crença, atividade, trabalho). A forma *adicto* origina-se do particípio passado do verbo *addico*, que significa *adjudicar* ou *designar*. Este particípio é *addictum* e quer dizer o *adjudicado* ou *designado* – o oferecido ou oferendado. Nos tempos da República Romana, designava o homem que, para pagar uma dívida, convertia-se em escravo do credor. “O adicto era aquele que evitava a dissolução total de sua existência, apelando para a aceitação em público de sua falta de direito a uma identidade pessoal. Para ser alguma coisa, devia aceitar que não era ninguém. Não deve surpreender, em conseqüência, que Cícero chamasse o escravo de *instrumentum vocale*: a ferramenta que fala” (KALINA, 1999 *apud* FREITAS, 2002, p.24).

dependente. Existem poucas evidências de que esses problemas psicológicos tenham existido antes ou causado o abuso de substâncias. É igualmente possível que sejam decorrência do uso e dependência de drogas e de álcool (JEFFERSON, 2001).

Ainda segundo a autora:

Uma outra teoria do abuso de substâncias concentra-se na tendência humana para buscar prazer e evitar a dor ou o estresse. As drogas geram prazer e reduzem a dor física ou psicológica. Uma vez que a dor volta quando o efeito da droga acaba, o indivíduo é poderosamente atraído para repetir o uso da droga. Foi sugerido que algumas pessoas seriam mais sensíveis aos efeitos euforizantes das drogas e estariam mais propensas a repetir seu uso, o que traria ainda mais problemas e iniciaria a espiral do uso de substâncias (Ibidem 2001, p.535).

Socioculturais – diversos fatores socioculturais influenciam a opção de um indivíduo por usar drogas, bem como os tipos de drogas e as que serão usadas. Atitudes, normas, valores e crenças diferem de acordo com a nacionalidade, religião, o gênero, a história familiar e o ambiente social. A avaliação desses fatores é necessária para o entendimento da pessoa como um todo.

Lemos (2004, p.11) afirma que:

A combinação de fatores de risco pode tornar uma pessoa mais suscetível ao abuso de drogas e ainda interferir na recuperação, assim como fatores de proteção que auxiliam no afastamento do indivíduo ao consumo de drogas. Tais fatores de risco e proteção podem ser: individuais, familiares, escolares/trabalho, sociais e relacionados à droga.

O autor pontua tais fatores como segue:

Fatores individuais de proteção – habilidades sociais, cooperação, capacidade resolutiva, vínculos pessoais, vínculos institucionais, ética e valores morais, auto-estima.

Fatores individuais de risco – insegurança, insatisfação, curiosidade, busca de emoções e prazer, transtornos psiquiátricos como depressão, ansiedade e outras doenças.

Fatores familiares de proteção – definição de papéis, hierarquia, companheirismo, envolvimento afetivo, monitoramento, regras de conduta claras, respeito aos ritos familiares e harmonia conjugal.

Fatores familiares de risco – autoritarismo, permissividade/negligência, pais ou irmãos que fumam, bebem ou usam drogas, pais ou irmãos que sofrem de transtornos mentais, pais ou irmãos que sofrem de doenças crônicas e conflito entre pais.

Fatores escolares/profissionais de proteção - bom desempenho, boa adaptação, oportunidades de participação, desafios, vínculo afetivo, exploração de talentos pessoais, descoberta e construção de um projeto de vida, prazer em aprender e realização pessoal.

Fatores escolares/profissionais de risco – mau desempenho, falta de regras claras, baixa expectativa em relação aos alunos, exclusão social, falta de vínculos afetivos, autoritarismo, permissividade e falta de infra-estrutura.

Fatores sociais de proteção – respeito às leis sociais, credibilidade da mídia, trabalho, lazer, justiça social, informação sobre drogas, organização comunitária, afetividade comunitária, mobilização social e boas relações interpessoais.

Fatores sociais de risco – violência, desvalorização do poder público, descrença nas instituições, falta de recurso para prevenção e tratamento, falta de trabalho/lazer, modismo, falta de informação e uso indiscriminado de medicamentos.

Fatores de proteção relacionados à droga – informações adequadas, regras e controle para consumo e dificuldade de acesso.

Fatores de risco relacionados à droga – disponibilidade para a compra, fácil acesso, propaganda, efeito agradável/prazer que leva o indivíduo a querer repetir o uso.

Múltiplos aspectos fazem parte do processo de drogadição, isto é, da dependência de drogas em nosso meio. Porém cabe ressaltar que dentre os fatores – de risco e proteção apresentados acima - o contexto familiar se apresenta como fundamental, um reforço tanto positivo, quanto negativo para a opção dos indivíduos em usar ou não algum tipo de substância psicoativa.

Neste sentido, faz-se necessário aprofundar alguns aspectos relevantes para a compreensão do impacto que a toxicomania exerce sobre a organização familiar, com a finalidade de elucidar o entendimento do sistema, quando este está inserido na complexidade da dependência química, bem como apresentar elementos que incluam a família como uma das peças-chave no tratamento da dependência de álcool e drogas.

Partindo desta premissa, o objetivo do trabalho aqui proposto é o de mapear as tendências teórico-técnicas de atenção ao dependente químico, atualizar a apreensão sobre a

Política Nacional Antidrogas (PNAD) e identificar as funções sócio-assistenciais desempenhadas pelos assistentes sociais junto aos usuários de drogas.

A motivação para realizar este estudo partiu da dificuldade percebida durante o estágio curricular obrigatório na Clínica Caminho do Sol, de envolver plenamente os familiares no processo de recuperação do usuário no tratamento em que o mesmo submetia-se.

A metodologia utilizada para realização deste trabalho perpassa por pesquisas bibliográficas e literaturas específicas, objetivando descortinar e compreender a complexidade do tema.

Estes dados visam contribuir com o profissional de Serviço Social na prática cotidiana, no sentido de atender às necessidades dos usuários e de todos os envolvidos no processo de recuperação, bem como voltar esforços para a prevenção e reinserção social do dependente químico.

O trabalho será desenvolvido em três capítulos.

No primeiro capítulo a proposta é apresentar as políticas públicas de atenção ao usuário de drogas, discorrendo sobre elas de forma crítica, ou seja, fazendo uma leitura da realidade que busque aproximá-la da necessidade do usuário e da sociedade em geral.

No segundo capítulo será abordada a relação do aumento do consumo de SPA's com o apelo da modernidade, isto é, como o fomento do consumismo, a competitividade, o individualismo e outros fatores presentes na sociedade moderna, podem influenciar a experimentação de drogas – lícitas e ilícitas, trazendo conseqüências graves e até mesmo irreversíveis às pessoas que delas fazem uso contínuo ou abusam das tais substâncias. O objetivo, portanto, está centrado na reflexão acerca de uma mudança das relações entre os indivíduos, dos valores enaltecidos por eles e como estes lidam com transformações advindas de um capitalismo exacerbadamente cruel e seletista.

No terceiro capítulo será apresentado um estudo com base na leitura de vários autores, fazendo um resgate dos assuntos inerentes ao tema família, apresentando também informações pertinentes acerca do papel das famílias na recuperação do dependente químico, bem como a importância do seu envolvimento neste processo conjunto de recuperação.

Na seqüência, serão apresentadas as considerações finais, resultados e sugestões, salientando a relevância do tema para os profissionais do Serviço Social, entendendo que é

uma área carente de profissionais, tendo em vista a magnitude da problemática do uso indevido de drogas.

CAPÍTULO I

A POLÍTICA DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS

1.1 Uma visão crítica acerca da Política Nacional Anti-Drogas

O problema da droga não existe em si, é o resultado do encontro de um produto, uma personalidade e um modelo sócio-cultural. Qualquer pessoa, a qualquer momento, pode encontrar um produto tóxico, legal ou ilegal, em seu caminho. Para Olievenstein (1984), toda política sobre drogas deve levar em conta estes pressupostos, sabendo que não existe um destino igual para todos, pois muitos experimentam drogas uma ou mais vezes e não significa afirmar que tornar-se-á um doente.

Os discursos sobre a droga são, de maneira geral simplistas, permanecendo no campo restrito do “faz mal” e “é proibido”. Pensar o uso de drogas dessa forma reducionista dificulta a possibilidade de construção de uma fala alternativa, o que gera muitas identificações perigosas e, desta forma, a associação da necessidade de uma prevenção repressiva antidrogas (ACSELRAD, 2005).

Nas campanhas elaboradas pelo governo brasileiro, predomina o mote “diga não às drogas”, “drogas, nem morto”, “drogas, tô fora”, “sou careta, mas sou feliz”, prevenção clássica baseada na interdição de consumo, projeto de prevenção que confunde mais do que esclarece (Ibidem, 2005, p.190).

Achselrad em seu artigo intitulado “A Educação para a Autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas”, publicado em 2005, faz referências às políticas públicas sobre drogas no Brasil, em que aponta um predomínio dos discursos repressivos, influenciados pela política repressiva norte-americana.

Segundo a autora:

No Brasil, predomina ainda o discurso repressivo, não havendo registro de políticas democráticas, identificadas com o interesse público no que se refere às drogas. A política governamental foi, durante muitos anos, uma expressão do texto legal – Lei n. 6368, elaborada em 1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica (nascida com base na Segurança Nacional) durante a ditadura militar 1964-1979. Essa

Lei mantém presentes as características de um período de exceção: “todos” os brasileiros “devem prevenir o uso e combater o tráfico ilícito”, sob risco de penalização; as escolas que não colaborarem correm o risco de perder subvenções eventuais. Professores deverão receber formação sobre o tema durante a graduação, benefício até hoje não implementado. Criminaliza-se o usuário, penalizam-se todos os que estiverem próximos, como cúmplices, facilitadores (ACSERALD, 2005, p.190).

Sustenta ainda que, distante de um debate público mais amplo nos anos 90, surgem propostas alternativas à Lei nº 6368/76. Pressionado pela comunidade internacional, principalmente pela Organização dos Estados Americanos (OEA), o governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, em ocasião da 2ª Sessão Especial da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre drogas, em 1998 criou a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), ligada à Presidência da República, que atualmente é dirigida por um representante das Forças Armadas.

Concordando com Acselrad (2005), Mesquita (2004) refere que:

A Constituição do Brasil em seus artigos de 142 a 144, trata do papel das Forças Armadas e da Segurança Pública, e em nenhum momento dá atribuição aos militares de cuidar da questão das drogas. Ainda que no tocante à segurança. É claro que emergencialmente poderia ser aceita intervenção pontual das Forças Armadas em questões de segurança, mas a história de outros países não recomenda seu emprego de maneira permanente em questões afetadas à polícia Federal, Estadual (civil, militar e corpo de bombeiros), Rodoviária e Ferroviária. Um poder crucial na defesa do estado Democrático de Direito não pode ser permeável à marginalidade e ao crime, capazes de corromper e desviar os objetivos maiores da corporação (MESQUITA, 2004, p.12).

Segundo Mesquita (2004), o nome atribuído à Secretaria foi bastante infeliz e justifica que a droga é uma substância inerte, incapaz de por si só causar qualquer problema. Outra crítica refere-se à localização institucional da SENAD que foi inapropriada – junto ao então Gabinete Militar da presidência da República, hoje Gabinete de Segurança Institucional.

A SENAD, além dos aspectos de repressão, ficou com atribuições relativas à prevenção, tratamento e reinserção social dos usuários de drogas, atribuíveis aos Ministérios da Saúde, Educação e Assistência Social.

O Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), regulamentado pelo Decreto nº 3696/00, orienta-se pelo princípio básico da responsabilidade compartilhada entre Estado e

sociedade, propondo a municipalização das ações, entendendo que é a melhor forma de possibilitar a participação da sociedade civil organizada nas ações desenvolvidas em nosso país (BRASIL, 2003).

O Fórum Nacional Antidrogas, realizado em Brasília no ano de 2000, embora não conseguisse libertar a SENAD do binômio repressão/abstinência, trouxe como novidade, a divulgação pública de uma Política Nacional Antidrogas, criada pelo Decreto nº 4.345/02, com o mérito de ser a primeira expressão pública de uma política governamental sobre o tema em nosso país. Apesar de seu conteúdo limitado, o plano trouxe a possibilidade de haver um documento para que a sociedade ampliasse o debate sobre a política de drogas.

De acordo com Acselrad (2005), o clima é de guerra nas estrelas, sugerindo medidas repressivas, consideradas segundo seus representantes vitais à preservação da saúde, à tranquilidade dos lares, à produção e à segurança pública. O entendimento portanto, é de um controle sobre os sujeitos, atribuindo-se responsabilizações individualizadas, em que se constrói uma imagem negativa do mesmo, apontando-o como ameaça à tranquilidade coletiva.

Com o fim da ditadura militar e da legislação de exceção, remanesceu um arcabouço de legislação excepcional dedicada ao fenômeno drogas, com a falaciosa sensação de que a legislação criminal, por si, poderia proteger a sociedade de todos os males. Violação de residências sem mandados judiciais, extração de pátrio poder de mães usuárias, internações hospitalares sem autorização dos pacientes em questão, e estabelecimento de penas iguais ou superiores aos de homicídios nos crimes relacionados às drogas ilícitas, são alguns dos exemplos deste pesado rescaldo e da necessidade de rediscussão da legislação do país concernente ao tema. Se não para colocar a questão das drogas no seu trilho, ao menos para evitar uma permanente ameaça ao Estado Democrático de Direito (MESQUITA, 2004 p.11).

Do ponto de vista do interesse público, fica o temor da militarização crescente da guerra contra as drogas, em que é afirmada pela promessa de um combate mundial, rigoroso e sem tréguas ao comércio das drogas hoje consideradas ilícitas.

Segundo Karam (2005), o Estado com a pretensão de punir, controlar a oferta e a demanda de determinadas drogas, assume a função de repassar uma enganosa publicidade que consegue vender o sistema penal como o produto destinado a fornecer as almeçadas proteção e segurança, fazendo destes instrumentos o centro de uma política supostamente destinada a conter, ou até mesmo erradicar o problema, com a temida circulação daquelas mercadorias, ao mesmo tempo em que busca intensificar o controle sobre os próprios indivíduos.

A função geral da ordem jurídica de proteção da dignidade da pessoa, que, em nossa ordem constitucional, surge como um dos fundamentos da República, expresso no inciso III do artigo 1º da Constituição Federal, gera princípios limitadores do poder de punir, vinculantes do legislador. Tais princípios fazem do dano social ponto de referência obrigatório para a fixação de parâmetros, na confecção das normas incriminadoras. Reforçando esta obrigatória consideração do dano social, tem-se ainda a norma contida no inciso X do artigo 5º da Constituição Federal, que, assegurando a inviolabilidade da intimidade e da vida privada, desautoriza qualquer intervenção estatal sobre condutas que, restritas à esfera individual, não tenham potencialidade para atingir bens de terceiros (KARAM, 2005, p.157).

O autor afirma ainda que, a exclusividade assumida pelo Estado e seus legisladores em lidar com a temática das drogas, é o que parece estar tornando a política ineficaz. Cabe então assinalar que, para uma eficácia no tratamento deste fenômeno - que é multilateral - certamente dever-se-ia envolver outras áreas governamentais, universidades, entidades da sociedade civil organizada, setores empresariais, dentre outros segmentos sociais, que têm interesse em um tema tão cadente.

No atual governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, houve iniciativas para a mudança da política de drogas, em que se destaca a mudança do nome original da SENAD para Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas¹⁷ e a sua colocação junto ao Ministério da Justiça (que tem capacidade de articular outros Ministérios e a Sociedade Civil para uma resposta de natureza mais ampla).

A Política Nacional Antidrogas (PNAD)¹⁸, está pautada na prevenção, recuperação e reinserção social; redução de danos sociais e à saúde e repressão. Prevê também uma intervenção por meio da prevenção Primária¹⁹, Secundária²⁰ e Terciária²¹.

No entanto, segundo Barreto (2000, p.39):

Cabe ao governo fornecer linhas gerais para uma política integrada com áreas de educação, saúde e administração pública e ainda [...] um processo coletivo que envolva toda a sociedade e os poderes públicos nesta batalha frente às drogas.

¹⁷ A proposta da mudança está ainda valendo, mas até o presente momento não foi implementada.

¹⁸ Ver anexo A.

¹⁹ Abordando os acontecimentos que antecipam o início da experiência do uso de drogas, por meio de ações no grupo familiar, escolar, comunitário, no local de trabalho, buscando evitar que ocorram problemas relacionados ao uso de risco, problemático e/ou dependente de drogas.

²⁰ Buscando reduzir os danos pessoais e sociais do uso de drogas lícitas e ilícitas.

²¹ Promovendo o tratamento e a reinserção dos indivíduos já acometidos pela dependência química.

Os governos devem assumir, sem exploração política ou ideológica, suas responsabilidades de garantir o acesso à orientação e ao tratamento de qualidade, respeitados os direitos e liberdades individuais.

Nos últimos 30 anos, inúmeros esforços foram feitos para deter o crescimento das drogas como poder econômico e degradante da sociedade. A repressão e o encarceramento já demonstraram ter pouca eficácia, gerando efeitos colaterais como o aumento da população carcerária e dos custos para mantê-la. Segundo Zaluar (2005), as campanhas de informação, o incentivo à cooperação entre população e polícia e o investimento em programas de tratamento de dependentes graves, podem diminuir a criminalidade, sendo um caminho para lidar melhor com um problema que já faz parte da cultura mundial.

Desde os anos 70, os Estados Unidos vêm investindo cifras altíssimas para a “guerra às drogas”, mas com uma política de repressão, violenta e inútil que não consegue minimizar os problemas das drogas naquele país. Segundo Acselrad (2005) citando Nadelman (1991), registrou-se um assustador aumento nos anos 90, do número de pessoas encarceradas nos Estados Unidos – cerca de 30 a 45% condenadas por violação de leis concernentes a drogas. Hoje este número cresceu ainda mais, já se computando mais de dois milhões de pessoas nas prisões norte-americanas e cerca do dobro submetidas a outras medidas penais, permanecendo as condenações relacionadas a drogas qualificadas como ilegais sendo o principal fator deste crescimento.

De acordo com o Conselho Social e Econômico das Nações Unidas (1994), o crime organizado transnacional, com capacidade de expandir suas atividades a ponto de ameaçar a segurança e a economia dos países, particularmente aqueles em transição e desenvolvimento, representa atualmente o maior perigo que os governos precisam enfrentar para assegurar sua estabilidade e segurança (ZALUAR, 2002).

Esta abordagem acerca das medidas repressivas em relação às drogas, tem por objetivo ressaltar que o Brasil adotou o modelo americano para lidar com as questões relativas às drogas em nosso país. O governo sempre adotou medidas repressivas no combate às drogas, e a polícia tem um enorme poder em determinar quem será ou não processado e preso como traficante – crime considerado hediondo. Zaluar (2002) destaca ainda que, no que se refere à administração da justiça, jovens pobres, negros ou mulatos são presos como traficantes, o que

ajuda a criar uma superpopulação carcerária, além de tornar ilegítimo e injusto o funcionamento jurídico no país.

Não falta no Brasil, o que o antropólogo norte-americano Becker (1997) chamou de “motivação de um ato desviante”. Esta deriva de uma situação na qual o sujeito não aceita o jogo social e político vigente, e se revolta contra ele. A pobreza não explica o ato desviante mas, em conjugação com as falhas do Estado, pode facilitar a escolha ou adesão às subculturas marginais de uso de drogas ilícitas. Tais subculturas se formam a partir do próprio preconceito dos agentes governamentais e da sociedade em relação aos usuários de drogas. A imagem negativa, a discriminação, o medo, a “satanização” do viciado contribuem decisivamente para a cristalização desses grupos, assim como dos tons agressivos e anti-sociais que algumas vezes adquirem.

Hygino e Garcia (2003), fazem uma reflexão pertinente com relação à problemática das drogas, afirmando que o uso de drogas é marcado por forte ênfase moral, em que as abordagens predominantes acerca do uso de tais substâncias não fazem, em geral, distinção entre a prática, o usuário e droga. “O que se constata nas campanhas supostamente educativas ou preventivas é uma tendência a atingir três alvos: demonizar a droga, condenar o uso, culpabilizar o usuário” (Ibidem, 2003, p.31).

Contudo, o usuário ou o dependente de drogas é um cidadão com direitos e deveres, sendo esta noção apontada como muito tímida em nosso país. Violências são cometidas em nome do combate às drogas, sendo comuns à população que mora em favelas, sistematicamente identificada ao tráfico de drogas ilícitas, reforçando a construção da identidade dos moradores dessas comunidades (ACSELRAD, 2005).

O que a sociedade precisa é uma política voltada para os usos problemáticos, respeitosa dos direitos de cidadania, baseada em uma ética de uso equilibrado e responsável, tendo em vista os padrões de consumo atuais incorporados.

1.2 A proposta de uma nova política

No decorrer do desenvolvimento deste trabalho, houve uma novidade na política de atenção aos usuários de drogas no âmbito nacional. Sendo assim, é importante destacar como estão sendo encaminhadas as novas propostas e quais foram as modificações na legislação sobre drogas.

De acordo com informações obtidas no site do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas²² (OBID, 2005), o movimento para mudar a atual política iniciou com um evento que contou com a presença do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, do Vice-Presidente da República, José de Alencar, do Ministro da Justiça, Márcio Thomaz Bastos, do Ministro da Saúde, Humberto Costa e do Ministro Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, Presidente do Conselho Nacional Antidrogas e também anfitrião do evento, Jorge Armando Félix.

O processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas começou com o “Seminário Internacional sobre Políticas Públicas sobre Drogas”, realizado em 21 de junho de 2004, no qual participaram representantes de 7 países (Itália, Suécia, Suíça, Portugal, Reino Unido, Holanda e Canadá) apresentando suas respectivas políticas. Depois seguiram-se seis Fóruns Regionais (Sul, Sudeste, 2 na região Nordeste, Norte e Centro-Oeste), de agosto a outubro. Em todos os fóruns regionais, a população das regiões específicas analisou e discutiu a PNAD em oficinas temáticas e propôs sugestões para cada item.

O Fórum Nacional consistiu na reunião de todas as sugestões regionais e na consolidação das propostas, tendo aí o realinhamento efetivo da Política (a ser chamada de Política Nacional sobre Drogas).

Na oportunidade, o Ministro Felix ressaltou a importância da participação da sociedade no realinhamento da PNAD. A marca principal desses fóruns regionais foi a descentralização dos debates com a participação da sociedade. Neste Fórum Nacional deve ser definida a política sobre drogas que se busca, não uma política dos gabinetes, mas a política que traduz a vontade da população, as expectativas das famílias brasileiras. Não uma política

²² Disponível em: www.obid.gov.br.

vinda de fora, mas construída com base na realidade do País. Não uma política sem fundamento ou cheia de preconceitos, mas uma política que considera os avanços da ciência e a sabedoria popular. Os Fóruns Regionais foram fóruns da sociedade, ou seja, a sociedade civil foi a protagonista, as universidades onde foram realizadas foram o palco e os governos – Estadual e Federal, foram facilitadores da discussão.

O Fórum Nacional, por sua vez, constituiu-se de um fórum “de Governo”, onde o Governo Federal (SENAD e Ministérios) atuou como coordenador, a comunidade científica como a mediadora e a sociedade civil foi a decisora da política (OBID, 2005).

O Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), aprovou a nova Política Nacional sobre Drogas²³ (Anexo B), no dia 27 de outubro de 2005, resultado do realinhamento da Política Nacional Antidrogas vigente até então.

O Excelentíssimo Senhor Presidente da República, por meio de mensagem, destacou a participação da SENAD do Gabinete de Segurança Institucional, na articulação da sociedade com o objetivo de promover e facilitar o processo de realinhamento da PNAD. Destacou ainda, a co-responsabilidade do Governo e da Sociedade no trabalho de redução da demanda e da oferta de drogas em nosso País (SENAD, 2006).

Em virtude destas modificações da política de drogas, foi realizada uma consulta por e-mail à ex-presidente da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas (ABEAD), que atualmente é membro do Conselho Consultivo deste órgão – Dr^a Ana Cecília Petta Roselli Marques, que também publica artigos e livros especializados na área. Sobre o assunto ela pontua que o realinhamento da PNAD foi aprovado em outubro, mas ainda não deu tempo de colocar em prática, participou ativamente para que fosse discutido o realinhamento, que teve como metodologia inicial, um trabalho bastante interessante, que foi denominado Fórum Regional para discussão da PNAD vigente. Ao final do processo, pressões políticas mudaram o rumo das conclusões e o que foi aprovado, não representa na íntegra o que foi aclamado nos fóruns parciais. Dr^a Ana Cecília, participou e coordenou a maioria dos grupos de treinamento e considera que a política mudou de A para Z, mas ainda não representa as evidências regionais O que concerne à repressão, segundo ela, restou apenas o capítulo

²³ Publicada no Diário Oficial da União em 27/10/2005 (SENAD, 2005).

específico que se faz necessário para integrar uma política sobre drogas. “Faz parte da prevenção” (MARQUES, 2006)²⁴.

Diante do exposto, cabe ressaltar o quanto é importante para os profissionais, especificamente do Serviço Social, se apropriarem das políticas destinadas ao público alvo que atendem no sentido de questionar quais interesses estão em jogo. Por este motivo, a participação da sociedade civil e dos profissionais da área da dependência química (que é o nosso caso), na discussão acerca das políticas é fundamental, do ponto de vista da necessidade real e da eficácia na implementação de programas e projetos no atendimento ao usuário.

1.3 A organização dos serviços e políticas públicas frente ao consumo de substâncias psicoativas

A política de educação preventiva adotada pelo Ministério da Educação (ME, 2004), prevê a inclusão de matérias sobre o tema drogas nos currículos dos ensinos fundamental e médio, porém a proposta não foi efetivada.

Na saúde, o Ministério da Saúde (MS), através da área técnica de Saúde Mental, define as diretrizes políticas de tratamento e de prevenção, onde se destaca a Lei nº 10216 de 06/04/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental.

O MS vem emitindo portarias visando implementar uma rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos usuários. Entre elas destaca-se a portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral à Usuários de Álcool e outras Drogas, prioriza ações de caráter terapêutico, preventivo, educativo e reabilitador,

²⁴ Esta informação foi o resultado de uma consulta realizada em fevereiro de 2006, por e-mail com a Dr.^a Ana Cecília Petta Marques, que gentilmente declarou sua opinião acerca do realinhamento da atual política de drogas.

direcionadas a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas (e seus familiares), baseado em informações fornecidas pela OMS (2001), sustentadas por estudos e pesquisas epidemiológicas consistentes, de que a dependência de álcool acomete cerca de 10 a 12% da população mundial.

Há uma necessidade de fortalecer a articulação da rede de atenção à saúde das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, nos seus diferentes níveis de complexidade, criando-se em hospitais gerais, leitos de retaguarda aos casos que necessitam de internação – esta é uma necessidade recorrente dos profissionais que lidam com esta realidade.

Segundo Delgado (2005), esta é uma lacuna existente na rede de atenção básica de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e a solução para amenizar os danos à saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, perpassam por serviços de atendimento, prevenção e acompanhamento sistemático dos usuários de drogas acompanhado por uma equipe especializada para dar respostas eficazes, efetivas e eficientes a esses problemas.

Ainda no âmbito do SUS, os serviços oferecidos aos usuários de drogas concentram-se no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo locais de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja gravidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor da vida.

O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os recursos terapêuticos são: atendimento individual, em grupo, para as famílias, atividades comunitárias e reuniões para organização dos serviços (BRASIL, 2003).

O Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSad), modalidade de atendimento iniciado em 2002, destina-se especificamente aos usuários cujo principal problema é o uso abusivo e prejudicial de álcool e outras drogas. São desenvolvidas atividades desde o atendimento individual – medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros, até o atendimento em grupos ou oficinas terapêuticas, além de visitas domiciliares (MIRANDA, 2004).

Ainda se apresenta como sendo uma resposta tímida da saúde pública a este desafio e vem se expandido lentamente pelas cidades brasileiras. Sem dúvida é um dispositivo

importante para o enfrentamento das questões concernentes ao uso abusivo de drogas, mas este atendimento não está formalizado na maioria das cidades brasileiras, isto é, o CAPSad é um recurso que não está disponível à população em várias localidades. Por exemplo, em Santa Catarina, existem dois (2) Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (Blumenau e Joinville), sendo que em Florianópolis – no bairro Estreito, existe um CAPSad operando e atende apenas crianças e adolescentes que são encaminhados por instituições e conselhos tutelares, porém ainda não foi inaugurado²⁵.

A dificuldade perpassa pela falta de recursos disponíveis, pela carência de profissionais treinados e/ou desinteresse político (DELGADO, 2005).

Outro aspecto importante no que se refere às drogas, diz respeito à prevenção, que deve contemplar o fornecimento de informações sobre os danos de álcool e outras drogas, dos recursos que podem ser acionados pelos usuários para buscar um tratamento especializado, bem como o envolvimento de todos os que convivem com o usuário para orientar acerca da doença e da dependência que pode estar instalada.

As parcerias interministeriais estabelecem linhas de ação conjunta com a SENAD e com as Secretarias do Ministério da Educação e do Desporto. A ABEAD contribui na discussão e definições de políticas em relação ao consumo inadequado de drogas e às situações de risco (PUEL,2000).

No âmbito Estadual, segundo a Secretaria do Estado da Saúde (SES/SC), os atendimentos disponibilizados pelo SUS na área da dependência química em Santa Catarina são:

- CE – DST/AIDS – Coordenação Estadual DST/AIDS, da Secretaria do Estado da Saúde. É responsável pela condução da Política Estadual de DST/AIDS, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde.
- Programa Estadual de Saúde Mental – da Secretaria de Estado da Saúde, responsável pela condução da Política Estadual de Saúde Mental. Avalia projetos para implantação de novos serviços no SUS; assessoram os municípios para implementação da rede de saúde mental, novas técnicas e epidemiologia; viabiliza capacitações aos profissionais da rede pública de saúde.

²⁵ Dados obtidos em 08/02/2006, através de contato com o responsável pelo CAPSad de Florianópolis, Sr. André.

- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – Policlínica de Referência Estadual, que presta atendimento a portadores de transtornos mentais e dependentes químicos, por uma equipe multidisciplinar. É um ambulatório de referência Estadual na área.
- CECRED – Centro de Convivência e Recuperação de Dependentes Químicos que funciona no Hospital Santa Teresa de Dermatologia Sanitária, da rede pública de saúde, em São Pedro de Alcântara/SC.
- IPQ/SC – Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – Hospital especializado em psiquiatria, que dispõe de uma unidade para tratamento hospitalar a dependentes químicos, em São José/ SC.
- Coordenação Estadual de Controle do Tabagismo – da Secretaria de Estado da Saúde. Promovem treinamentos aos profissionais para a implantação do programa de controle do tabagismo da rede pública de saúde, educação e empresa (SES/SC, 2003).

A Secretaria de Educação do Estado de Santa Catarina (SED/SC) também desenvolve programas voltados à prevenção do uso de drogas. São eles:

- NEPRE – Núcleo de Prevenção Secretaria do Estado da Educação. Objetiva trabalhar com a questão das drogas no contexto das disciplinas do currículo escolar, com uma perspectiva interdisciplinar.
- PROERD – Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência, desenvolvido pela Polícia Militar do Estado. Trabalho desenvolvido entre crianças em idade escolar, ensinando-as a resistir às pressões e apelos ao uso de drogas.

O Conselho Municipal Antidrogas (COMAD), ligado à Secretaria de Segurança Pública e Defesa do Cidadão do Estado de Santa Catarina, é o órgão que fiscaliza o funcionamento de comunidades terapêuticas de controle à droga e de tratamento de dependentes químicos. Delibera políticas referentes aos entorpecentes e promove ações de educação e prevenção acerca das drogas.

São estas, portanto as iniciativas por parte do Estado para prestar atendimento aos usuários de drogas, promover a prevenção, bem como definir as políticas públicas por meio dos Conselhos.

Fora destes espaços contamos também com várias Comunidades Terapêuticas espalhadas pelo estado, assim como clínicas particulares que prestam serviços desta ordem. As instituições que dispõem de serviços de tratamento e recuperação de usuários de drogas em nosso Estado é muito limitado, estando aquém da real necessidade da população, em especial das crianças, adolescentes e famílias.

O grande desafio é o fato de transpor o deserto de iniciativas e construir uma política pública consistente, sustentável e efetiva, que possa articular esforços intersetoriais no marco da saúde pública, da democracia e da promoção dos direitos humanos (DELGADO, 2005).

1.4 O Programa de Redução de Danos

Um dos pressupostos básicos da Política Nacional Antidrogas (PNAD) é “orientar a implantação das atividades, ações e programas de redução de demanda²⁶ (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos”, considerando os “determinantes de saúde”, entendidos como: renda familiar e nível social; nível educacional; condições ocupacionais ou de emprego; meio ambiente físico; funcionamento orgânico (biológico); herança genética; habilidades sociais; práticas de saúde pessoal; desenvolvimento infantil saudável e acesso ao sistema de saúde (FONSECA; BASTOS, 2004).

Estas ações estão amparadas no Artigo nº196 da Constituição Federal de 1988, como intervenções preventivas, devendo ser incluídas entre as medidas a serem implementadas, sem prejuízo a outras modalidades de intervenção e estratégias de redução da demanda.

²⁶ A Redução de Demanda difere da Redução de Danos, pois procura focar o consumo. Isso envolve persuadir as pessoas a não usarem substâncias, por meio de mensagens de educação para a saúde (para não fumar cigarros, parar de fumar durante a gravidez), usar menor quantidade das substâncias (níveis recomendáveis para o consumo de álcool), para completamente de usar substâncias (por meio de tratamento orientado para a abstinência), proibição ou regulamentação sobre quem pode portar ou usar substâncias (autorização por ordem judicial, uso legal sob supervisão médica, restrições de idade) ou limitação da demanda pelo controle dos preços (taxação) (STIMSON; FITCH, 2003 p. 189).

No capítulo que aborda a redução de danos, no âmbito da PNAD, menciona-se a necessidade de:

Estabelecer estratégias de Saúde Pública voltadas para minimizar as adversas conseqüências do uso indevido de drogas, visando reduzir as situações de risco mais constantes desse uso, que representem potencial prejuízo para o indivíduo, para determinado grupo social ou para a comunidade (SENAD, 2003 p. 20).

A Redução de Danos ²⁷ (RD), é um conjunto de estratégias de intervenção que incluem ações dirigidas a Usuários de Drogas (UD) e Usuários de Drogas Injetáveis (UDI's), sua rede social e familiar, à comunidade em geral e a setores governamentais e não-governamentais. Os programas de redução de danos desenvolvem uma série de intervenções que visam acessar e vincular UD e UDI a atividades que promovam a diminuição da vulnerabilidade associada ao consumo de drogas, a inserção em serviços de saúde, a garantia dos direitos humanos e cidadania e a reinserção social (SES, 2005).

De acordo com a Cartilha desenvolvida pela Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina em 2005 - “ABC redução de Danos”, o principal objetivo do Projeto Redução de Danos é a redução da incidência de DST/HIV/Aids, Hepatites e outras doenças de transmissão sanguínea e sexual entre usuários de drogas e usuários de drogas injetáveis.

Os princípios de um Programa de Redução de Danos podem ser elencados como sendo:

- Busca ativa pelo usuário nos locais onde vive e faz uso de drogas;
- Vínculo ético e afetivo que promove a confiança entre usuário e Agente de Prevenção como instrumento fundamental de trabalho;
- Abordagem não estigmatizante, não excludente, sigilosa e baseada na empatia do Agente Redutor de Danos com o usuário;
- Intervenção que respeita e promove a autonomia, reconhece o direito e o dever de escolha e estimula a responsabilidade de cada indivíduo;
- Realização de ações de educação em saúde que promovam novos modos de relação com as drogas a partir do estabelecimento de um compromisso, não ideal, mas possível e desejável, com a preservação da própria vida e com a saúde da comunidade (SES, 2005, p.22).

²⁷ O Programa de Redução de Danos em Santa Catarina, está amparado pela Lei nº 11.063/98, decretada pela Assembléia Legislativa e sancionada pelo Governador do Estado, em que autoriza a Secretaria de Estado da Saúde a distribuir em Centros de Saúde, seringas descartáveis aos usuários de drogas injetáveis, preservativos e, oferece encaminhamento à usuários de drogas aos serviços de tratamento da dependência química e atenção integral à saúde.

A proposta é clara de controle e de autocuidado com relação ao uso de drogas, que permite também desenvolver o sentido de responsabilidade sobre si mesmo e sobre as pessoas do círculo de relação. A estratégia de RD dirigida para os usuários injetáveis, promove, além de orientações, a distribuição/troca de seringas e agulhas e outros insumos de prevenção preconizando que as injeções sejam realizadas com equipamentos estéreis.

Os UDI's geralmente, em estado de exclusão social acentuados, são abordados nos lugares e momentos em que as práticas de risco à saúde estão em curso, ou seja, quando, para o uso de drogas, há o compartilhamento de equipamentos de injeção por várias pessoas (FONTES; FIGLIE, 2004).

Ainda segundo os autores acima citados, a RD é um modelo alternativo e inovador para a abordagem de dependentes químicos, consistindo em um conjunto de medidas de saúde pública voltadas a minimizar as conseqüências adversas do uso de drogas, tendo como princípio fundamental o respeito e a liberdade de escolha dos usuários que, por vezes, não conseguem ou não querem parar de utilizar substâncias psicoativas e, por isso, o intuito é reduzir ou minimizar riscos decorrentes do uso.

A RD é um movimento internacional que surgiu em resposta à crescente crise da AIDS nos anos 80, quando muitos países reconheceram a necessidade de desenvolver estratégias mais práticas e adaptativas para reduzir o risco de transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis (Idem, 2004).

A princípio os usuários de crack não pareciam constituir um alvo importante das ações de Redução de Danos. Porém o risco de transmissão sexual do HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) nessa população se mostra elevado e preocupante, reclamando a adoção de medidas preventivas urgentes (FONSECA; BASTOS, 2005).

No Brasil, existem mais de 100 Programas de Redução de Danos implantados em diversas cidades brasileiras, fundamentados em ações de campo, desenvolvidas por agentes comunitários de saúde devidamente treinados, que compreendem troca e distribuição de seringas, atividades de informação, educação e comunicação, aconselhamento, encaminhamento e vacinação contra hepatite (Ibidem,2004).

Alguns Estados brasileiros aprovaram leis que regulamentam as ações de Redução de danos. Nos estados de São Paulo – Lei Estadual nº 9758/97, em Santa Catarina – Lei Estadual nº 11063/98, Rio Grande do Sul – Lei Estadual nº 11562/00 e em Mato Grosso do

Sul – Lei Estadual nº 2404/01, a RD integra as políticas públicas de proteção e defesa da saúde. Essas leis estaduais são bastante relevantes, pois afastam essas ações do “âmbito de proibição das normas criminalizadoras de comportamentos relacionados às drogas ilícitas e enfatizam a necessidade de uma abordagem de saúde pública” (KARAM, 2003, p.84).

O Projeto de Lei Federal para Redução de Danos está tramitando na Câmara Federal desde maio de 2000 (CN-DST/Aids, 2004).

Os principais desafios apontados por Fonseca e Bastos (2005 p. 301), no enfrentamento da política de RD brasileira incluem:

- Resistências políticas à implantação de políticas de RD; segmentos da sociedade civil que atuam no tratamento da dependência química contrários à RD, ainda que esse diálogo tenha melhorado nos últimos anos;
- Necessidade de intensificar as discussões com instâncias/instituições que trabalham com o uso de drogas e educação; interface com outras populações (presidiários, profissionais do sexo, garimpeiros);
- Baixa cobertura das ações. Por exemplo, apenas 20 dos 62 municípios com maior número de casos de Aids pertencentes à categoria de exposição UDI, contam com projetos de RD.

Apesar das dificuldades enfrentadas para implementar os programas de RD, o Brasil vem desempenhando um papel central entre os países da América Latina, por seu conhecimento e experiência no desenvolvimento de estratégias de RD entre usuários de drogas. O país tem oferecido estágios a profissionais de diferentes países latino-americanos, promovendo articulações para a mudança das legislações locais e apoiando a obtenção de insumos e a implantação de ações de intervenção nesses países. De um modo geral, é necessário incorporar as estratégias de RD no âmbito dos serviços regulares de assistência, com o objetivo de promover a humanização desses serviços e a adaptação de sua operação a populações historicamente excluídas, com difícil acesso à rede de saúde (BASTOS, 2003).

Segundo Fonseca e Bastos (2005), a maior concentração de Programas de RD ocorre nas regiões Sul e Sudeste. Isso se deve a uma lógica relacionada com a concentração demográfica e econômica do próprio país, bem como referente à dinâmica da epidemia de Aids no Brasil.

Os Programas de RD representam uma estratégia essencial à aproximação de usuários de drogas reticentes a buscar ajuda nos serviços de saúde (em função, por exemplo, de experiências anteriores de descaso ou maus-tratos).

Esses programas funcionam como uma ponte para diferentes modalidades de tratamento em outros serviços, tanto com relação a condições clínicas como em questões relacionadas ao abuso de drogas (Ibidem, 2005 p. 303).

No âmbito dos CAPS, diversas cidades brasileiras oferecem assistência a usuários de drogas sem enfatizar a abstinência; farmácias que contribuem, facilitando o acesso a equipamentos de injeção estéreis e descartáveis, já constituem experiência importante e são locais onde os princípios de RD têm encontrado ressonância e aplicação. Todavia, ainda é preciso que se instaure essa prática nos serviços básicos de saúde, para que se adequem às peculiaridades dos usuários de drogas, incluindo-os em sua clientela não concentrando apenas na distribuição de seringas e preservativos (FONTES; FIGLIE, 2004).

Para melhor compreensão do modelo, se faz necessário entender os princípios postulados por Marllat *et al.* (1999, *Apud* FONTES; FIGLIE, 2004, p.425-426), autor partidário da RD em seu livro “Redução de Danos, estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco”. Assim os princípios básicos apresentados por ele, estão seriados a seguir:

1. *A RD é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral, criminal e de doença:* o modelo de redução de danos desvia a atenção do uso de drogas em si, para suas conseqüências e efeitos prejudiciais, que são avaliados em termos de ser prejudiciais ou favoráveis ao usuário e à sociedade como um todo.

O modelo moral, que categoriza o comportamento como moralmente certo ou errado, encara o uso de drogas como ruim, ilegal e defende a redução de oferta por proibição e punição. Difere também do modelo doença, que considera a dependência uma patologia biológica, promove redução da demanda como meta primordial da prevenção e a abstinência como única meta aceitável de tratamento. A redução de danos visa reduzir as conseqüências negativas da adicção, assim como aceita que muitas pessoas usem drogas e concomitantemente apresentem outros comportamentos de alto risco que devam ser levados em consideração e acredita não existir quase nenhuma chance de uma sociedade se tornar realmente livre das drogas.

2. *A RD reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos:* tanto o modelo moral quanto o da doença insistem na abstinência absoluta. Isso caracteriza uma abordagem de “alta exigência”, que muitas vezes se torna um obstáculo para aqueles que procuram ajuda. A RD estimula os indivíduos a reduzirem as

conseqüências prejudiciais de seu comportamento gradualmente e a abstinência é vista como meta final.

3. *A RD surgiu principalmente como uma abordagem de “baixo para cima”, com base na defesa do dependente, em vez de uma política de “cima para baixo” promovida por formuladores de políticas de drogas:* muitos programas de redução de danos surgiram de intervenções de saúde pública com base comunitária que apóiam usuários de substâncias e suas comunidades na redução de danos relacionados às drogas. A defesa dos dependentes químicos levou ao desenvolvimento de estratégias inovadoras, tais como a troca de seringas. Estes avanços desenvolveram-se de “baixo para cima”, ou seja, de iniciativas locais de base comunitária.

4. *Acesso a serviços de baixa exigência como uma alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência:* a redução de danos não preconiza a abstinência para que os indivíduos tenham mais facilidade em se envolver e começar o tratamento. Os programas de baixa exigência fazem parceria com a população-alvo para o desenvolvimento de novos programas, reduzem o estigma associado ao abuso de substâncias e práticas sexuais de risco e oferecem um enfoque integrador e normalizado de comportamento de alto risco, definindo-os como respostas mal adaptadas no enfrentamento de problemas.

5. *A RD baseia-se nos princípios do Pragmatismo Empático versus Idealismo Moralista:* diante dos comportamentos prejudiciais, o pragmatismo empático busca o que pode ser feito para reduzir o dano e o sofrimento, tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. Sua preocupação é dirigida para o manejo das questões cotidianas e das práticas reais e sua validade é avaliada por resultados práticos. Essa abordagem estruturada na aceitação e na empatia apresenta semelhanças com outras filosofias e escolas de terapia; adota uma postura humanitária para lidar com o sofrimento humano, centrando a abordagem no cliente.

Embora os tratamentos para dependência química tenham sido aprimorados e diversificados, a maioria deles continua tendo base na abstinência, fazendo com que aqueles que não querem ou não são capazes de deixar o uso acabem abandonando os serviços.

Frente a esta situação e às conseqüências negativas do uso de drogas para os próprios usuários, familiares, amigos e para a sociedade, a redução de danos que prevê um uso controlado ou moderado, pode ser possível para esse subgrupo, mas não apropriada para todos os casos. Algumas pessoas podem ter um histórico tão problemático com o uso de uma

substância particular, que evitar qualquer uso pode ser a melhor opção para elas (LARANJEIRA, 1997).

Para implantação, portanto, das práticas preventivas, é fundamental que haja um envolvimento de toda a sociedade, compreendendo-se que não existem receitas mágicas para resolver a questão do uso de drogas e danos a ela associados. Importante também é permitir uma valorização dos indivíduos, o olhar livre de preconceitos e a compreensão dos múltiplos fatores que estão ligados ao consumo de drogas. Este olhar permite promover comportamentos mais seguros, determinando benefícios diretos e indiretos à coletividade (FONSECA; BASTOS, 2004).

CAPÍTULO II

O CONSUMO DE DROGAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

2.1 O indivíduo em meio a uma sociedade de consumo

Vivemos em uma sociedade regida e organizada segundo a lógica do consumo, num tempo dos objetos, que intermediam as relações entre humanos e qualquer coisa, inclusive o sujeito está à mercê de se tornar um objeto (BAUDRILLARD, 1970 *apud* GARCIA, 1997).

Os objetos diferenciam um indivíduo do outro e a diferenciação entre os indivíduos é socialmente determinada – ter para ser; consumir para existir- e os que consomem mais exibem maior prestígio do que os consomem menos. Porém ao mesmo tempo em que o sistema de consumo é o responsável pela produção social das diferenças, é ele que paradoxalmente homogeneiza os indivíduos que, “ao entrarem na moda” determinada pelo consumo, abdicam de sua singularidade. Sendo assim, “[...] o sujeito consome isoladamente, na tentativa de obter prazer ou simplesmente para aliviar o mal-estar ao qual está submetido sem se dar conta de que apenas satisfaz uma exigência do sistema” (GARCIA, 2003, p.123).

A informação chega aos indivíduos de várias formas (TV, rádio, outdoors, revistas, etc.), sendo um dos fatores que influenciam para o aumento do consumo de drogas, por exemplo o álcool. Segundo Pinsky (2004), estudos recentes comprovam que crianças e adolescentes entre 10 e 17 anos, apontam que através de propagandas de bebidas alcoólicas, sentem vontade de consumir álcool.

No Brasil, os comerciais estão sempre associados a momentos gloriosos, conquistas esportivas, à sexualidade e ao orgulho de ser brasileiro. Podemos acrescentar ainda que, além desta imagem repassada pelos veículos de comunicação, sempre chama a atenção “musas”, com corpos perfeitos e cheias de “saúde”, apresentando o produto. “Beba, entorpeça-se e será feliz!” (s/a, s/d).

O uso de certas drogas lícitas, como o álcool continuam sendo evocados de forma *glamourizada* – associadas à juventude, à beleza, ao sucesso de figuras públicas – e incentivado, como na recente publicidade do “experimenta”,

numa abordagem bem diferente dos *clips* das campanhas contra as drogas de uso ilícito: nesse caso o prazer é totalmente negado, predominando imagens de perigo, doença, escuridão, degradação física, horror, morte. Assim, permanece a confusão do verdadeiro e do falso, que não contribui para esclarecer as diferenças de uso que foram, e continuam sendo, construídas historicamente. O esclarecimento se compromete, assim como a construção de uma consciência de riscos (ACSELRAD, 2004, p.195).

Drogar-se constitui a promessa de um prazer absoluto e a possibilidade de evitar o mal-estar, e isto faz da droga o mais poderoso dos objetos de consumo e fazem da parceria entre toxicômano e sua droga uma relação inabalável, extremamente destruidora e radicalmente contemporânea (GONÇALVES, 2003).

Para Freitas (2001), o homem da modernidade é incentivado freqüentemente a utilizar algum tipo de anestésico para seu mal-estar psíquico, para as suas angústias. As exhibições performáticas, os espetáculos que cultuam a superficialidade e a fugacidade são marcos importantes de uma sociedade totalmente consagrada aos exibicionismos narcísicos e às teatralidades. A aparência é extremamente valorizada, fazendo com que as pessoas estejam sempre num palco representando personagens que, ao participarem do cenário social, o fazem de forma a exaltar um *eu triunfante*.

Na onda do consumismo moderno, apregoa-se a posse material e o consumo intensivo de bens e produtos. Isso também estimula o uso crescente de drogas. Produtos antigos ou recentes, legais ou ilegais conheceram novas formas de fabricação e comercialização, indo ao encontro de novas motivações e novas formas de procura. Em detrimento de modos saudáveis de vida, enfatiza-se, com freqüência, certos ideais irrealis de força, vigor e juventude, atrelados à idéia de um prazer imediato e permanente na “curtição” da vida (BUCHER, 1996, p.9).

Podemos ter uma melhor dimensão acerca da toxicomania contemporânea no monólogo que se encontra no filme *Trainspotting*, do diretor Danny Boyle, que traz a recusa dos anseios da sociedade de consumo.

Escolha a vida. Escolha um emprego. Escolha uma carreira. Escolha uma família. Escolha a porra de uma televisão grande, escolha máquinas de lavar roupa, carros, aparelhos de CDs e abridores de lata elétricos. Escolha boa saúde, colesterol baixo e seguro dentário. Escolha novos pagamentos de hipoteca com juros fixos. Escolha um lar para começar a vida. Escolha seus amigos. Escolha roupas confortáveis e bagagem combinando. Escolha um terno completo de aluguel, numa variedade de tecidos horríveis. Escolha um

“Faça você mesmo”, perguntando a você mesmo quem diabo você é numa manhã de domingo. Sentar naquele sofá assistindo a programas esportivos que embotam a mente e amassam o espírito, enchendo a boca de comida de lanchonete. Apodrecer no fim de tudo, dando o último suspiro numa casa miserável, nada mais do que o embaraço para os filhos egoístas que você gerou para que tomem seu lugar. Escolha o seu futuro. Escolha vida. Eu escolho não escolher a vida: escolho outra coisa qualquer. E as razões? Não há nenhuma. Quem precisa de razões quando se tem heroína? (TRAINSPOTTING, 1996, 00:03min).

A citação pode ser interpretada como sendo o retrato de uma geração que começa a comprar, como nenhuma outra, o sonho da droga e se deixa capturar novamente pela sociedade de consumo, recuperando rapidamente o objeto droga como instrumento integrado à sua lógica, ou seja, à lógica de um tipo de gozo que serve perfeitamente ao tipo de exercício totalitário.

Sendo assim, por um lado o discurso da toxicomania se destacaria como marginalidade, fundada na recusa dos ideais desta sociedade consumista, mas por outro, mesmo na recusa, estar-se-ia buscando o “objeto” que poderia libertar os sujeitos deste empobrecimento psicológico (MOURÃO, 2003, p. 114).

Delgado (2003) referindo-se à obra de Freud (1930), pontua quanto ao perigo de se apostar em uma possibilidade única de satisfação, apontando a ilusão de achar que um único objeto, exclusivo, poderá promover a felicidade. A demanda de todo ser humano é ser feliz, e é para este fim que os sujeitos se orientam; a busca de felicidade é o propósito de vida do homem. Nesse sentido, a intoxicação química é descrita por Freud (1930) como um meio eficaz de produção imediata do prazer, proporcionando também aos homens um afastamento da realidade, que possibilita suportar o sofrimento derivado da civilização.

O que nos interessa neste trabalho é apontar que a toxicomania é um fenômeno da sociedade moderna de consumo, pois a partir de um sujeito fiel ao produto que consome, representar de forma radical o discurso dominante e seu objeto - a droga, é tomado como maior aliviador do sofrimento humano. O consumo oferece a possibilidade do afastamento do mal-estar e promete um encontro com a felicidade, que constitui a demanda de todo ser humano. Assim, a evitação do sofrimento e a busca de felicidade são cartas oferecidas ao sujeito pela ordem capitalista, que impõe a obrigação do gozo, tendo a droga como seu objeto por excelência (Ibidem, 2003).

Não obstante às implicações psicológicas deflagradas pela busca do objeto droga, a difusão maciça de seu consumo na atualidade, transformou a toxicomania numa grave expressão da questão social. Plastino (2003), afirma que a toxicomania constitui também um sintoma, mas um sintoma no qual se exprimem fatores que, vinculados às múltiplas facetas da vida social, ultrapassam as motivações dos indivíduos singulares.

A toxicomania não pode ser analisada como um fenômeno isolado, sendo conveniente considerá-la como um aspecto específico de um conjunto mais abrangente de comportamentos sociais caracterizados por um imaginário fortemente individualista (Ibidem, 2003 p. 133).

É preciso dirigir a esta problemática um olhar mais amplo, capaz de problematizar o que a ideologia dominante prefere ignorar, de que há algo profundamente errado nas concepções que alicerçam nossa civilização.

Citando Plastino (2003), a toxicomania não pode ser compreendida separada dessa problemática, pois o comportamento autodestrutivo dos milhões de indivíduos que compõem a massa de toxicômanos é, sem dúvida, irracional; como também são irracionais as formas de organização social e econômica, hoje hegemônicas, que condenam a maior parte da humanidade à miséria em meio a uma sempre crescente riqueza e ainda ameaçam o futuro de todos, destruindo nosso habitat em nome do progresso econômico.

É necessário então, interrogar-nos sobre as características fundamentais da civilização moderna e do paradigma que sustenta a construção desta civilização. Nos pressupostos desta civilização, o homem é concebido como indivíduo separado da natureza, e a sociedade como resultante de uma associação racional de indivíduos, ignorando assim, tanto nos indivíduos quanto nas sociedades, a significação de sua afetividade e sociabilidade naturais (MORIN, 1999).

Separando o homem da natureza, a perspectiva moderna o separa de si mesmo, na medida em que o pensa como uma consciência racional e um corpo reducionista – apenas como consciência e razão, ao mesmo tempo que o corpo é pensado como parte da máquina burra, que é como este paradigma reducionista concebe a natureza. Esta perspectiva opõe o homem à natureza, estabelecendo uma relação de exterioridade e domínio – separado da natureza, dos outros e de si mesmo, o homem da modernidade transformou o objetivo em prática predatória (PLASTINO, 2003).

A análise desta situação contemporânea permite compreender as conseqüências deste processo, em que os mais fortes sobrevivem e outros tantos são condenados e expostos às mais variadas formas de violência nas relações sociais, à desesperança, o esmagamento dos mais desprotegidos e fracos, à solidão que atualmente são expressões de uma civilização que, parece estar esgotando suas possibilidades de desenvolvimento (Ibidem, 2003).

A tendência é o surgimento de formas e condições de existência individualizadas, que compelem as pessoas – para sua própria sobrevivência material – a se tornarem o centro de seu próprio planejamento e condução da vida... De fato, é preciso escolher e mudar a própria identidade social, e assumir os riscos de fazê-lo... O próprio indivíduo se torna a unidade de reprodução do social no mundo da vida? (BAUMAN, 2001, p. 156).

Com efeito, o modelo de sociedade que se apresenta nos dias atuais está balizada num comportamento extremamente individualista e competitivo. Segundo Acsehrad (2004), as pessoas convivem com restrições dos espaços de prazer, em que o mercado de produção crescente de substâncias psicoativas somam-se negativamente para fortalecer a tendência a resolvermos nossos problemas pela via química. Cria-se um impasse nas relações humanas, porque competir significa ultrapassar, eliminar o outro.

Nestes termos, a sociedade do individualismo vem se tornando a sociedade da solidão, da intolerância e da xenofobia. A desagregação das formas tradicionais de organização social abriu espaço à notória expansão de atitudes narcísicas – é a negação do outro e não a fraternidade, que rege a vida social.

O homem contemporâneo parece cada vez mais incapaz de pensar os desafios resultantes de sua própria ação, orientada pela razão instrumental. Prisioneiro da máquina produtiva por ele mesmo criada, o indivíduo se obriga a sacrificar valores como solidariedade, fraternidade e compaixão. Ele próprio se condena a abandonar seus sonhos, projetos e utopias de um mundo melhor (PLASTINO, 2005).

O bem-estar que a sociedade de consumo nos promete é ilusório, pois na verdade, se possível fosse, determinaria uma quebra da ordem vigente, inviabilizando o atual estado de coisas e colocando um basta nessa reciclagem perpétua, que é consideração para que o sistema se mantenha.

Portanto a reflexão a qual devemos nos deter refere-se às famílias em meio a esta lógica e realidade. Nos dias atuais, as famílias em geral sofrem mudanças em sua dinâmica

devido à necessidade de deixar o lar para dedicar-se ao mercado de trabalho, esvaziando assim a convivência com seus membros. Estes, por sua vez, ficam à mercê da escola e da rua, sabendo que a primeira também passa por dificuldades de toda a ordem e não cumpre seu papel de maneira eficaz. Deste modo, cresce o número de crianças e adolescentes envolvidos com o tráfico e o uso de drogas por falta de uma estrutura familiar e social para ampará-los.

É esta a realidade que se apresenta atualmente, permeada por falta de perspectiva para que crianças, adolescentes e pais assegurem um futuro e vislumbrem algum tipo de oportunidade para a melhoria de condições de vida, sendo desta forma as principais vítimas da desigualdade, da injustiça social e do não cumprimento dos direitos sociais.

CAPÍTULO III

A FAMÍLIA NO CONTEXTO DA TOXICOMANIA

3.1 Família: uma nova perspectiva analítica

A família brasileira, em meio a discussões sobre a sua desagregação ou enfraquecimento, está presente e permanece enquanto espaço privilegiado de socialização, de prática de tolerância e divisão de responsabilidades, de busca coletiva de estratégias de sobrevivência e lugar inicial para o exercício da cidadania sob o parâmetro da igualdade, do respeito e dos direitos humanos. Ela desempenha um papel decisivo na educação, sendo um espaço em que são absorvidos os valores éticos e humanitários e onde se aprofundam os laços de solidariedade (KALOUSTIAN, 1994).

Nos dias atuais, as famílias – sua definição e organização - vem sendo tema principal para pesquisadores e estudiosos da área. Segundo Szymansky (2002, p.9), “família é compreendida como sendo uma associação de pessoas que escolhe conviver por razões afetivas e assume um compromisso de cuidado mútuo e, se houver, com crianças, adolescentes e adultos”.

Sobre isso, acrescenta Miotto (2000, p. 217):

A família é um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo, mais ou menos longo e se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. É marcado por relações de gênero e, ou de relações de gerações, e está dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida.

Estas definições corroboram a idéia de que na sociedade contemporânea houve transformações profundas relacionadas à ordem econômica, à organização do trabalho e ao fortalecimento da lógica individualista, bem como mudanças de valores e liberalização de hábitos e costumes (Ibidem, 2000).

As famílias então, partícipes deste processo, acompanharam estas transformações, e começaram a se organizar – por força destas transformações, de várias maneiras, não exclusivamente estruturadas como sendo nuclear (pai, mãe e filhos).

Neste sentido, Szymasnski (2002, p. 10) ressalta outros tipos de composições familiares, mudando o foco da estrutura família nuclear. São eles:

- Família nuclear, incluindo duas gerações, com filhos biológicos;
- Famílias extensas, incluindo três ou quatro gerações;
- Famílias adotivas temporárias;
- Famílias adotivas, que podem ser bi-raciais ou multiculturais;
- Casais;
- Famílias monoparentais, chefiadas por pai ou mãe;
- Casais homossexuais com ou sem crianças;
- Famílias reconstituídas depois do divórcio;
- Várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso mútuo.

Retomando as idéias de Miotto (2000), tal diversidade e transformações desencadearam um processo de fragilização de vínculos familiares, o que tornou as famílias mais vulneráveis, em especial na sociedade brasileira em que o grau de vulnerabilidade vem aumentando em consequência das desigualdades características de sua estrutura social.

A realidade atual indica que as formas de organização das famílias são totalmente diversas e modificam-se, continuamente, para atender às exigências que lhe são impostas pela sociedade, pelos sujeitos que a compõem e pelos eventos da vida cotidiana. O terreno sobre o qual a família se movimenta não é o da estabilidade, mas o do conflito, o da contradição. As relações são profundamente marcadas pelas contradições entre as expectativas que a sociedade tem e as possibilidades objetivas de realização. Esta situação é condicionada tanto pela organização econômica e social da distribuição de recursos, como pela coexistência de modelos culturais (valores, normas, papéis) reciprocamente contraditórios. Veja-se o paradoxo do fortalecimento da lógica individualista em termos societários e o apelo para a preservação da lógica da solidariedade familiar (Ibidem, 2000, p.219).

Estas considerações acerca do que atualmente se entende e se conceitua como sendo família, tem fundamental importância para a compreensão de que a família não é, a priori, um lugar de felicidade – ideologia aceita e compartilhada nos dias de hoje pelos profissionais que trabalham junto às famílias:

Imbuídos dessa ideologia, muitas vezes os profissionais, embora compartilhando da idéia de que família não é um grupo natural, naturaliza as suas relações e com isso trabalha com esteriótipos do ser pai, ser mãe, ser filho. Esquecem-se que dinâmica relacional estabelecida em cada família não é dada, mas é construída a partir de sua história e de negociações cotidianas que ocorrem internamente entre seus membros e externamente com o meio social mais amplo (Idem, 1997, p.117).

Sendo a família portanto, uma instituição social historicamente condicionada e dialeticamente articulada com a sociedade na qual está inserida, é necessário pensar as famílias sempre numa perspectiva de mudança, evitando-se a idéia de modelos cristalizados para se refletir as possibilidades em relação ao futuro (Idem, 1997).

Neste sentido, em relação aos profissionais que atuam junto às famílias, Neder (2000) pontua a necessidade da valorização das famílias, enxergando as diferenças étnico-culturais presentes na sociedade e também que se tenha respeito por tais diferenças.

É preciso então “[...] evitar os paradigmas de família regular x família irregular, responsável, em larga medida, pelos preconceitos que produzem a evasão escolar, a displicência e o descaso no atendimento médico e a truculência policial em relação às classes populares” (Ibidem, 2000, p. 44).

Esta reflexão sobre as famílias (organizadas da maneira que for), é essencial para se efetivar trabalhos e atendimentos mais eficazes a este segmento social tão vulnerável e carente de atenção nas mais diferentes instituições públicas.

A partir desta compreensão, nos interessa identificar e relacionar o tema “família” com o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos - dentre eles a dependência química - e, para tanto, vale ressaltar que alguns autores²⁸, colocam realmente a família como o lócus da produção da doença mental, sendo ela um espaço que tanto pode servir de refúgio seguro como um lugar que coloca em risco a segurança física e emocional de seus membros (SOUZA, 1996 *apud* MIOTO, 1997).

Diante do exposto, será abordado no próximo item alguns conceitos sobre a teoria sistêmica, cujo foco principal está voltado à compreensão do funcionamento das famílias e destas em relação ao meio no qual estão inseridas, identificando os problemas que podem ocorrer em uma família que tem seu funcionamento prejudicado, quando algum membro

²⁸ Cooper, 1980; Canevacci, 1981 e Horkeheimer, 1983.

adoece em função do abuso de substâncias psicoativas e o que afeta diretamente outros membros. O profissional sistêmico trabalha sob a ótica do conjunto, isto é, com todos os envolvidos pela problemática e, desta forma, viabiliza-se a construção de uma nova narrativa na qual todos participam e, conseqüentemente, estarão sujeitos à responsabilidade do diagnóstico, da mesma forma que também serão responsáveis pela recuperação (salientando que estamos nos referindo à recuperação de dependência química com a participação da família neste processo). Neste caso, o profissional desempenha apenas o papel de manter um contexto conversacional que permita o surgimento de “histórias de final feliz” (ESTEVES, 2005).

3.2 Aportes teóricos sobre a teoria sistêmica

Quando o pai é pai e o filho é filho, quando o irmão mais velho desempenha o papel de ir, ao mais velho e o mais novo age de acordo com o papel de irmão mais novo, quando o marido é realmente marido e esposa é realmente esposa, então, existe ordem.

I. CHING

Hoje muito tem se falado sobre pensamento e práticas sistêmicas e sobre novos paradigmas. A visão sistêmica - ou o pensamento sistêmico - tem sido considerado algo novo, contemporâneo. A visão sistêmica da família pressupõe que a pessoa, apesar de sua complexidade, não está isolada de um contexto sócio-familiar. Ao contrário, está conectada e interagindo com outras pessoas que lhe são familiares. A família, apesar da diversidade cultural, social e afetiva, é o lugar onde as expectativas são construídas, transformadas ou repetidas, dependendo da qualidade das interações (PAYÁ; FIGLIE, 2004)

De acordo com as autoras, sob o aspecto familiar, para avaliar e tratar a dependência química “sistemicamente” é necessário levar em conta as expectativas familiares, não reforçando preconceitos, mas visando o resgate da autonomia de cada um dos membros e buscando a mudança de padrões familiares estabelecidos.

No que se refere à dependência química, o pressuposto básico preconiza que os indivíduos que fazem uso de álcool e outras drogas, fazem parte de um contexto no qual seus

valores, crenças, emoções e comportamentos influenciam os comportamentos dos membros da família e são por ele influenciados. Por este motivo, o meio familiar pode ser compreendido como cenário direto do enfoque terapêutico (Ibidem, 2004).

Segundo Esteves (2005, p.77), o pensamento sistêmico tem três dimensões que constituem uma visão de mundo sistêmica. São elas:

- Ver sistemicamente o mundo é ver e pensar a complexidade do mundo, isto é, buscar sempre a compreensão dos acontecimentos em relação aos contextos em que ocorrem;
- É ver sempre o dinamismo das situações, reconhecendo que o mundo está em “processo de tornar-se”, e isso nos leva a conviver com situações que não podemos prever e a ocorrência não podemos controlar;
- É ainda reconhecer que não existem realidades objetivas: vamos constituindo as realidades – físicas, biológicas ou sociais, à medida que interagimos com o mundo.

Neste sentido o mundo passa a ser pensado e descrito em termos de sistemas – conjuntos de elementos em interação. O foco passa a estar nas relações, não só as relações entre os elementos do sistema, mas também as relações entre o sistema e aquele que o descreve e trabalha com ele.

Amplia-se o foco: do elemento (o indivíduo) para o sistema (a família, o grupo de trabalho, a escola) e para os sistemas de sistemas (os ecossistemas, as redes sociais, as comunidades, as nações, as comunidades internacionais) (Ibidem, 2005).

O autor salienta ainda, que ao assumir o pensamento sistêmico, o cientista, o profissional, o homem comum, estará assumindo uma visão de mundo que terá profundas implicações em seus relacionamentos e em suas práticas:

Na área da saúde, uma convicção de que uma doença é crônica poderá ser revista quando se amplia o foco, e se descobrirá, por exemplo, que um paciente precisa manter seus sintomas para não perder os contatos com o profissional de saúde, a única relação significativa que ela tem no momento. Percebe-se então que ela precisa melhorar um pouco para mostrar ao profissional que o tratamento está indo bem e, em seguida, recair um pouco para não perder a relação com ele. Assim também as terapias, na busca de soluções para as dificuldades de quem procura ajuda, trabalharão as relações familiares e as relações da família com a rede social, mobilizando os

poderosos recursos inerentes à existência de vínculos afetivos e sociais (Ibidem, 2005, p. 79).

Para melhor compreender o tema em questão, faz-se necessário definir alguns conceitos básicos do pensamento sistêmico. PUEL (1991, p. 21-26) elenca os mais importantes:

Totalidade – o sistema não é a soma das partes, e sim uma organização interdependente, inseparável, um todo coeso, cuja mudança numa dessas partes provocará mudança nas demais e, conseqüentemente, no sistema total;

Homeostase – mecanismo regulador que garante a estabilidade do sistema. É um estado de equilíbrio dinâmico, caracterizado por flutuações múltiplas e interdependentes, capaz de manter o sistema em estado relativamente constante, o que não implica em mobilidade;

Organização – diz respeito à estrutura, ou seja, aos componentes do sistema. Uma estrutura é dotada de leis que determinam o funcionamento, o auto-reconhecimento e a regulação do sistema. Tais leis vão desde o explícito, como normas de convivência, até ao implícito, como as crenças ou os mitos familiares, passando pelas regras – estas que limitam as condutas dos membros do sistema;

Fronteiras – são limites que separam um sistema de outros sistemas e subsistemas. A fronteira é um filtro cuja função é a ordenação das trocas entre o sistema vivo e seu ambiente. Para que numa família sejam mantidas as características e a diferenciação de cada subsistema, as fronteiras têm que ser respeitadas

Cada família, pensada do ponto de vista sistêmico, possui organização e estrutura específicas, dependendo da forma como seus subsistemas interagem entre si e com os sistemas comunitários. As interações que ocorrem entre os subsistemas dão-se nos limites ou fronteiras de cada subsistema, que garantem a diferenciação e as características dos mesmos.

Segundo Minuchin, Colapinto e Minuchin (1982), para o funcionamento adequado da família, as fronteiras devem ser **nítidas**. Considerando as características das fronteiras – difusas e rígidas - classifica as famílias em emaranhadas e desligadas.

A família emaranhada é caracterizada por suas fronteiras difusas, fracas e de fácil passagem (permeável). Há grande proximidade entre os membros que interagem intensamente e há falta de diferenciação dos subsistemas, resultando num funcionamento inadequado das tarefas que são desenvolvidas por seus membros. A diferenciação de seus membros e de seus subsistemas é extremamente pobre.

A família desligada é caracterizada por fronteiras inadequadamente rígidas, não há conexões fortes entre os membros, que se relacionam o mínimo entre si. Nestas famílias há

ausência de sentimentos de lealdade e de pertencimento, ausência de interdependência e dificuldades em solicitar ajuda dos membros da família, quando necessário. Com efeito, Minuchin pontua que para uma família ter um funcionamento sadio, deve proteger a integridade do sistema total e autonomia funcional de suas partes.

Os autores salientam ainda que a família “é um sistema em movimento que se vai adaptando continuamente as pressões internas e externas de sua estrutura”. Essas idéias são fundamentais para entender como as famílias funcionam, mas se aplicam também aos sistemas familiares mais amplos que afetam a vida familiar.

Uma família é um tipo especial de sistema, com estrutura, padrões e propriedades que organizam a estabilidade e a mudança (MINUCHIN; COLAPINTO; MINUCHIN, 1993).

Na estrutura de uma abordagem sistêmica, entende-se que cada pessoa contribui para a formação de padrões familiares, mas também é evidente que a personalidade e o comportamento são moldados pelo que a família espera e permite. É necessário, portanto, trabalhar com as pessoas dentro do contexto de suas famílias e de sua rede mais ampla.

O modelo sistêmico enfatiza a dependência química ou um distúrbio mental, como a expressão de padrões inadequados de interação no interior da família.

Com base na teoria dos sistemas, (PY, 1987 *apud* PUEL, 1991, p. 21), a família pode ser considerada como sendo:

[...] um sistema aberto, devido ao movimento de seus membros dentro e fora de uma interação uns com os outros e com sistemas extrafamiliares (meio-ambiente, comunidade), num fluxo recíproco constante de informação, energia e material. A família tende também a funcionar como um sistema total. As ações e comportamentos de um dos membros influenciam e simultaneamente são influenciados pelos comportamentos de todos os outros.

A família pode, então, ser vista como um sistema que se auto-governa através de regras, as quais definem o que é e o que não é permitido. Estabiliza-se, equilibra-se em torno de certas transações que são a concretização dessas regras. O sistema familiar oferece resistência à mudança, além de um certo limite, mantendo, tanto quanto possível, os seus padrões de interação – sua homeostasia.

Com efeito a família pode ser definida como uma entidade evolutiva capaz de transformações súbitas. Esses dois paradigmas para explicação do funcionamento da família, aparentemente contraditórios – um estático (homeostase) e o outro evolutivo, que conduz a família a transformações de seus padrões de interação – no decorrer do tempo se integraram e atualmente são aceitos como momentos alternantes do funcionamento do ciclo de vida familiar (CARTER; McGOLDRICK, 1995).

É importante salientar que o fato do sistema familiar estar em equilíbrio ou estável, não significa necessariamente sanidade, mas um modo de interação que permite a sobrevivência da família, pois ela pode equilibrar-se em torno de padrões disfuncionais²⁹.

Laranjeira (2001), também considerando a família como um sistema, afirma que aquelas cujo um de seus membros possui problemas de dependência química, mantêm um equilíbrio dinâmico entre o uso de substâncias e o funcionamento familiar.

Na perspectiva sistêmica, um dependente químico exerce uma importante função na família, pois esta se organiza de modo a atingir uma homeostase dentro do sistema, mesmo que para isso a dependência química faça parte do seu funcionamento e, nestes casos, a sobriedade pode afetar tal homeostase.

O profissional partidário da teoria sistêmica convidará para um atendimento em conjunto todos os “envolvidos” com o problema, possibilitando a construção de uma nova narrativa de que todos sejam participantes e repartam o poder entre si. Todos, até mesmo o portador do problema, serão responsáveis pelo diagnóstico, assim como pela dissolução do mesmo (ESTEVES, 2005).

A partir da abordagem e do enfoque sistêmico para se trabalhar com as famílias, será elencado no próximo item a importância da percepção de que o dependente químico, antes mesmo de ser apontado como um “problema” faz parte de um contexto mais amplo, tendo em vista que está inserido num sistema familiar e este necessita igualmente ser acompanhado e tratado.

²⁹ Estes padrões ditos disfuncionais referem-se a obstáculos à transformação, ou seja, quando existe dificuldade de se reorganizar um novo equilíbrio na família. Um sistema familiar disfuncional mantém rigidamente o seu *status quo* interacional, mesmo quando uma mudança em suas regras é essencial (CARTER; McGOLDRICK, 1995).

3.3 Famílias Adictas: a drogadição e a codependência

O conceito de família, abordado anteriormente, leva em consideração as múltiplas funções reguladoras dos papéis familiares, contradições de comportamento, afetos, tensões, conflitos presentes no meio que, ao mesmo tempo, contribuem para que o sistema permaneça vivo, superando uma visão estática da própria construção familiar. A família, portanto, é um sistema dinâmico em constante transformação, que cumpre sua função social, transmitindo valores e tradições culturais (PAYÁ; FIGLIE, 2004).

O impacto que a família sofre com o uso/abuso de drogas por um de seus membros é correspondente às reações que vão ocorrendo com o sujeito que as utiliza.

Segundo as autoras (2004, p.340), este impacto pode ser descrito em quatro estágios, pelos quais a família progressivamente passa sob a influência das drogas e do álcool:

- No primeiro estágio, prepondera o mecanismo de negação. Ocorre tensão e desentendimento, e as pessoas deixam de falar o que realmente pensam e sentem;
- No segundo estágio, a família toda está preocupada com essa questão, tentando controlar o uso da droga, bem como as suas conseqüências físicas e emocionais no campo do trabalho e no convívio social. Mentiras e cumplicidades relativas ao uso abusivo de álcool e drogas instauram um clima de segredo familiar. A regra é não falar do assunto, mantendo a ilusão de que as drogas e o álcool não estão causando problemas para a família;
- No terceiro estágio, a desorganização da família é enorme. Seus membros assumem papéis rígidos e previsíveis, servindo de facilitadores. As famílias assumem responsabilidades de atos que não são seus e, assim, o dependente químico perde a oportunidade de perceber as conseqüências do abuso de álcool e drogas. É comum ocorrer uma inversão de papéis e funções, como por exemplo, a esposa que passa a assumir todas as responsabilidades de casa em virtude do alcoolismo do marido ou a filha mais velha que passa a cuidar dos irmãos em conseqüência do uso de drogas pela mãe;

- O quarto estágio é caracterizado pela exaustão emocional, e podem surgir graves distúrbios de comportamento em todos os membros. A situação fica insustentável e leva ao afastamento entre os membros, gerando grave desestruturação familiar.

As autoras salientam ainda que, embora tais estágios definam um padrão de evolução do impacto das substâncias, não se pode afirmar que o processo será o mesmo em todas as famílias, pois cada qual reage de acordo com seus valores, compreensão e recursos para lidar com o problema do álcool e outras drogas.

Há uma tendência dos familiares do dependente químico se sentirem culpados e envergonhados pela situação que se apresenta. Sendo assim, muitas vezes estes mesmos sentimentos podem estar impedindo de alguma forma a busca por ajuda profissional para tratar do problema, o que corrobora para agravar o desfecho do caso (Ibidem, 2004).

Importante também é salientar que entre as famílias ocorrem sentimentos comuns, tais como: raiva, ressentimento, descrédito das promessas de parar, dor, impotência, medo, falência, desintegração, solidão em relação à sociedade, culpa e vergonha. Por outro lado o usuário de drogas e álcool raramente assume o abuso da substância, esta revelação “da presença da droga no meio familiar” pode acontecer por iniciativa de terceiros; por um ato falho do próprio usuário ou em situações extremas de prisão, *overdose*, morte ou acidentes.

Discorrendo ainda sobre o trabalho de Payá e Figlie (2004), é profícuo ressaltar que a dependência química afeta o sistema familiar mediante certos fatores, como: a substância de preferência, a idade o sexo do dependente, o estágio em que se encontra a família, os fatores sociais, econômicos e culturais – tanto do dependente quanto da família - e as psicopatologias.

Stanton e Todd (1985), *apud* Payá e Figlie (2004) resumiram características dos sistemas familiares de usuários de drogas como segue:

- Alta frequência de drogas e dependência multigeracional;
- Expressão rudimentar e direta do conflito familiar com parcerias entre os membros, de modo explícito;
- Mães com práticas simbióticas quando os filhos são crianças e que se estendem por toda a vida;
- Coincidência de mortes prematuras dentro da família;

- Tentativas dos membros de se diferenciarem entre si, como uma pseudo-individação, mas de maneira frágil, em virtude das regras e dos limites que deveriam ordenar o funcionamento e, no entanto estão distorcidos.

Outro autor citado neste mesmo trabalho de Payá e Figlie (2004), Olievenstein (1982), assinala as seguintes características, denominadas patológicas, que apresentam as famílias dos dependentes químicos. Vejamos:

- Falta de barreiras entre as gerações – a autoridade dos membros mais velhos nem sempre consegue impor limites e regras claras;
- Frequentemente há inversão dos papéis na família;
- Os mitos familiares são acentuados, muitas vezes a família acredita que o problema da droga é coisa do destino da família como um todo;
- Desentendimento entre o casal, não colaborando na recuperação de algum membro;
- Alianças secretas com filhos diante da desordem das condutas que deveriam ser seguidas ou mesmo falha de comunicação entre os membros.

Uma reflexão pertinente acerca da relação famílias/dependência química, perpassa inicialmente pelo processo educacional nas famílias – ponto de partida importante para ir desvelando como este tem sido um campo fértil para a instauração da dependência química ou também podemos chamar de toxicomania.

Schenker (2003), em seu trabalho intitulado “A Família na Toxicomania”, aborda de uma forma clara, como se dá o processo de drogadição no contexto das famílias, em que os pais, primeiros educadores dos filhos, nos dias atuais estão desatentos ao comportamento e ao desenvolvimento dos mesmos.

O trabalho de Schenker (2003) evidencia que geralmente os pais adotam uma postura de grande permissividade, por vezes sentindo-se culpados e inseguros quanto à colocação de regras e limites para seus filhos. Ela aponta que o grande problema é que as crianças não vêm ao mundo sabendo como devem se comportar; aliás, ela (a criança) é naturalmente egoísta e egocêntrica, não sendo capaz de *sentir pelo outro*. Geralmente os pais cedem aos desejos dos filhos, seguindo a idéia de dar aos filhos o que não tiveram – tanto em termos materiais, quanto de liberdade. Desta forma há uma inversão de poder autocrático e a tirania passa a ser dos filhos.

Outro aspecto referenciado por Schenker (2003) diz respeito à ênfase que se dá no consumo material e não no consumo de princípios solidários. Desta forma, criam-se sujeitos egoístas, individualistas, incapazes de lidar com um *não*. Seres que vão buscar no mundo relações de poder semelhantes às que tiveram com seus familiares: o déspota a quem todos devem servir. Não há uma formação de indivíduos aptos a enfrentar o fracasso, tendo baixíssima resistência à frustração. “*Educar é um trabalho árduo, porque é repetitivo*”. Esta afirmação é justificada pelo fato de que é muito mais fácil ceder, ser bonzinho do que negar, frustrar, limitar, explicar o por quê, etc. (SCHENKER, 2003, p.209).

Centrando também no tema famílias, adolescência³⁰ e drogas, Freitas (2002) nos dá uma contribuição valiosa, ao discorrer sobre a importância da interação dos adolescentes com seu contexto familiar, fundamentalmente em referência ao problema das toxicomanias.

Segundo este autor, a questão da adolescência, da família e da droga perpassa pelo que ele chama de “falência da função paterna”, ou seja, da dificuldade que encontram determinadas famílias para exercer a lei, para colocar limites nos filhos.

Entendemos que esta ausência do exercício do legislativo é um dos grandes facilitadores do aparecimento de certos quadros adictivos. Como disse Claude Olievenstein (1982), as duas condições necessárias e suficientes para que alguém se torne um toxicômano são: “a primeira é que ele encontre a droga; a segunda é sua relação com a transgressão da lei (p.82)” (FREITAS, 2002, p.18).

Os pais, até um determinado momento, lidavam com crianças e, ao terem que se defrontar com um adolescente, com suas contestações muitas vezes agressivas, se sentem completamente perdidos. Tanto o adolescente quanto os seus pais têm grande dificuldade em lidar com este período da vida (Ibidem, 2002).

³⁰ A adolescência pode ser entendida como sendo um momento crucial da vida do ser humano e constitui a etapa decisiva de um processo de desprendimento que começou com o nascimento. As modificações psicológicas que se produzem neste período, e que são o correlato de modificações corporais, levam a uma nova relação com os pais e o mundo. Isto só é possível se elabora, lenta e dolorosamente, o luto pelo corpo infantil, pela identidade infantil e pela relação com os pais da infância (ABERASTURY, 1970 *apud* FREITAS, 2002, p.36).

Kalina (1988 *apud* FREITAS, 2002, p. 36), afirma que:

Essencialmente o que importa salientar é que a família, ou seus equivalentes, é co-geradora do fenômeno adictivo. Onde existem adictos, encontramos famílias nas quais, qualquer que seja a configuração que tenham, estão presentes a droga ou modelos adictivos de conduta, como técnica de sobrevivência por um ou mais membros deste grupo humano.

Chama a atenção no trabalho desenvolvido por Freitas (2002) a observância da problemática da drogadição iniciar mesmo dentro do contexto familiar – de acordo com o autor, muitos pais negam ou ignoram qualquer participação na composição do modelo sintomático de seus filhos, pois se sabe que é muito difícil para um pai ou para uma mãe aceitar esse tipo de inclusão. Por esse motivo o autor tratou de aprofundar a questão referente à falência da função paterna que contribui (e muito) para emergir esta patologia considerada grave por especialistas de todo o mundo.

Retomando as idéias de Schenker (2002), que espécie de ser humano estará sendo criada quando os pais se eximem da responsabilidade de educá-los ativamente?

A ausência parental, que em muitos casos se dá com os pais presentes na vida do filho, implica sérios danos na construção da forma como o sujeito irá se perceber, valorar e gostar. O indivíduo irá buscar, ao longo de sua vida emocional, quem colocar como seus pais no quesito *filiação* de seu documento de identidade. Para tal, percorrerá diferentes grupos, ao longo de sua formação, e possivelmente optará por aqueles que se mostrarem abertos para aceitá-lo, confirmá-lo como sujeito, não se importando tanto com as características inerentes a tais grupos (SCHENKER, 2002, p.215).

Em sua grande maioria, nos casos de adicção, as famílias buscam por ajuda terapêutica quando já estão desgastadas as suas relações e sua comunicação. São raros os sistemas que buscam auxílio preventivo – comum é buscar especialistas em casos de doenças físicas, mas não emocionais. Quando se fala em terapia, muitas pessoas carregam consigo o estigma de quem procura terapeuta ou mesmo um psiquiatra “é louco!”.

No entanto, o que vemos se processar no mundo familiar da toxicomania? Famílias cegas para as questões emocionais de seus membros. Famílias que se esmeram em ter um membro *eternamente* infantil, regredido, precisando ser cuidado. Filhos criados sem limites, pais sendo *bonzinhos*, ou que

primam pelo autoritarismo, não exercitando a difícil arte de educar. Famílias imaturas e ingênuas e que, portanto, conhecem quase nada sobre seus membros (Ibidem, 2003, p. 216).

As famílias com membros adictos calcificam-se em torno de seu sintoma, estagnando nos extremos, impedindo assim a fluidez do movimento e, portanto, do processo. O sintoma empobrece, desvitaliza e esconde a diversidade de recursos que qualquer sistema tem na promoção da saúde.

É necessário ajustar o foco das lentes e compreender que por trás de um usuário de drogas existe todo um contexto, permeado por vínculos emocionais que pode igualmente estar adoecido. Trata-se da família do dependente que torna-se com a convivência, um doente e pode estar agindo como o dependente: vivendo em função dos horários dele, dos seus hábitos, da chegada, do acordar e enganar-se até o ponto da negação. Pressupõe-se então que além do usuário, deve-se tratar também da família, que neste caso denomina-se de codependente (ZAMPIERI, 2004).

A codependência refere-se à pessoa que convive de forma direta com alguém que apresenta alguma dependência química e, em especial, ao álcool. E, por extensão, às pessoas que por qualquer outro motivo crônico viveram uma prolongada relação parentalizada na família de origem, assumindo precocemente responsabilidades inadequadas para a idade e o contexto cultural. Caracteriza-se por um jogo de comportamentos mal adaptativos e compulsivos, aprendidos na convivência familiar, a fim de sobreviver ao se encontrarem sob grande estresse ou intensa e prolongada dor (Ibidem, 2004, p. 63).

A autora afirma ainda que não há uma definição científica para codependente, no entanto, pressupõe-se que a dependência se dá em um meio facilitador, em especial na família desajustada. A definição mais freqüente para codependência de acordo com a autora, é uma condição emocional, psicológica e comportamental; como um padrão relacional e como um transtorno da não-identificação do *self*.

A seguir serão elencadas características sistêmicas de codependência mais amplas ou centradas no par, ou ainda centradas na pessoa.

Para Zampieri (2004), as características centradas na pessoa são:

- A dificuldade de identificar uma auto-imagem;

- Dificuldade de expressar ou identificar sentimentos;
- Senso de vitimização;
- Ansiedade acerca de intimidade.

As características centradas na relação com um par:

- Atração por pessoas explosivas;
- Controle compulsivo de outrem em relacionamentos;
- Necessidade de ajudar, acompanhada de sofrimento;
- Preocupação constante com uma pessoa dependente.

As características sistêmicas mais amplas:

- Descuido das próprias necessidades em prol de alguém ou pela sobrevivência do sistema familiar;
- Repetição deste padrão em grupos extrafamiliar, mesmo que não haja risco de falência do sistema.

No caso da codependência química, o tratamento deve ser estendido ao usuário de drogas e também aos membros da família, sabendo-se que nas famílias codependentes, qualquer mudança nas relações é percebida como ameaçadora. Isto significa dizer que a patologia do sujeito serve de alguma forma para manter o equilíbrio do sistema familiar.

Codependente é o elemento programado para ser cuidador e mantenedor de relações fechadas, em que os membros dessa família mantêm funções rígidas e limitantes. Os esquemas inter-relacionais são pobres, estereotipados e redundantes, numa eterna relação de codependência (ZAMPIERI, 2004, p. 96).

Esta abordagem em torno da família adicta e da codependência é de extrema importância quando se pretende desenvolver trabalhos com usuários de drogas. Quando um membro da família utiliza algum tipo de droga, significa que a estrutura familiar está comprometida em diversos setores das relações humanas – seja individual, grupal ou social. Neste aspecto é importante compreender qual lugar o dependente químico ocupa no seio da família e como foi estabelecido o rearranjo dos membros diante disso (PAYÁ;FIGLIE, 2004).

Na verdade o usuário é transformado em um problema único familiar, em que são depositadas todas as atenções, cobranças e expectativas, sendo formas de minimizar ou negar os conflitos familiares e de projetar em um só membro a dinâmica do sistema como um todo.

Ainda que muitas famílias que convivem com a presença de drogas e álcool tenham características semelhantes, deve-se considerar a história de vida de cada uma e suas particularidades. Além disso, situações de aliança e cumplicidade de um dos membros com o profissional responsável pelo atendimento poderão ser frequentes, daí a importância do terapeuta familiar sempre ter em mente que o pedido deve ser dirigido à família, pois é esta que, de modo direto e indireto, busca ajuda para o sofrimento da dependência química.

3.4 A experiência do atendimento às famílias na Clínica Caminho do Sol

A partir deste ítem, será relatada a experiência vivenciada durante o estágio realizado na Clínica Caminho do Sol, em que as ações foram pautadas nas dimensões teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas, sendo estas compreendidas como competências do Serviço Social.

O conjunto de atividades realizadas durante o período de estágio foram operacionalizadas por meio do processo sócio-assistencial, que possibilitou a execução do projeto proposto junto à instituição.

O Programa *Sócio-Assistencial* consiste em ações nos âmbitos: sócio-educativo, sócio-emergencial e sócio-terapêutico. Tais ações destinam-se ao trabalho direto com o usuário e seus familiares. Neste sentido foram realizados atendimentos individuais e em grupos, com o objetivo de colaborar com o processo de recuperação dos usuários e de suas famílias. Intervir, quando necessário, e discutir com a equipe de profissionais da instituição o meio mais adequado para otimizar os recursos humanos e materiais disponíveis, na direção do êxito do tratamento.

Um dos projetos apresentados à Clínica Caminho do Sol foi intitulado de: “A co-dependência – a família que adoce”, em que as atividades propostas privilegiaram as ações sócio-educativas, que objetivaram vislumbrar a informação, a compreensão acerca da doença, bem como esclarecer as famílias sobre como lidar com momentos de crise gerados no ambiente familiar. Foi uma intervenção caráter essencialmente pedagógico, motivando

pacientes e familiares a uma mudança de comportamentos e hábitos, bem como em repensar o seu papel social e familiar.

O Objetivo do projeto foi o de promover atendimentos com as famílias, em grupos e individualmente, contribuindo para o fortalecimento, instrumentalização e sensibilização em relação à doença instalada, possibilitando a compreensão por parte das famílias, das orientações de cuidados e de manejo com os dependentes químicos.

Outro aspecto relevante refere-se à desmistificação dos sentimentos que as famílias carregam, como a culpa, a frustração, a vergonha e tantos outros, que são sentidos pelos familiares dos usuários de drogas. Estes sentimentos acabam gerando um comportamento disfuncional das famílias, acionando mecanismos de defesa, como o segredo e a negação. A dinâmica de interação que mantém o segredo e a negação tanto dá origem quanto se origina das experiências negativas internas de vergonha e medo (KRESTAN; BEPKO, 2003). A vergonha está ligada à manutenção de segredos e sempre é uma característica dos sistemas aditivos; o medo diz respeito à ansiedade sobre a separação e a mudança.

Em algumas famílias, a exigência por segredo é uma extensão de regras e padrões entre gerações e pode ser afetada pelas normas étnicas ou culturais. As pessoas escondem informações porque sentem que seria desleal ou uma traição expô-las. O que ocorre portanto é que as famílias ajustam-se às crises prolongadas em vez de enfrentarem as crises reais de mudança (Ibidem, 2003).

A partir da decisão por um tratamento especializado, tanto o paciente quanto a família são submetidos às terapias individuais e grupais, com o intuito de desvelar dificuldades e sentimentos que, de certa forma, atrapalham o processo de recuperação. O envolvimento com o estado da doença em muitos casos torna-se algo tão forte, que dificulta o acesso dos terapeutas às informações que são essenciais para o êxito do tratamento.

Diante do exposto, percebe-se a necessidade de intervenção de um profissional de Serviço Social, inserido em uma equipe interdisciplinar, para organizar um trabalho efetivo com as famílias de dependentes químicos – os codependentes.

O assistente social contribui para promover ações na direção da construção, reconstrução e preservação da autonomia das famílias, sendo um processo para identificar as dificuldades familiares, as possibilidades de mudança para contribuir junto com elas, o que leva a uma melhoria da qualidade de vida (MIOTO, 2000).

Nesta proposta de intervenção, o primeiro instrumento imprescindível para viabilizar o processo de trabalho foi a entrevista realizada com as famílias, baseada no diálogo (reflexão/ação), possibilitando uma melhor compreensão acerca do contexto em que se insere o paciente, sua história de vida e seu papel na família. O intuito da utilização deste instrumental foi o de obter informações, compreender o contexto dos sujeitos, perceber sentimentos e anseios, identificar padrões éticos, indicadores que podem influenciar opiniões, sentimentos e condutas para, ao final, juntamente com os profissionais da clínica, decidir pelo tratamento mais adequado para o paciente, bem como para seus familiares.

No momento da entrevista, eram repassadas as normas e procedimentos da instituição, além de informações sobre as datas e horários de visitas, em que reforçava-se a necessidade do engajamento das famílias no tratamento do paciente.

Tendo esta primeira etapa concluída, iniciava-se o processo de planejamento dos grupos de família dos dependentes químicos. O planejamento era pensado a partir do número de participantes e os temas elaborados de acordo com as necessidades de cada família, sendo estas percebidas durante a entrevista.

O Grupo de Família era realizado todas as 5^{as} feiras, no horário das 16:00 às 17:00 horas, na sala de reunião disponibilizada pela clínica. Sendo o grupo um espaço privilegiado da atuação do assistente social é outra ferramenta poderosa de acesso ao mundo dos usuários de drogas.

Foram abordados temas inerentes à dependência química, através da apresentação de vídeo-educativos, seminários, palestras, debates, vivências e partilha entre os participantes, num ambiente em que os indivíduos apreendiam sobre a temática e interagiam com os demais. A prevenção à recaída também era trabalhada no âmbito dos grupos, com o intuito de alertar sobre condutas que poderiam colocar em risco a recuperação e facilitar o retorno ao uso de drogas por parte do dependente químico.

Este processo demandou competência técnica do profissional, sabendo a responsabilidade que é coordenar um grupo que traz suas dificuldades, particularidades e é composto de indivíduos extremamente fragilizados diante da situação/problema que ora instalou-se.

Ao final de cada encontro, era solicitado aos participantes que sugerissem um tema para o próximo encontro, objetivando abarcar as demandas das famílias na direção de atender às necessidades das mesmas.

Todo o desenvolvimento das atividades foram relatadas em prontuários e relatórios da equipe de profissionais para a apreciação daqueles, bem como para a supervisora de campo, a Assistente Social Sarita Duarte Farias, que fazia leitura do material, analisava as informações e propiciava um retorno acerca do trabalho realizado. Este retorno era de extrema importância no sentido de qualificar as ações e desenvolver atividades, comprometidas com a prestação dos serviços que a instituição oferece aos pacientes. É no campo de estágio que há a possibilidade de aproximar a teoria apreendida na academia com a prática efetivamente e assim iniciar o processo de inserção no campo profissional.

Além dos trabalhos dirigidos aos familiares em grupo e individualmente, durante o estágio, a observação dos procedimentos terapêuticos e das atividades eram cruciais para a apropriação do processo de trabalho do assistente social.

A ferramenta imprescindível adotada diariamente com pacientes e com os demais profissionais da equipe foi o Código de Ética do Assistente Social³¹ que norteou constantemente as ações desempenhadas junto à instituição.

Neste sentido, Yazbek pontua que:

O Código de Ética, aprovado em 13 de março de 1993 pela resolução CFESS n.º 273/93, que define para o Assistente Social os princípios éticos fundamentais que fazem parte do projeto ético-político da profissão e têm como valor central a “liberdade”, comprometida com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais; afirma a defesa dos “direitos humanos” e a recusa do arbítrio e de preconceitos de qualquer natureza; defende a “equidade e a justiça social” [...] do ponto de vista do exercício profissional, exige o compromisso com a “competência” e com a “qualidade dos serviços prestados”, o que supõe o “aprimoramento intelectual, a formação acadêmica qualificada, a garantia do pluralismo”[...] (YAZBEK, 2004, p. 27).

O Código de Ética contribuiu sobremaneira para a apropriação de questões importantes que envolvem a intervenção profissional e o atendimento aos indivíduos, assim como a manutenção do sigilo, que é prerrogativa essencial para o desenvolvimento de ações

³¹ Resolução CFESS n.º 273, de 13 de março de 1993. Disponível em <http://www.cfess.org.br>

competentes e orientadas para a preservação dos direitos individuais dos usuários, sobretudo o respeito às normas e princípios éticos das outras profissões.

A avaliação do projeto inicialmente proposto consistiu em identificar a eficácia dos trabalhos junto aos pacientes e seus familiares através da frequência aos encontros, a participação efetiva durante a explanação dos temas, as manifestações verbais e não-verbais de cada membro do grupo, bem como o interesse em ampliar o conhecimento acerca de outras patologias que permeiam todo o processo de drogadicção.

Foi a partir da percepção de uma certa resistência por parte dos familiares em não aderir completamente ao tratamento dos seus, que surgiu o interesse em abordar o tema de forma mais aprofundada, pois a não aceitação por parte de alguns familiares em se envolver no tratamento é muito expressiva. Desta forma, quaisquer proposta de recuperação da dependência química sem o apoio e o comprometimento por parte das famílias, põe em risco todo o tratamento e pode acarretar em uma recaída.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A disseminação do consumo de substâncias psicoativas em nosso país vem crescendo de maneira meteórica. Várias são as motivações para o consumo, independente de classe social, idade e gênero. Mas, como foi possível observar neste trabalho, o tema carece de atenção por parte do Poder Público. Relembrando as referências de Hygino e Garcia (2003, p. 40) “o uso de drogas deveria ser considerado um tema de saúde e educação, não um problema criminal”.

O discurso que predomina é o da repressão, da culpabilização do usuário, do controle a qualquer custo do “sujeito” que, aos olhos da lei e de uma parcela considerável da sociedade, não passa de um bandido. Esta atitude não possibilita nenhum tipo de atendimento, de compreensão acerca de todo um contexto social e familiar no qual o dependente faz parte.

É certo que o Poder Público não deve consentir com o tráfico de drogas ilícitas, mas, em contrapartida, deveria oportunizar aos usuários o tratamento adequado para a recuperação. Infelizmente a nossa realidade é outra: não são raros os casos de pais em busca de socorro para os filhos dependentes que peregrinam por instituições, com o objetivo de tratar os seus e essas tentativas muitas vezes são em vão, sabendo-se que, no âmbito público, poucos são os espaços para atender à demanda.

As atribuições de prevenir a migração de crianças e jovens para o mundo das drogas, que seria uma tarefa exclusiva das famílias, está sendo repartida ou podemos dizer transferida, para a escola que não tem suporte para dar uma resposta efetiva à altura. Estas duas instituições sofrem influências graves do descaso e da desassistência por parte do Estado.

Um outro aspecto elencado neste estudo ressalta o crescente aumento do uso/abuso de drogas que relaciona-se diretamente com o fomento do consumismo, em que a lógica a ser incorporada é a do mercado, que incentiva e promove a aceleração do consumo de milhares de produtos, isto para que todos se enquadrem no sistema e mantenham o “ter” ao invés do “ser”. Sendo assim, a solidariedade, o humanismo, as relações sociais e comunitárias cedem lugar ao imediatismo, à competitividade e ao individualismo, pressupostos ditos “essenciais” para sobreviver no mundo globalizado.

No que concerne às famílias, estas se encontram em situação de abandono, cada vez mais desagregadas, desassistidas e enfraquecidas, como espaço privilegiado de socialização, sendo um segmento da sociedade que nos dias atuais é vítima da miopia das políticas sociais. Cabe às famílias dar conta dos seus problemas, resolver questões com as quais não consegue lidar sem apoio e respaldo de profissionais especializados e do próprio Poder Público.

Não obstante às problemáticas de ordem estrutural, as famílias têm de enfrentar ainda todo tipo de preconceitos e rótulos que lhes são atribuídos quando apresentam um membro com a referida doença, o que desencadeia um processo de sofrimento e dificuldades de toda ordem.

No bojo desta discussão cabe ressaltar que, dos poucos espaços disponibilizados para o tratamento da dependência química, o foco volta-se para a recuperação do indivíduo, desconsiderando todo e qualquer contexto em que o mesmo está inserido. Os problemas das pessoas necessitam ser compreendidos dentro de um contexto de vida familiar e cotidiano, que vai muito além das teorias sobre o que acontece com as pessoas individualmente. Nestes termos o que se percebe é que repete-se uma prática de “condenação”, “exclusão” e “culpabilização” que recai sobre o usuário, tornando-o o único responsável pela sua condição.

É imprescindível a inclusão das famílias no tratamento de dependentes químicos a exemplo do que desenvolve a Clínica Caminho do Sol, cujo comprometimento de recuperação prevê a participação das famílias no processo terapêutico. Porém muitas famílias reagem de forma negativa quando são solicitadas a participar deste processo, pois para muitas, a instituição tem de dar conta e recuperar o dependente como num “passe de mágica”. Este comportamento se explica pelo fato das famílias já se sentirem desgastadas, cansadas de esforços contraproducentes e preferem se afastar do usuário por um tempo.

Percebe-se claramente a fragilidade e a falta de habilidade por parte dos familiares em lidar com a problemática da dependência química e isto reflete de maneira negativa sobre a dinâmica e a própria saúde da família, sabendo que quando busca ajuda para o usuário a mesma já apresenta um quadro de desgaste e adoecimento em função da convivência com o doente.

A nível individual o paciente recebe o tratamento adequado em que restabelece a saúde física e mental, ingressando efetivamente no processo de recuperação, mas ao final do tratamento retorna ao convívio familiar que ora gerou a doença. Portanto a responsabilidade de recuperação não cabe somente ao paciente, mas um esforço conjunto para o fortalecimento de laços afetivos e modificações no ambiente familiar, que são premissas básicas para uma retomada de vida nova e saudável.

Tal afirmação baseia-se na experiência vivenciada na instituição onde foi desenvolvido o estágio, em que, ao abordar as famílias dos pacientes, os mesmos apresentavam certa resistência em admitir a co-participação no processo de drogadicção. Inconscientemente os indivíduos facilitavam e minimizavam a evolução da doença e por motivos óbvios não se davam conta disto. É o fenômeno da co-dependência, em que os membros da família acabam por incorporar um padrão de comportamento que são cronificados em configurações inadequadas.

Durante o desenvolvimento dos trabalhos em grupo houve, por parte de alguns familiares uma intensa participação nas atividades, interesse pelos assuntos repassados e uma nítida compreensão sobre os aspectos inerentes à doença. Por outro lado, muitos eram convidados, mas não freqüentavam regularmente os grupos de família.

Nestes termos, o atendimento às famílias suscita uma abordagem multidisciplinar para dar conta da dinâmica complexa que permeia este sistema, contudo o Assistente Social é o profissional que pode contribuir em propor e executar medidas, que irão reverter benefícios para o usuário e de sua família enquanto grupo.

O grande desafio para o profissional de Serviço Social, inserido na área da saúde mental, mais especificamente no campo da dependência química, é o de sobrepor os preconceitos e estigmas o qual são submetidos os dependentes químicos e familiares. Através de atitudes críticas, investigativas e do deciframento da realidade, o profissional poderá transformar esta condição de sofrimento por parte dos usuários de drogas e criar condições para um agir competente e comprometido com a população, em especial as classes populares. Para tanto é necessário ao profissional, apropriar-se das políticas públicas voltadas ao seu público-alvo, bem como promover articulações no sentido ampliar o âmbito de cobertura dos direitos sociais destinados à população.

A tarefa perpassa pelo entendimento da competência profissional, repensando as dimensões teórico-metodológicas; técnico-operativas e ético-políticas, incorporando igualmente um projeto ético-político na busca da qualificação das ações, que irão proporcionar ao usuário um atendimento adequado, comprometido com a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos envolvidos neste processo.

Seguindo então estes pressupostos básicos da ação profissional junto aos usuários e às famílias, o Serviço Social construirá junto com os sujeitos sociais, a vivência da plena cidadania e da garantia de direitos, permitindo o resgate de sua identidade, da autonomia e emancipação.

REFERÊNCIAS

ABEAD – Associação Brasileira de Estudo do Álcool e Outras Drogas. **Programa de valorização da vida**. Brasília: MEC/FNDE, 1990.

ACSELRAD, G.. A educação para a autonomia. In: _____(org.). **Avessos do Prazer: drogas, Aids e direitos humanos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 183-212.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção à pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas**. Brasília: 2001.

ALMEIDA FILHO, N. et al. **Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras**. ABP – APAL, 14:93 –104, 1992.

ANDRADE, A.G.; QUEIRÓZ, S.; VILLABOIM, R.C.M. et al . Uso de álcool e drogas entre alunos de graduação da Universidade de São Paulo. **Revista Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP –APAL)**. v. 19, n. 2, 1997. p. 53-59.

ANDRADE, T. M.. Princípios e perspectivas da redução de danos entre usuários de drogas no Brasil. In: Álcool e Drogas. **Revista da ABEAD**, n. 1 / 2, 1998. p.17-51.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6024**: numeração progressiva das seções de um documento – procedimento. Rio de Janeiro: 1989.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6027**: sumário – procedimentos. Rio de Janeiro: 1989.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6028**: resumos – procedimentos. Rio de Janeiro: 1990.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação – referências – elaboração. Rio de Janeiro: 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação – apresentação de citações em documentos. Rio de Janeiro: 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: apresentação de trabalho acadêmico. Rio de Janeiro: 2005.

BAPTISTA, M., CRUZ, M. S., MATIAS, R. (Org.). **Drogas e Pós-Modernidade**. Vol. 1 e 2. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003.

BARRETO, L. M. **Dependência Química: nas escolas e nos locais de trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.

BASTOS, F. I. Redução de danos e saúde coletiva. In: SAMPAIO, C. M. A.; CAMPOS, M. A. (org.). **Drogas, Dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos**. Rio de Janeiro: Aborda, 2003.

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BERGERET, J. **Toxicomanias: uma visão multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

BORDIN, S; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. 1ª edição. São Paulo: Roca, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de redução de danos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional Anti Drogas. **Política Nacional Anti Drogas (PNAD)**. Brasília, 2001.

_____. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral à usuários de álcool e drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Edição Administrativa atualizada em 2003.

_____. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde)**. Lex: coletânea de leis, decretos e regulamentos para instrumentação do(a) assistente social. CRESS/SP – 9ª Região (org.) São Paulo: O Conselho, 2004.

BUCHER, R. **Drogas e drogadicção no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CARLINI, E. A et al. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil - 2001**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2001.

CARTER, B.; McCOLDRICK, M.. **As Mudanças no Ciclo Vital de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). **O álcool entre os estudantes brasileiros. Dados obtidos no IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras – 1997**. Boletim CEBRID, n. 32, março de 1998. Disponível em: <<http://www.cebrid.drogas.nom.br/boletimcebrid>>. Acesso em: 25 ago. 2005.

_____. **Internações por problemas com drogas psicotrópicas no Brasil. O álcool é ainda o grande vilão**. Boletim CEBRID, n. 41, jun/2000. Disponível em: <<http://www.cebrid.drogas.nom.br/boletimcebrid>>. Acesso em: 21 nov. 2005.

_____. **Pesquisa Domiciliar sobre uso de drogas no estado de São Paulo: Aspectos da dependência**. Boletim CEBRID, n.44, maio/2001. Disponível em: <<http://www.cebrid.drogas.nom.br/boletimcebrid>>. Acesso em: 25 ago. 2005.

CORRÊA, *et al.* **Aqui dentro do lado de fora: O Movimento Antimanicomial no Brasil**. Trabalho apresentado à disciplina de Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos de Direito do Curso de Serviço Social.UFSC, Florianópolis: maio 2002. (mimeo)

COSTA, A. C. de F.; COSTA, M. P.; SAMPAIO, J. M. F. **Instituto de Saúde Mental do Distrito Federal. Reabilitação Psicossocial no Brasil**. Ana Pitta (org.). 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

DELGADO, P. G.. Drogas: o desafio da saúde pública. In: ACSELRAD, G. (org.). **Avessos do Prazer: Drogas, Aids e Direitos Humanos**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 165-181.

ESTEVES et cols.. Pensamento sistêmico: uma nova visão nas áreas da educação, da saúde, das empresas, da ecologia, das políticas sociais, do direito, das relações internacionais... In: _____. **Atendimento Sistêmico de Famílias e Redes Sociais**. Vol.I. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa, 2005. p. 77-140.

FONSECA, E. M. da; BASTOS, F. I. Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: ACSELRAD, G. (org.). **Avessos do Prazer: Drogas, Aids e Direitos Humanos**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 289-310.

FONTES, A.; FIGLIE, N. B.. Redução de Danos: uma alternativa para lidar com o consumo de substâncias psicoativas. In: FIGLIE, N. B.(org.). **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004. p. 421-444.

FREITAS, L. A.. Psicanálise e toxicomania. In: **Pulsional Revista de Psicanálise**. São Paulo: ano XIV, n.º 149, 2001. p. 56-61.

_____. **Adolescência, Família e Drogas: a função paterna e a questão dos limites**. Rio de Janeiro: Mauad, 2002.

GARCIA, C. A.; DELGADO, C. S.; GONÇALVES, G. G.. A Toxicomanias e a busca da felicidade na sociedade de consumo. In: BAPTISTA, M. (org.). **Drogas e Pós-Modernidade: faces de um tema proscrito**. 1.V. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003. p. 119-128.

HIGINO, A.; GARCIA, J. Drogas: a permanente reencarnação do mal. **Revista Serviço Social & Sociedade: Saúde, Qualidade de Vida e Direitos**. Nº 74. São Paulo: Cortez, 2003. p.31-41.

IAMAMOTO, M. V.. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

JEFFERSON, L. V. Respostas quimicamente mediadas e transtornos relacionados a substâncias. In: STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 520 – 558.

KALINA, E.. **Os efeitos da droga no cérebro humano**. São Paulo: Bezerra, 1997.

_____et al. **Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

_____. Redução de danos, ética e lei. In: SAMPAIO, C. M.; CAMPOS, M. A. (org.). **Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos**. Rio de Janeiro: Aborda, 2003.

KARAM, M. L.. Legislação Brasileira sobre Drogas: história recente – a criminalização da diferença. In: ACSELRAD, G. (org.). **Avessos do Prazer: Drogas, Aids e Direitos Humanos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 155-164.

KAWALL, B. G. **A contribuição do assistente social no processo de prevenção do uso, manutenção da abstinência e prevenção à recaída**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de serviço Social. UFSC.Florianópolis: 2003.

KERN, F. A. Estratégias de fortalecimento no contexto da AIDS. **Revista Serviço Social & Sociedade**, nº 74. São Paulo: Cortez, 2003, p. 42-67.

KOWALSKI, E. R. **Dependência Química de Drogas: uma questão de saúde coletiva.** Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. UFSC. Florianópolis: 1997.

LAROUSSE. **Minidicionário Larousse da língua portuguesa.** 1ª ed. São Paulo: Larousse do Brasil, 2005.

LEMOS, T. Conceitos em drogadição e outras adições. In: _____. **Tratamento e Prevenção à Dependência Química e Outras Adições.** Instituto Catarinense de Pós Graduação. Florianópolis: 2004. (mimeo)

LIMA, T. C. S. de. **A intervenção profissional do Serviço Social: Propondo o debate sobre as ações Sócio-Educativas.** In: Anais do IX ENDESS. 2. ed. Porto Alegre: Companhia Editora Nacional, 2004.

LOURENÇO, R. A. **A família do dependente químico.** IN: Curso de Prevenção Ao Uso Indevido De Drogas, AIDS e DST. Conselho Municipal de Entorpecentes, Santa Catarina: 1999.

MARLATT *et al.* **Redução de Danos: Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

MELO, D. G. de; FIGLIE, M. B. . Psicoterapia de grupo e outras abordagens grupais no tratamento da dependência química. In: FIGLIE, N. B. (org.). **Aconselhamento em Dependência Química.** São Paulo: Roca, 2004. p. 359-384.

MESQUITA, F. **Aids entre usuários de drogas injetáveis na última década do século XX, na região metropolitana de Santos; Estado de São Paulo – Brasil.** Tese de doutorado apresentada à faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo: USP, 2004.

MINUCHIN, S. **Famílias: Funcionamento e Tratamento.** Porto Alegre: Arte Médicas, 1982.

MINUCHIN, P.; COLAPINTO, J.; MINUCHIN, S. **Trabalhando com Famílias pobres.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, nº 55. São Paulo: Cortez, 1997. p.114 – 130.

_____. Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Módulo 4. O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: Unb, 2000. p. 217-224.

MIRANDA, P. R. **A Importância da Reabilitação Psicossocial no Tratamento da dependência Química: uma contribuição ao debate.** Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. UFSC. Florianópolis: 2004.

MOURÃO, C.. A função do objeto na ideologia da contracultura e da cultura contemporânea. In: BAPTISTA, M. (org.). **Drogas e Pós-Modernidade: faces de um tema proscrito.** 2.V. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003. p. 109-118.

NEDER, G. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, S. M. (org.). **Família brasileira a base de tudo.** 4.ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 26-46.

NERY FILHO, A.; MARQUES, A. C. P. R. A Droga na Sociedade. In: **Atualização de conhecimentos sobre Redução de Demanda de drogas.** curso à distância. Governo Federal. Editora Lagoa: 2002. p. 37 – 51.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS (OBID). **Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD).** Site desenvolvido pelo Governo federal. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov>> Acesso em: 30 nov. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. **Relatório Sobre a Saúde no Mundo, 2001 - Organização Panamericana da Saúde - Organização Mundial de Saúde - ONU** In: BALLONE, G.J. Disponível em <www.psiqweb.med.br/acad/oms1.html>. Acesso em: 24 dez. 2005.

OLIEVENSTEIN, C. **A Droga.** São Paulo: Brasiliense, 1984.

PAYÁ, R.; FIGLIE, N. B.. Abordagem familiar em dependência química. In: FIGLIE, N. B. (org.). **Aconselhamento em Dependência Química.** São Paulo: Roca, 2004. p. 339-358.

PINSKY, I; BESSA, M. A.(org.). **Adolescência e Drogas.** São Paulo: Contexto, 2004.

PLASTINO, C. A . Dependência, subjetividade e narcisismo na sociedade contemporânea. In: BAPTISTA, M. (org.). **Drogas e Pós-Modernidade: faces de um tema proscrito.** 2.V. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003. p. 133-144.

PUEL,E. **Padrões de interação da família alcoólica.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social). PUC. Rio de Janeiro: 1991.

RATTO, L.; CORDEIRO, D. C.. Principais comorbidades psiquiátricas na dependência química. In: FIGLIE, N. B. (org.). **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004. p. 167-186.

RIBEIRO, M.; FIGLIE, N. B. ; LARANJEIRA, R.. Organização de serviços de tratamento para a dependência química. In: FIGLIE, N. B. (org.). **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004. p. 460-512.

SANTA CATARINA, Secretaria do Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **ABC Redução de Danos**. Florianópolis: SES, 2005.

SCHENKER, M. A família na toxicomania. In: BAPTISTA, M. (org.). **Drogas e Pós – Modernidade: faces de um tema proscrito**. 1.V. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003. p.207-217.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS (SENAD). **Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas**. Série Diálogo, 3. ed. Brasília: 2002.

_____. **Política Nacional Antidrogas**, 2002. Disponível em: <<http://www.senad.gov.br>>
Acesso em: 02 fev. 2006.

STANTON, M.; TOOD, T. C.. **Terapia familiar del abuso y addición a las drogas**. Barcelona: Gedisa, 1985.

STIMSON, G. V.; FITCH, C.. Qual a relação entre redução de demanda e redução de danos? In: BAPTISTA, M. (org.). **Drogas e Pós-Modernidade: faces de um tema proscrito**. 2.V. Rio de Janeiro: Ed.UERJ, 2003. p. 189-198.

SZYMANSKI, H. Viver em família como experiência de cuidado mútuo; desafios de um mundo em mudança. **Revista Serviço Social & Sociedade**, n.º 55. São Paulo: Cortez, 2002. p. 9 – 25.

TRAINSPOTTING: sem limites. Direção: Dany Boyle. São Paulo. Produção : Videolar S/A; Versátil Home Vídeo, 1996. 94 min, leg.,color; 1.85:1.

YAZBECK, M. C.. O serviço social e o movimento histórico da sociedade brasileira. In: **Legislação Brasileira para o Serviço Social : coletânea de leis, decretos e regulamentos para a instrumentação da (o) Assistente Social**. São Paulo: O Conselho, 2004. p. 13-30.

ZALUAR, A. "Para não dizer que não falei de samba -- os enigmas da violência no Brasil", In: L. M. Schwarcz, **História da Vida Privada no Brasil - Contrastes da intimidade contemporânea**. vol. 4 .São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

_____. Violência, dinheiro fácil e justiça no Brasil: 1980-1995. In: **Avessos do Prazer: Drogas, Aids e Direitos Humanos**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 65-88.

ZAMPIERI, M. A. J. **Codependência: o transtorno e a intervenção em rede**. São Paulo: Ágora, 2004.

APÊNDICE

**APÊNDICE A – PLANO DE AÇÃO DESENVOLVIDO
PARA O ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO**

Universidade Federal de Santa Catarina
Departamento de Serviço Social
Curso: Serviço Social – 7ª Fase
Disc: Supervisão de Estágio I /II
Profª: Regina Célia Miotto
Estagiária: Eliane Maria Petry

PLANO DE AÇÃO

Caminho do Sol

Na trilha do reencontro com a vida



Clínica de Recuperação de Dependentes Químicos

Sumário

Identificação.....	90
Introdução.....	91
1. Contextualização.....	92
1.1 A Dependência Química e as Políticas Públicas.....	92
1.2 A Clínica Caminho do Sol.....	98
1.3 Objetivos da Clínica Caminho do Sol.....	101
1.4 O Serviço Social na Clínica Caminho do Sol.....	102
2. Objetivos do Plano de Ação	107
3. Operacionalização.....	108
4. Projetos.....	110
4.1 Os Caminhos da Recuperação – Um trabalho voltado para o indivíduo portador da dependência química	111
4.2 A Co-Dependência – A Família que adocece.....	118
Referências.....	126
Projeto em Anexo – Caravana da Informação.....	128

Identificação

Nome do Estagiário: Eliane Maria Petry

Matrícula: 02116448

Total de horas no semestre: 450 (quatrocentas e cinqüentas) horas.

Assistente Social Supervisora de Campo: Sarita Duarte Farias

CRESS Nº - 1367

Tel. Contato: (48) – 2483997/30253929

E-mail: www.clinicacaminhodosol.com.br

Supervisora Pedagógica: Prof^a Dr.^a Regina Célia Tamaso Mito.

Introdução

O presente Plano de Ação será desenvolvido na Clínica Caminho do Sol, instituição privada que possui como principal missão, auxiliar as pessoas acometidas pela dependência química e outros transtornos psiquiátricos, na superação de sua condição através do resgate de valores referenciais que sustentem uma atitude transformadora de sua realidade.

O plano de ação se faz necessário para a realização da intervenção profissional, sabendo que seu objetivo é a sistematização das atividades e dos procedimentos para o alcance dos resultados previstos. É o estabelecimento de metas para um futuro desejado ao propósito que se almeja, utilizando portanto, instrumental teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, organizados de maneira racional para possibilitar o processo de trabalho do Serviço Social.

A partir do Plano de ação que irá delinear as decisões de caráter mais geral, será estabelecido um traçado prévio da operação de um conjunto de ações, que irão se deter ao detalhamento de alternativas singulares de intervenção. É o que chamamos de projeto, sendo o instrumento mais próximo da execução das atividades a serem desenvolvidas pelo profissional.

O presente Plano de Ação se estrutura da seguinte forma: a contextualização do objeto de intervenção, apresentação da instituição e objetivos da mesma, apresentando as especificidades do Serviço Social na clínica. Em seguida, o trabalho segue com os objetivos do Plano de Ação, sua operacionalização e por fim, a apresentação dos projetos a serem desenvolvidos, constando de detalhamento de cada um, incluindo a avaliação e o cronograma.

As atividades na instituição serão desenvolvidas no período de março à julho de 2005.

1 Contextualização

1.1 A Dependência Química e as Políticas Públicas

Considerando-se a Dependência Química como uma doença, ela passa a ser um problema de saúde. A Constituição Federal de 1988, institucionalizou e ampliou o conceito de saúde enquanto um Direito, em que todo o cidadão tem garantido acesso à saúde. O artigo 196 da Constituição Federal preconiza que “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a 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”. Ainda referindo-se à Constituição de 88, ela estabelece princípios e diretrizes no âmbito da Seguridade Social, compreendendo um conjunto de ações de iniciativa dos poderes públicos e sociedade, que se destinam a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social.

No Brasil, as questões relativas à saúde vêm passando por dificuldades em vários âmbitos, seja pela falta de atendimento qualificado à população, a demanda que é reprimida em postos de saúde e hospitais públicos, os medicamentos que não estão disponíveis para distribuição entre os usuários e tantas outras realidades, que tornam a Política Nacional de Saúde ineficaz.

Com o crescente aumento do consumo de substâncias psicoativas, a preocupação por parte das famílias, dos profissionais de saúde e educação, das autoridades governamentais e organizações não governamentais, é ainda maior. Os gastos públicos, relativos às internações e tratamentos voltados às pessoas que adquirem alguma patologia proveniente do uso abusivo de substâncias psicoativas são milionários, tendo em vista o aparecimento de inúmeras doenças que tem ligação direta ao uso abusivo de drogas. Por exemplo, o álcool é responsável pela manifestação de diversas doenças, pois é considerada a substância psicoativa – no caso o etanol, que mais acarreta danos aos órgãos periféricos (fígado, rins, aparelho digestivo, etc), não é para menos que é intitulada de “droga suja”, pois circula por todo o organismo e altera o funcionamento de muitos órgãos importantes para a saúde do ser humano. O tratamento destas

doenças em sua grande maioria, é em geral prolongado, realizado em espaços hospitalares e que necessitam de intervenções medicamentosas e/ou cirúrgicas, sendo então abocanhados grande parte dos recursos que deveriam dar conta das despesas com a saúde de toda a população. Instala-se portanto um grande déficit nas contas da área da saúde.(ABEAD, 2003)

Nos anos 90, houveram iniciativas por parte dos poderes públicos e da sociedade civil, no sentido de juntos realizarem pesquisas para acompanhar sistematicamente e de forma contínua a situação que envolvia o aumento do consumo de substâncias psicoativas. O resultado obtido demonstrou que o uso e abuso drogas lícitas (álcool e o tabaco), superam o de drogas ilícitas (cocaína, crack, maconha, etc.). No contexto geral das drogas, o álcool aparece como destaque sendo a mais consumida no Brasil, em que não se restringe à população adulta, mas sendo usado também por uma parcela considerável dos adolescentes.

Segundo Puel (2000), “uma política nacional sobre o consumo de substâncias psicoativas deve estar baseada pelos seguintes princípios:

- A questão das drogas (lícitas e ilícitas), deve ser tratada fundamentalmente como um problema de educação e saúde;
- As políticas em relação às drogas devem ser integradas às políticas sociais;
- A abordagem do problema deve ser ampla, contemplando igualmente as drogas lícitas e ilícitas;
- As ações de enfrentamento do problema devem considerar as particularidades históricas, sociais e culturais;
- A viabilização dos programas depende da participação de toda a sociedade;
- As políticas referentes às drogas devem ser baseadas no conhecimento científico sobre o tema.(ABEAD, 1990 *apud* PUEL,1991).”

A política brasileira referente às drogas lícitas e ilícitas, incluindo a questão do uso indevido, executa intervenções referentes à repressão, com instrumentos próprios de atuação; inclui ações para tratamento e reabilitação à dependência química.

As linhas de ação dessa política pública, estão sob a responsabilidade de três esferas: da educação, a jurídica e da saúde(MARQUES ; SEIDL, 1998).

A política de educação preventiva adotada pelo Ministério da Educação, prevê a inclusão de matérias sobre o tema drogas nos currículos de primeiro e segundo graus, porém a proposta não foi efetivada.

Na saúde, o Ministério da Saúde, através da área técnica de Saúde Mental, define as diretrizes políticas de tratamento e de prevenção, onde destaca-se a Lei nº 10216 de 06/04/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. O Ministério da Saúde vem emitindo portarias visando implementar uma rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos usuários. Entre elas destaca-se a portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral à Usuários de Álcool e outras Drogas”, prioriza ações de caráter terapêutico, preventivo, educativo e reabilitador, direcionadas a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas (e seus familiares), baseado em informações fornecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sustentadas por estudos e pesquisas epidemiológicas consistentes, de que a dependência de álcool acomete cerca de 10 a 12% da população mundial.

No âmbito do SUS, os serviços oferecidos aos usuários de drogas concentram-se no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo locais de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja gravidade e/ou persistência, justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor da vida. O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os recursos terapêuticos são: atendimento individual, em grupo, para as famílias, atividades comunitárias e reuniões para organização dos serviços.

O serviço denominado de CAPSad (modalidade de atendimento iniciado em 2002), destina-se especificamente aos usuários cujo principal problema é o uso abusivo e prejudicial de álcool e outras drogas. São desenvolvidas atividades desde o atendimento

individual – medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros, até o atendimento em grupos ou oficinas terapêuticas, além de visitas domiciliares.(MIRANDA, 2004)

Outro aspecto importante no que se refere às drogas, diz respeito à prevenção, que deve contemplar o fornecimento de informações sobre os danos de álcool e outras drogas, dos recursos que podem ser acionados pelos usuários para buscar um tratamento especializado, bem como o envolvimento de todos os que convivem com o usuário para orientar acerca da doença e da dependência que pode estar instalada.

Ainda em relação à prevenção, o Ministério da Saúde adota uma postura compreensiva, com campanhas e subsídios, além de materiais educativos dando suporte às ações das múltiplas organizações que tratam desta questão do País.

Para que as medidas de prevenção sejam realmente eficazes e surtam efeitos sobre a população, é necessário ações para reduzir a oferta das drogas, reprimindo mais eficazmente o tráfico de drogas, que conseqüentemente irá reduzir a demanda. As medidas de prevenção podem ser desenvolvidas nas famílias, escolas, instituições e comunidade, alertando para os efeitos nocivos das drogas à saúde, bem como para alertar para um ambiente perigoso em que circula o usuário para obtenção das drogas.(CAVALCANTE, 2000)

Vale lembrar também que existe o Programa de Redução de Danos (PRD), cujo objetivo é exercer o controle de maneira tal, que os danos causados pelo consumo de drogas sejam menores. Insere-se nestes programas, trabalhos voltados à proteger o usuário de drogas das doenças que possam comprometer a saúde de uma forma ainda mais severa, como por exemplo a distribuição de seringas descartáveis e camisinhas para evitar o contágio pelo vírus HIV.

O “Projeto de Drogas”, trabalha articuladamente com outros setores do próprio Ministério, através de parcerias interministeriais, estabelece linhas de ação conjunta com a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e com as Secretarias do Ministério da Educação e do Desporto. A Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas (ABEAD), contribui na discussão e definições de políticas em relação ao consumo inadequado de drogas e às situações de risco.(PUEL, 1991)

No âmbito estadual os programas na área das drogas são:

- PREVIDA – Programa de Prevenção Educação e Vida, da Secretaria do Estado da Educação. Objetiva trabalhar com a questão das drogas no contexto das disciplinas do currículo escolar e com uma perspectiva interdisciplinar.
- PROERD – Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência, desenvolvido pela Polícia Militar do Estado. Trabalho desenvolvido entre crianças em idade escolar, ensinando-as a resistir às pressões e apelos ao uso de drogas.
- CONEN – Conselho Estadual de Entorpecentes, ligado à Secretaria de Segurança Pública e Defesa do Cidadão. Órgão que fiscaliza o funcionamento de comunidades terapêuticas de controle a droga e de tratamento de dependentes químicos. Delibera políticas referentes aos entorpecentes e promove ações de educação e prevenção acerca das drogas.
- CE – DST/AIDS – Coordenação Estadual DST/AIDS, da Secretaria do Estado da Saúde. É responsável pela condução da política estadual de DST/AIDS, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde.
- Programa Estadual de Saúde Mental – da Secretaria de Estado da Saúde, responsável pela condução da política estadual de saúde mental. Avalia projetos para implantação de novos serviços no SUS; assessora os municípios para implementação da rede de saúde mental, novas técnicas e epidemiologia; viabiliza capacitações aos profissionais da rede pública de saúde.
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – Policlínica de Referência Estadual, que presta atendimento a portadores de transtornos mentais e dependentes químicos, por uma equipe multiprofissional. É um ambulatório de referência estadual na área.
- CECRED – Centro de Convivência e Recuperação de Dependentes Químicos que funciona no Hospital Santa Teresa de Dermatologia Sanitária, da rede pública de saúde, em São Pedro de Alcântara/SC.
- IPQ/SC – Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – Hospital especializado em psiquiatria, que dispõe de uma unidade para tratamento hospitalar a dependentes químicos, em São José/ SC.

- Coordenação Estadual de Controle do Tabagismo – da Secretaria de Estado da Saúde. Promove treinamentos aos profissionais para a implantação do programa de controle do tabagismo da rede pública de saúde, educação e empresa.

Para finalizar é profícuo acrescentar que além desses órgãos que desenvolvem atividades em âmbito estadual, existe também uma rede de serviços de saúde – ambulatorial e hospitalar, sob responsabilidade dos municípios, bem como instituições privadas e comunidades terapêuticas que prestam serviços na área da dependência química.

É nesse contexto que se insere a Clínica Caminho do Sol.

1.2 A Clínica Caminho do Sol

Nome: Clínica Caminho do Sol – Recuperação de dependentes químicos e outros transtornos psiquiátricos.

Endereço:

Rua : Maria Claudino da Cruz, 642 – Capoeiras - Florianópolis - SC

Fone: (48) 2483997 / 30253929

E-mail: www.clinicacaminhodosol.com.br

Responsável pela Instituição:

Sarita Duarte Farias.

CRESS/SC – 1367 / Assistente Social –Socioterapeuta.

Tipo de Instituição:

Privada.

Âmbito de Atuação:

Município de Florianópolis – SC

A Clínica Caminho do Sol foi inaugurada em 16 de março de 2004, tendo um padrão de funcionamento adequado à prestação dos serviços a que se propõe, isto é, o atendimento à pessoas com problemas decorrentes do uso e/ou abuso de substâncias psicoativas e portadores de outros transtornos psiquiátricos, seguindo o modelo psicossocial.

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social (ANVISA, 2001).

A instituição trabalha com uma política de integração entre os funcionários, através de reuniões, confraternizações e apresenta como valor institucional o respeito e a comunicação.

A equipe de profissionais é formada por:

- Médicos (Clínico e Psiquiatra);
- Enfermeiros e Técnicos de enfermagem;
- Assistente Social e Socioterapeuta;
- Psicólogo;
- Consultor em dependência química;
- Consultor espiritual;
- Nutricionista;
- Professor de educação física

Vale lembrar que periodicamente a equipe que atua na clínica, se reúne para compartilhar sobre assuntos inerentes às doenças que acometem seus pacientes, em que as pessoas atendidas na Clínica Caminho do Sol, por receberem um atendimento personalizado, passam por um estudo diagnóstico constante e aliado a isto, a proposta sempre é a de atualizar os conhecimentos científicos acerca das patologias tratadas na clínica. Os profissionais buscam otimizar os serviços oferecidos na clínica mediante estudos, capacitação e acompanhamento das teorias que são desenvolvidas acerca das doenças.

A Clínica Caminho do Sol tem uma proposta de atendimento na direção de se comprometer com a recuperação de pessoas que sofrem de depressão, estresse, transtorno de pânico e/ou dependência química. O tratamento considera as dimensões física, mental, emocional, social e espiritual da recuperação, aliados aos princípios de 12 passos de alcoólicos anônimos, em ambiente seguro; numa atmosfera de crescimento pessoal. (FOLDER – Clínica Caminho do Sol, 2004)

A Clínica busca personalizar o tratamento para melhor corresponder às necessidades dos pacientes, estendendo o seu tratamento também àqueles que convivem com os doentes.

A Clínica dispõe dos seguintes serviços:

- Ambulatório – consulta médica individual ou em grupo, sendo esta previamente agendada. A primeira consulta é denominada de avaliação diagnóstica, para que o

profissional tenha a possibilidade de avaliar a necessidade de cada paciente e juntamente com o mesmo, traçar um plano de tratamento personalizado. Neste momento avalia-se a necessidade ou não de internação.

- Serviços de dependência química (alcoolismo e outras substâncias psicoativas) – consiste em um programa terapêutico que envolve as seguintes etapas: desintoxicação, conscientização acerca da doença e prevenção à recaída. O tratamento objetiva a abstinência de toda e qualquer substância psicoativa, concentrando-se na motivação para o paciente alcançar e manter esta condição.

O programa é diário e compreende atividades terapêuticas em grupos psicoterapêuticos, palestras, reuniões, leituras dirigidas e vídeos educativos, além de práticas esportivas desenvolvidas por um profissional da área. Este serviço conta com uma equipe multidisciplinar, composta pelos profissionais: psiquiatra, clínico geral, assistente social, socioterapeuta, enfermeira, psicólogo, nutricionista, consultor em dependência química, técnica de enfermagem, e um conselheiro espiritual.

- Hospital-Dia – atendimento intensivo diário, incluindo atividades terapêuticas dirigidas, acompanhamento individual e orientação sobre a doença. Este serviço é oferecido pela clínica, em especial aqueles pacientes que receberam alta e necessitam de um reforço no tratamento, visando portanto prevenir possíveis recaídas.
- Grupo de Família – é um programa voltado aos familiares, amigos e todos os que possuem algum vínculo afetivo com o paciente, visa envolver todos os que convivem com o doente a entender acerca da doença, orienta-los através de reuniões semanais, coordenadas e orientadas por profissionais, que tem por objetivo promover a saúde e a qualidade de vida e reduzir o estigma da doença a partir do repasse de informações. É um espaço terapêutico para o compartilhamento de experiências de vida e que promova o entendimento da doença como um processo biopsicossocial. Nestes grupos são esclarecidas dúvidas sobre a doença em si, como se dá o tratamento, para ao final capacitar os familiares e fortalece-los para a resolução de situações e problemáticas cotidianas.

Quando a indicação de tratamento é em regime de internação, este consiste em acompanhar o paciente num ambiente protegido, seguro, adequado e com suporte técnico para atender as necessidades do indivíduo. A internação somente é indicada para pessoas que

apresentam sintomatologia clínica e/ou social para tal. Especificamente o período para tratamento de dependentes químicos é de 28 dias, tempo suficiente para desintoxicação, para recuperação física, psicológica e espiritual, bem como a superação da condição do indivíduo, resgatando valores referenciais que irão sustentar uma atitude transformadora de sua realidade.

1.3 Objetivos da Clínica Caminho do Sol:

- A Clínica Caminho do Sol tem por objetivo, oferecer uma proposta de atendimento na direção de se comprometer com a recuperação de pessoas que sofrem de depressão, estresse, transtorno de pânico e/ou dependência química. O tratamento considera as dimensões física, mental, emocional, social e espiritual da recuperação, aliados aos princípios de 12 passos de alcoólicos anônimos, em ambiente seguro; numa atmosfera de crescimento pessoal. (FOLDER – Clínica Caminho do Sol, 2004)

Específicos:

- Promover ações que possibilitem o resgate da auto-estima dos indivíduos, bem como a valorização da vida;
- Desenvolver uma compreensão acerca das conseqüências do consumo abusivo de drogas – conceituação e o poder destrutivo das substâncias psicoativas;
- Incentivar os pacientes a estabelecerem metas para o futuro;
- Desenvolver através dos grupos, trabalhos que possam auxiliar a busca pela melhoria da qualidade de vida;
- Promover ações sócio-educativas, destinadas aos familiares e amigos dos pacientes;
- Incentivar pacientes e familiares a ingressarem em grupos de mútua-ajuda (AA e NA), para manutenção do tratamento pós-alta.

1.4 O Serviço Social na Clínica Caminho do Sol

Para o Serviço Social, a construção de projetos que proponham garantia e ampliação de direitos sociais é um desafio a ser percorrido. No campo da dependência química/saúde mental, a segregação, a desigualdade, a injustiça é reforçada dentro e fora das instituições de saúde. Os problemas são individualizados, o caráter é corretivo, punitivo e ajustador das práticas, que reproduzem as ideologias das classes dominantes e assim contribuindo para o afastamento, o isolamento do convívio social e conseqüentemente para o confinamento institucional. O comprometimento profissional é com o cidadão, no enfrentamento dos estigmas sociais. Para isso a proposta do Serviço Social nos exige uma postura pluralista.

Na luta por cidadania, a prática do Serviço Social é revigorada no contato com os usuários e com as famílias, a intervenção profissional possibilita o suscitar uma reflexão no sentido de clarificar a problemática do sofrimento mental. Acredita-se que os resultados alcançados e a intervenção do Serviço Social, passem a contribuir no processo de transformações societárias, através de um posicionamento crítico-reflexivo do Assistente Social, permitindo que os sujeitos se vejam enquanto cidadãos atuantes da vida coletiva (CORRÊA *et al*, 2002,p.21).

O Serviço Social insere-se nesse contexto como uma profissão que conhece o universo das políticas públicas, sua operacionalização, financiamento e gestão. Por outro lado, está instrumentalizada para conhecer a realidade dos seus usuários, do seu contexto social, saúde e direitos sociais através da sua metodologia de intervenção e abrangência no atendimento nas diversas instituições de saúde. Na perspectiva da atual política da saúde mental, tornou-se um profissional atuante no sentido de garantir o acesso aos serviços propostos e na operacionalização quando tem suas competências legitimadas no diálogo com outras profissões, no trabalho em equipe interdisciplinar e na assistência e acompanhamento do usuário dependente químico e/ou portador de transtornos mentais variados.

O Serviço Social se insere na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O Assistente Social, como profissional de saúde, tem

competência para atuar junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzem a eficácia da prestação de serviços no setor, quer seja ao nível de promoção, prestação e/ou recuperação da saúde. O Assistente Social é, pois, um profissional de saúde que vem corroborar a posição que emerge da categoria – fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão-, buscando a garantia da qualidade na prestação de serviços de saúde, numa perspectiva de universalidade e integralidade à população brasileira (CRESS, 1997).

A dependência química, em nossa sociedade, tornou-se um dos mais graves problemas de saúde pública e, toda e qualquer possibilidade de amenizar os estragos por ela causados, são pertinentes. O profissional do Serviço Social, tem dado grande ênfase à prevenção e recuperação dos usuários de álcool e outras drogas. Sua intervenção é voltada para que o indivíduo não seja submetido à julgamentos morais, pré-conceitos e desvalorização do caráter humano. Segundo Kawall (2003, p.21),

O Serviço Social faz parte da base do processo de recuperação do dependente químico, tendo em vista que é o Assistente Social o responsável por grande parte dos trabalhos desenvolvidos com os pacientes e seus familiares, envolvendo não só o tratamento durante a internação, mas também os projetos de prevenção, recuperação e manutenção da abstinência.

Neste sentido, enfatizamos as considerações de Kowalsky (1997, p.24), que acrescenta,

[...] é necessário que se invista em profissionais qualificados, que entendam tanto do efeito das drogas no organismo como das suas implicações sociais, pois muitos ainda tendem a se “preocupar” apenas com o aspecto social numa ótica e na outra apenas o biológico, e acabam não compreendendo o movimento das drogas no organismo humano. Em um contexto familiar e social de uma maneira totalizante, ressaltamos que todo o profissional deve estar sempre buscando uma compreensão tanto em relação aos aspectos causais no organismo humano, bem como as suas implicações sociais.

O trabalho do Assistente Social na área da dependência química vem sendo valorizado cada vez mais, trabalhando com prevenção, recuperação, intervindo de forma eficaz no âmbito das instituições, na implementação de políticas voltadas ao usuário de drogas, bem como contribuindo em pesquisas e trabalhos que contemplem o tema em questão.

Trabalhar na área da dependência química / saúde mental é verdadeiramente uma tarefa árdua e complexa. Para tanto os profissionais se utilizam de instrumentos, estratégias de ação que possibilitam o enfrentamento aos desafios postos pela atualidade, na perspectiva de compreender e construir o seu processo interventivo. Tais instrumentos servem para conhecer os sujeitos sociais, bem como a realidade social. Propiciam a realização de análises e/ou estabelecimento de diagnósticos sobre situações sociais, intervindo nas mesmas. O profissional de Serviço Social portanto se utiliza de: entrevistas, observações, reuniões com grupos e elabora documentos, sendo elementos básicos para garantir a qualidade técnica da ação profissional.

Os profissionais da área da saúde, devem ter o entendimento da competência profissional, repensando as dimensões teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas, preocupando-se cada vez mais com a qualificação de sua ação, proporcionando aos usuários o atendimento adequado às suas necessidades.

O trabalho em grupos é uma prática que também deve ser acionada pelos profissionais, tendo em vista que as demandas ocorrem tanto à nível individual, quanto à nível coletivo, em que ocorre o envolvimento de todos os interessados na melhoria das condições de saúde – o indivíduo, os familiares, amigos e a comunidade como um todo. Portanto as estratégias de ação devem ser adotadas na direção do fortalecimento, autonomia e emancipação do humano/social.

A atuação do Serviço Social na Clínica Caminho do Sol se dá através das seguintes ações:

- Entrevista com o paciente;
- Entrevista com familiares e o repasse das normas de procedimentos da clínica;
- Repasse das normas também para os pacientes;
- Apresentação do paciente aos outros já internados;
- Observação da conduta e relacionamento entre os internos;
- Comunicação com os familiares, para solicitação da presença na clínica para os grupos ;
- Contato com as famílias quando houver alguma solicitação do paciente;
- Elaborar seminários temáticos de acordo com as demandas dos pacientes;

- Registrar no relatório diário um parecer sobre cada paciente, bem como sinalizar aos demais terapeutas alguma dificuldade observada no decorrer do dia;
- Realizar reuniões ou encontros informativos e sócio-educativos com as famílias.

Ainda se referindo à atuação do Serviço Social na Clínica Caminho do Sol, é importante ressaltar que é necessário ao assistente social, assumir uma postura ética no trato com os pacientes acometidos pela dependência química.

Neste sentido apresentamos algumas posturas éticas e atitudes profissionais, elaboradas pela Assistente Social e socioterapeuta Sarita Farias, que é responsável pela Clínica Caminho do Sol, pautando sempre seu trabalho nestas premissas básicas para atuar na clínica. Segundo Farias (2003):

- O profissional de serviço social deve assumir uma postura compatível com o que preconiza a Organização Mundial de Saúde – OMS, isto é, compreender que a dependência química é uma doença e não um defeito moral;
- Não ser moralista, mas gentil e cuidadoso para não causar medo aos pacientes;
- Ter sensibilidade para saber como intervir;
- Ter conhecimento básico sobre a doença;
- Ser tranquilizador e não ameaçador;
- Expressar empatia e confiança;
- Não ser dependente químico na ativa – pois se o indivíduo não consegue controlar a sua dependência, ele não terá habilidade para tratar dos outros;
- O atendimento deve ser humanizado, acolhedor e motivacional;
- Saber escutar, compreender, ser capaz de perceber e sintonizar com o outro;
- Contato visual: os olhos são a maior fonte de comunicação – não só para transmitir, mas também para captar;
- É necessário uma postura que comunique disponibilidade e interesse (o corpo é uma forte expressão de mensagem);
- Responder (capacidade de mostrar compreensão);

- Personalizar (capacidade de mostrar ao paciente a sua própria responsabilidade no processo);
- Orientar (capacidade de avaliar junto aos pacientes, as alternativas de ação e facilitar sua escolha);
- Ação (capacidade de estabelecer um programa de ação e coloca-lo em prática);

Atitudes:

- Empáticas (capacidade para se colocar no lugar do outro);
- De respeito (capacidade de acolhimento, sem restrições);
- Congruência (capacidade de ser autêntico, de ser real);
- Confrontação (capacidade de perceber e transmitir ao outro suas incoerências entre o que fala e faz, e o que na realidade é).

2 Objetivos do Plano de Ação

O principal objetivo deste Plano de Ação, é o de oferecer subsídios para que se organize o processo de trabalho do assistente social na instituição – Clínica Caminho do Sol, nos eixos: Processos de Gestão e Planejamento, bem como Processos Sócio-Assistenciais (MIOTO, 2001).

Tendo como objeto de trabalho a questão da Dependência Química, o grande objetivo portanto, refere-se a atuação direta junto ao usuário de substâncias psicoativas, trabalhando na lógica do desenvolvimento dos processos acima citados, buscando assim promover a qualidade de vida dos usuários, assim como o fortalecimento das relações familiares e sociais.

Partindo desta premissa, o foco é a valorização do ser humano nos campos educativo/preventivo, de promoção e mediação, desenvolvendo ações que poderão servir de ferramentas essenciais para a transformação das condições de vida durante o período de internação, da mesma forma que poderão ser estendidas para a continuidade do tratamento quando o indivíduo já não estiver mais no contexto institucional.

No âmbito institucional, durante a execução dos projetos que serão implementados, a perspectiva é a de fornecer subsídios para possibilitar uma continuidade do trabalho já realizado pela Clínica Caminho do Sol, no sentido de ampliar os espaços de participação dos usuários e estender à comunidade tais serviços.

3 Operacionalização

O conjunto de atividades apresentadas neste Plano de Ação, serão operacionalizadas por meio de dois grandes programas, que possibilitarão a execução dos projetos propostos. Segundo Miotto (2001), os dois eixos articuladores das ações, consistem em:

a) Processos de Gestão e Planejamento: é o desenvolvimento de ações de assessoria e consultoria em instituições públicas e privadas, voltadas à proposição e avaliação de políticas sociais, bem como o desenvolvimento de ações voltadas para a gestão e capacitação de recursos humanos, gestão de informação e gerenciamento de programas, projetos e serviços.

b) Processos Sócio-Assistenciais: é o desenvolvimento de ações diretamente com os usuários, especialmente com famílias e segmentos sociais vulneráveis. Seu objetivo é contribuir para que, junto com os usuários, se consiga responder as demandas colocadas na perspectiva da cidadania e dos direitos.

O primeiro programa, Processos de Planejamento e gestão, consiste em desenvolver as ações na direção da gestão de informação, capacitação de recursos humanos e gerenciamento de programas projetos e serviços. Os recursos materiais utilizados basicamente serão: transparências, textos resumidos para distribuir aos participantes, realização de dinâmicas de grupo e também pretende-se convidar palestrantes para contribuir com os trabalhos iniciados pela

Clínica Caminho do Sol.

Esta questão do convite de pessoas para ministrar palestras é uma prática que enriquece as atividades – é um outro olhar, uma outra perspectiva acerca da problemática da dependência química. Muitos trabalhos realizados pela instituição contam com convidados, alguns que já foram dependentes químicos e hoje se dedicam à partilhar de suas experiências com os que estão em processo de recuperação. Alguns colaboradores da Clínica dedicam-se exclusivamente em estudar e aprofundar os conhecimentos acerca da dependência química, outros são autores de obras inerentes a questão, desenvolvendo também artigos e textos focalizando a doença. Esta proposta visa estender esta prática à comunidade, por meio de seminários e palestras nos mais variados âmbitos da sociedade (instituições públicas, privadas,

unidades de ensino, entre outros). O objetivo portanto é o de ampliar a linha de ação, levando o conhecimento adquirido àqueles que precisam de informações técnicas sobre a dependência química na direção da busca de auxílio especializado, bem como no que diz respeito à prevenção.

O segundo programa, Processos Sócio-Assistenciais, em que as ações consistem em: sócio-educativas, sócio-emergenciais e sócio-terapêuticas. Tais ações destinam-se ao trabalho direto com o usuário e seus familiares. Serão realizados atendimentos individuais e em grupos, com o objetivo de acompanhar o tratamento e o processo de recuperação dos usuários e de suas famílias. Intervir quando necessário e discutir com a equipe de profissionais da instituição, o meio mais adequado para otimizar os recursos humanos e materiais disponíveis, na direção do êxito do tratamento.

O trabalho em grupo será a tônica de ambos os projetos, sabendo que grupo é definido como sendo, indivíduos que se reúnem em torno de um objetivo comum, isto é, há uma mesma demanda e todos basicamente se encontram numa mesma situação. Existem grupos que se formam pelos mais variados motivos, mas os grupos propostos pelos projetos a serem implementados terão características semelhantes, tendo em vista que trabalhar com usuário de drogas num determinado momento e noutro trabalhar com as famílias, requer o mesmo empenho, a temática será a mesma, isto porque de alguma maneira, a família também adoeceu em conviver com o dependente químico e necessita também de atendimento especializado/terapêutico.

Portanto basicamente a intervenção estará voltada ao atendimento direto com indivíduos e grupos de indivíduos que partilham da mesma dificuldade, da mesma patologia e buscam a recuperação na direção de uma melhor qualidade de vida.

4 Projetos

A partir deste momento será realizada a descrição de como serão efetivados os projetos propostos, o motivo pelo qual eles são importantes para a instituição, os objetivos do mesmo, a avaliação e o cronograma. Esta estruturação é imprescindível para se estabelecer um traçado prévio da operação de um conjunto de ações. O projeto portanto, é o instrumento mais próximo da ação, para tanto se faz necessário detalhar as atividades que serão desenvolvidas na instituição.

São dois os projetos a serem executados:

- 1- “Os Caminhos da Recuperação – um trabalho voltado para o indivíduo portador da dependência química”.
- 2- “A Co-dependência – A família que adocece”.

4.1 Os Caminhos da Recuperação – um trabalho voltado para o indivíduo portador da dependência química.

Justificativa:

O usuário de substâncias psicoativas com potencial de abuso, é alvo de preocupação da sociedade brasileira, devido ao aumento considerável do consumo das mesmas na última década. Uma parcela significativa da população estigmatiza o problema, em que a grande maioria das pessoas se refere ao usuário de drogas como sendo “vagabundo” e “sem caráter”, em que o indivíduo é submetido à constantes sermões e julgamentos morais advindos dos amigos, familiares, vizinhos, etc. Não há um entendimento por parte das pessoas em geral, que ao se instalar uma dependência química, dificilmente o portador conseguirá recuperar-se sem o auxílio de um tratamento adequado, com medicamentos específicos e terapias.(KLEIN, 1998)

O usuário de drogas, que já é dependente de substâncias psicoativas é portador de uma doença, em que esta tem natureza biopsicossocial-espiritual, pois envolve fatores genéticos, de personalidade, da busca por aliviar problemas gerados pela exclusão social ou relações sociais complicadas, pela falta de amor e finalmente por normas culturais que são impostas à sociedade.

Sendo caracterizada por fatores complexos, a busca por recuperação e a aceitação da doença por parte dos usuários também torna-se uma tarefa complexa e árdua, pois irá depender da disposição do usuário em querer recupera-se. Não basta apenas as pessoas obrigarem o dependente químico a deixar de consumir as substâncias psicoativas, pois o processo se dá de dentro para fora, pois já existe um comprometimento à nível cerebral (neurtransmissores), que está afetado e portanto o acompanhamento de um especialista torna-se uma exigência para o tratamento e recuperação do indivíduo (PINSKY; BESSA, 2004).

Segundo a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD): “Dependência é um impulso que leva a pessoa a usar uma droga de forma contínua ou freqüente para obter prazer. O dependente caracteriza-se por não conseguir controlar o consumo de drogas, agindo de forma impulsiva e repetitiva”.

Neste contexto, a contribuição do Serviço Social junto ao usuário de drogas, as vezes até antes da atuação médica, explica-se pela imensa gama de situações problemas do dependente. Estas situações perpassam pela família, pelo trabalho, por aspectos psicológicos, sociais e financeiros, de saúde geral, etc, que fazem parte da rotina do trabalho profissional (PEREIRA, 2004).

Partindo desta premissa, a ação profissional do Serviço Social junto aos usuários de drogas se faz necessária, pois o assistente social lida com demandas diversificadas que abrangem desde questões materiais ligadas à própria sobrevivência, quanto às questões ligadas a esferas de valores e comportamentos (SIMIONATTO, 1998).

O presente projeto pretende portanto, trabalhar com usuários de substâncias psicoativas, através de ações sócio-educativas, considerando o usuário o objeto principal, centralizando todos os esforços para a autonomia, resgate dos valores sociais e modificação de comportamento do sujeito. Isto é importante, pois sabemos que o usuário de drogas é apresentado como um ser, por um lado, improdutivo, sem qualificação intelectual e sem parâmetros morais, um estorvo para a família e para a sociedade, na medida em que não representa o modelo de “normalidade” esperada. Por outro, também não se encaixa nesse modelo, ao ser apresentado como desprotegido, sem autonomia, destituído de noções elementares de segurança, oscilando, dessa forma entre o delinqüente/ o que ameaça e o parasita/ o incapaz (HIGYNO ; GARCIA, 2003).

A intervenção do assistente social neste contexto é fundamental, pois deve haver um trabalho voltado para desconstruir esta imagem formada do usuário de drogas por parte da sociedade, bem como desenvolver uma prática junto com os indivíduos, na direção do resgate de valores, direitos, deveres, capacitando-os para a própria autonomia com vistas à emancipação humana e social.

A proposta deste projeto vem de encontro com as necessidades reais dos indivíduos, em que os usuários de drogas encontram-se fragilizados, carregando consigo além do seu sofrimento, uma sentença acusatória sobre sua conduta e seu papel social. Este indivíduo torna-se o protótipo do excluído moderno, segundo Elimar Nascimento (1999): “economicamente desnecessário, politicamente incômodo e socialmente ameaçador”. Para isso, se faz necessário saber valorizar o ponto de vista dos usuários sobre o processo de recuperação, oportunizando aos mesmos, a reflexão, ouvir e solicitar o ponto de vista frente à

situação que vivencia, colocando-os em uma posição tal que eles sintam-se capazes de decidir sobre sua vida.

O título do projeto sugere um trabalho voltado para a mudança de hábitos e comportamentos, que possibilitarão aos pacientes, ingressarem em um caminho diferente ao percorrido anteriormente – um caminho que será longo e para sempre, pois a dependência química é incurável, necessitando portanto de empenho, obstinação e principalmente vislumbrar uma outra perspectiva, de transformações que irão promover uma melhoria na qualidade de vida.

Diante dos fatos apresentados, justifica-se a necessidade de trabalhos voltados aos usuários de substâncias psicoativas, inserindo-os em processos de recuperação individual e em grupos, para fortalecer, orientar, esclarecer e tornar compreensível os aspectos que envolvem a patologia instalada, lembrando que o principal foco é a valorização da vida e da saúde, não a doença.

Tais ações serão desempenhadas tendo como pano de fundo, tudo o que compreendido como sendo competência do Assistente Social, ações estas, pautadas nas dimensões teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas.

Objetivo do Projeto:

O uso abusivo de drogas causa inúmeros prejuízos sociais, financeiros e principalmente os relativos à saúde, e para dar conta desta problemática que envolve os usuários de substâncias psicoativas, pretende-se com este projeto realizar ações voltadas para auxiliá-los no processo de recuperação. O foco principal é o de fornecer subsídios necessários para uma melhor compreensão a respeito do consumo de drogas, suas conseqüências e os malefícios à saúde causados pelas mais diferentes substâncias químicas.

Público Alvo:

Este projeto terá como público alvo, os usuários de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, crack, benzodiazepínicos, entre outras) que buscam tratamento na Clínica Caminho

do Sol para se recuperar da dependência química – homens e mulheres com idade superior à 18 anos ou ainda os adolescentes que são encaminhados pelos pais.

Metodologia:

O projeto visa implementar ações diretas com usuários e/ou grupo de usuários de drogas, sendo estas, realizadas de acordo com a demanda da instituição. Num primeiro momento a intenção é a de realizar ações que integram as categorias sócio-terapêuticas e sócio-emergenciais. As ações sócio-terapêuticas serão desenvolvidas diante das situações de sofrimento individual do paciente. As ações sócio-emergenciais darão conta da necessidade urgentes do indivíduo, por exemplo se houver um encaminhamento para a internação na Clínica e o usuário estiver sob efeitos das drogas de uma forma mais severa, terá primeiramente de ser encaminhado à um Pronto Socorro para receber atendimento médico emergencial, sendo portanto encaminhado pelo assistente social que o acompanhará neste momento.

As ações que serão desenvolvidas contemplam portanto três categorias de ação – sócio-educativas, sócio-emergenciais e sócio-terapêuticas. As sócio-emergenciais e as sócio-terapêuticas já foram citadas, restando a sistematização das sócio-educativas. Será da seguinte forma: a abordagem inicial será através de entrevista individual com o paciente que tem indicação para internação, esclarecer as normas e procedimentos da Clínica, abrir prontuários para cada paciente no intuito de fazer registros sobre a conduta do mesmo e a evolução no seu processo de recuperação. Posteriormente fazer entrevista breve com os familiares, informar da mesma forma as normas da Clínica, os dias de visita e já marcar um próximo encontro para realizar uma entrevista mais completa, objetivando obter dados que serão analisados pelo assistente social, bem como pelos outros profissionais que trabalharão com o paciente.

Todos estes procedimentos estarão sendo documentados no prontuário e também no relatório diário da equipe da Clínica, pois estes dados são analisados semanalmente em uma reunião, onde os profissionais discutem acerca da recuperação dos mesmos. Os elementos elencados neste relatório servirão de instrumento para redirecionar – se necessário, o tratamento e avaliar a evolução terapêutica de modo individual.

Num segundo momento inicia-se o trabalho em grupos, caracterizado como sendo grupos sócio-educativos. No grupo, estas ações de caráter sócio-educativas são definidas,

segundo Iamamoto (1999), como sendo estratégicas, porque estão inscritas no campo do conhecimento, dos valores, dos comportamentos, da cultura e produzem efeitos reais na vida dos sujeitos. O grupo contará com a participação de todos os pacientes internos e serão realizados duas vezes por semana (às 3^{as} e 5^{as} feiras), com duração média de uma hora e quinze minutos e não será um grupo fechado, isto é, quando da internação de pacientes novos, estes também poderão participar dos encontros.

As atividades propostas realizar-se-ão através de seminários, palestras, vídeo-educativos, dinâmicas de grupo, partilha entre os pacientes, bem como serão dadas tarefas individuais para que cada um tenha a oportunidade de se expressar sobre um determinado tema.

O objetivo da formação destes grupos perpassa pelo desenvolvimento de ações profissionais estratégicas, em que será assumido um caráter essencialmente de reconstrução das relações sociais, contribuindo para o fortalecimento dos projetos de vida de cada indivíduo, bem como re-traduzindo os valores ético-políticos, os modos de pensar e agir que condicionam esses sujeitos na direção da defesa intransigente dos direitos humanos, da justiça, da autonomia e da democracia. Será um espaço privilegiado de atuação profissional voltado para os usuários de substâncias psicoativas, trabalhando com processos de abordagem temática sobre as drogas, desenvolvendo o repasse de informações pertinentes à condição do dependente químico, de modo que se faça um trabalho de reflexão com os envolvidos no grupo. A tônica deste trabalho será o fortalecimento do processo de participação, buscando sempre a valorização do tratamento e da recuperação, em que cada um assume o papel de co-responsável neste processo.

Portanto os procedimentos serão executados de acordo com a demanda da instituição, considerando-se também a necessidade de cada paciente, em que a preocupação máxima será a de qualificar a oferta dos serviços prestados pela Clínica Caminho do Sol, com responsabilidade, ética e comprometimento junto ao cidadão.

Avaliação:

A avaliação do projeto proposto será realizada de duas maneiras diferentes: a primeira à nível individual e a segunda à nível grupal.

A avaliação individual será feita à partir dos dados obtidos na entrevista inicial – quando da internação, em que o paciente relata sua situação e a sua expectativa em relação ao tratamento. O indicador utilizado será o conteúdo do relato feito pelo paciente ao final do tratamento, isto é, como percebemos agora o diálogo com um dependente químico que está comprometido em manter-se em abstinência e quais são as expectativas com relação ao retorno para casa. O processo de avaliação também vai perpassar pela análise do grau de entendimento que o usuário tem com relação à sua droga de preferência, se ele realmente entende agora o quanto isto prejudicava sua saúde e suas relações sociais.

A avaliação à nível grupal será realizada com mais frequência, a cada 10 dias, através de indicadores que avaliarão se os objetivos propostos foram atingidos. Os indicadores são:

- A frequência nos grupos;
- Se houve participação nos debates dos assuntos expostos;
- Se caracterização das drogas e seus efeitos foram bem entendidos por todos;
- Em que medida os grupos educativos favoreceram positivamente no processo de recuperação dos pacientes.

Será feito em relatório contendo estas informações, posteriormente este será apresentado aos profissionais da Clínica para que juntos façamos uma avaliação acerca deste projeto.

Cronograma das atividades:

Atividades	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho
Supervisão de campo	X	X	X	X	X
Supervisão pedagógica	X	X	X	X	X
Diário de campo	X	X	X	X	X
Atendimentos individuais		X	X	X	X
Realização de grupos		X	X	X	
Relatório final da intervenção					X

4.2 A Co-Dependência – A família que adocece.

Justificativa:

Segundo Kalina (1986), “toda dependência tem sua fonte inspiradora na família ou no meio social imediato e/ou mediato. Nessa família, da qual um de seus membros se desvia e se dedica às drogas, sempre há um ou vários modelos de dependente, mesmo quando nenhum deles tenha incursionado nos terrenos do ilegal”.

Durante um longo período de tempo a família poderá conviver com o indivíduo e seu consumo dito “social”, uma vez que se percebe existir um tempo de latência entre o momento em que o indivíduo, por exemplo um adolescente, experimenta a droga, evolui no consumo, passa a abusar, e o momento da descoberta pela família.

A revelação de que o indivíduo está usando drogas, raramente é feita por ele próprio; pode acontecer por iniciativa de um terceiro, de um ato falho por parte do próprio usuário, que esquece a droga num lugar visível ou de uma situação extrema, como a apreensão pela polícia.

A partir desta revelação, estamos diante de uma família em **crise**. Em geral, a família só se faz perguntas quando a crise está instalada; até então a família considerava que estava tudo bem. Só que há muito tempo o indivíduo podia estar dizendo, através de mudanças sutis de comportamento, **as coisas não estão bem comigo**, só que através de uma linguagem não-verbal, e a maioria das pessoas não sabem decodificar essas mensagens. A família sofre frente à revelação da toxicomania. Na maioria das vezes sente-se culpada; os pais podem culpar um ao outro ou então culpam os amigos. Não conseguem compreender que o uso de drogas é um sintoma de que alguma coisa não vai bem com a pessoa ou mesmo dentro da família. Pode estar havendo falta de comunicação, de diálogo entre os membros da família, uma crise entre pais, filhos ou tantas outras dificuldades que de alguma forma desequilibram a harmonia familiar.

A posição da família em meio ao abuso de substâncias psicoativas por parte de algum membro, pode ser colocada de várias formas – em alguns casos a família se coloca

como vítima, em que os pais se apresentam como se tivessem sido traídos pela filha (o), buscando resposta para o problema fora do núcleo familiar. O sentimento comum é a frustração, a culpa, a vergonha, o fracasso, enfim, uma sensação de impotência diante da situação. Muitas vezes não sabem o que fazer, não procuram ajuda em tratamentos especializados, desesperam-se diante da problemática e acabam por adoecer também.

Importante salientar que quando mencionamos a família, entendemos que são as pessoas que escolhem conviver por razões afetivas e assumem um compromisso de cuidado mútuo, isto não implica afirmar que a família deva ser pensada apenas nos moldes tradicionais da família nuclear (pai, mãe, filhos). A Atualidade nos apresenta várias composições familiares que não necessariamente unem as pessoas por laços consangüíneos (MIOTO, 2000).

A família tem papel fundamental no contexto da dependência química em duas instâncias: na prevenção e no tratamento.

Na prevenção, através de cuidados básicos, afetividade, amor, papéis bem definidos, orientação da identidade, respeito, procurando os familiares estarem atentos aos comportamentos dos membros, sem assumir atitudes de terror quando o assunto se relaciona às drogas.

É difícil para os familiares aceitar a dependência química como uma doença, gerando assim conflitos e agressões no âmbito familiar. Quando se decide em buscar tratamento para os seus, as famílias reagem de forma negativa quando são solicitadas para participar deste processo, pois para muitas, a instituição tem de dar conta e recuperá-lo como num “passe de mágica”. O que ocorre é que muitas famílias ao optar pela internação, já estão desgastadas, cansadas de esforços contraproducentes e preferem se afastar do usuário por um tempo. Podemos afirmar que é difícil envolver os familiares no tratamento e isto repercute negativamente na recuperação do dependente químico (FREITAS, 2002).

Ainda se referindo ao tratamento, é necessário o envolvimento da família, pois muitas vezes por desconhecimento acerca do assunto, tomam atitudes que podem piorar ainda mais a situação, criando-se um verdadeiro “campo de guerra” no âmbito familiar que não irá resolver nada.

Raramente a família compreende a natureza da doença, achando que a pessoa simplesmente deve parar, porém não se dão conta que o indivíduo pode estar muito

comprometido pelos efeitos da droga, e sem ajuda de um profissional da saúde a chance de parar é quase remota.

As famílias dos dependentes químicos são afetadas de diversos modos e intensidades, pelas ações destes, e pelos problemas decorrentes de seus comportamentos de doentes; e reagem também diversamente, pela simples razão de que são distintas entre si, como o são as pessoas, mas, igualam-se no desconforto, no sofrimento, nas atribulações, e nas angústias. A dependência de um membro da família estende seus efeitos e prejuízos à esta, que, envolvida com uma situação complexa que desconhece, e ligada ao dependente por laços afetivo-emocionais, tende a desenvolver um comportamento que se constitui em uma espécie de dependência associada à dependência de seu membro, sem o uso de drogas, mas que, no sincero desejo de estabelecer uma relação possível com o dependente para ajudá-lo, assimila seu comportamento típico condescendente, como mentir, protelar e minimizar, e faz isso de modo inconsciente; à isso denomina-se co-dependência.

As famílias dos dependentes, experimentam muitas vezes um sentimento de impotência intolerável, outras vezes desconsolam-se: querem fazer algo mas não sabem o que, nem como. O doente, por sua vez, percebe que causa sofrimento aos que ama e o amam, mas isso, geralmente dilui-se na névoa da impotência ante seu problema; muitas vezes sufoca um pedido de socorro, por vergonha talvez, e nesta falência pessoal em que naufraga, uma parede invisível separa o doente de sua família, uma parede que parece evitar que se toquem, mas que, ainda assim, permite a visão recíproca dos sofrimentos.

Esta parede, no entanto, pode ser ultrapassada, pode ser dissolvida. Se a família realmente o desejar, pode gradativamente conhecer mais do problema em si, pode entender melhor o que se passa, pode considerar toda a questão sob outras e novas perspectivas, pode esclarecer-se, fortalecer-se, e assim tornar-se mais eficiente e eficaz na ajuda de quem ama. A família precisa passar da condição de co-dependente para uma outra, na qual seja capaz de lidar com a situação, agindo de modo correto e firme como agentes no processo de recuperação do usuário dependente de substâncias psicoativas.

De todas as pessoas que podem ajudar um dependente a tratar-se, e apoiar sua recuperação após o tratamento, a família pode ser a mais efetiva. A família tem experiência direta com o dependente; sabe o quanto é sério seu problema do uso de drogas, e até onde foi; e, muitas vezes tem o poder emocional de forçá-lo a tratar-se. Por outro lado, o profundo

envolvimento emocional da família com o dependente, porém também pode ser um problema: a família pode ficar tão desolada pelo comportamento deste, que se sente paralisada, com pesar e culpa, e incapaz de ajudar. Ela também pode estar tão cheia de vergonha que esconde o problema e recusa-se a discuti-lo com quem quer que seja; pode ainda estar tão familiarizada com o sofrimento do usuário dependente de drogas, quando este tenta parar de usar (síndrome da abstinência, depressão), que reluta em pedir-lhe que pare.

Para ajudar o usuário dependente, a família precisa aprender tanto o quanto puder a respeito da doença, e também entender que não é responsável pelo comportamento do mesmo. Nada do que a família fez ou disse foi o que causou-lhe seu atual modo de agir; a própria doença é responsável por seu comportamento e mudanças de personalidade. Aprendendo a respeito, a família pode manter uma distância emocional dos problemas e assim, aprender e saber como fazer para ajudá-lo.

A família também precisa compreender que o dependente tem de parar de usar drogas, senão continuará piorando; esperar até que ele entenda a extensão de seu problema é esperar excessivamente, porque a própria família pode ser destruída por seu envolvimento e, sem esta família, o dependente terá menos probabilidades de conseguir auxílio. O fenômeno da co-dependência, como já foi citado, é comum a todos os familiares que possuem um membro dependente.

A recuperação da família como co-dependente

A família co-dependente deve trabalhar na esfera dos vínculos emocionais. Tornando-se doente como o dependente; ela começa a agir como ele age com ela: começa à viver em função do horário dele, dos seus hábitos, da chegada, do acordar; à enganar-se até o ponto da negação. Tende à minimizar, começa a enganar-se em relação ao problema, à esquivar-se do problema, até a negar o problema. Os motivos vão desde o preconceito, a vergonha de ter um dependente em casa, as dificuldades em aceitar o fato (achar que “meu filho não é tão doente ou drogado quanto o outro”), a sensação de impotência em relação ao uso de drogas, até o incômodo de firmar um compromisso de recuperação por ter de enfrentar

a quebra da rotina da família, indo às reuniões de grupo, aos seminários, ao médico (a família alega que o pai é muito ocupado, a mãe trabalha fora, tem outros filhos...). O que fazer?

- Não esperar que a situação seja solucionada de repente. A aceitação é apenas o primeiro passo;
- Saber que, embora em recuperação, o usuário de drogas será sempre um dependente em abstinência, portador da doença da drogadicção;
- Saber que o dependente químico não é um delinqüente. Ele precisa de compreensão e autoridade. Amá-lo não é sempre dizer-lhe “sim”. O “não” faz parte do jogo da vida. Outorgar-lhe responsabilidades;
- Saber que mudança de atitudes é o ponto chave para uma boa recuperação. A família precisa reaprender; isto faz parte do crescimento para uma nova vida;
- Saber que experiência e conhecimento se adquire nos Grupos de Família e Grupos de Mútuo Ajuda;
- Considerar que o resgate da espiritualidade é fundamental no processo da recuperação.

Diante do exposto, justifica-se a necessidade de intervenção de um profissional de Serviço Social para organizar um trabalho efetivo com as famílias de dependentes químicos – o co-dependente. O assistente social se insere neste contexto, como agente que irá promover ações na direção da construção, reconstrução e preservação da autonomia das famílias, sendo um processo de identificar as dificuldades familiares, as possibilidades de mudança para contribuir junto com elas, para uma melhoria da qualidade de vida. (MIOTO, 2000)

A intervenção comprometida com as famílias, visa prioritariamente no caso da co-dependência química, encontrar soluções para as famílias que expressam sinais de sofrimento manifestados por seus membros. Neste sentido é necessário lançar mão de estratégias para ir de encontro às demandas postas pelas famílias.

O profissional portanto se propõe à direcionar especificamente ações sócio-educativas e sócio-terapêuticas.

As ações sócio-educativas vão vislumbrar a informação, a compreensão acerca da doença, bem como esclarecer às famílias como lidar com momentos de crise gerados no ambiente familiar. Esta intervenção portanto, de caráter pedagógico, vem de encontro às proposições do profissional de Serviço Social.

As ações sócio-terapêuticas desenvolvidas pelo profissional de Serviço Social, irão de encontro ao sofrimento de cada familiar neste processo de drogadependência, onde serão trabalhados individualmente com os membros da família, objetivando oferecer subsídios necessários para o enfrentamento do problema instalado. Tais subsídios perpassam pelo nível emocional, de fortalecimento, compreensão e estratégias para dar conta das necessidades de cada família – é a instrumentalização da família, com a finalidade de apresentar possibilidades para melhor lidar com a problemática da dependência química.

Objetivos:

O Objetivo em trabalhar com as famílias é o de fortalecê-las, instrumentalizá-las para que elas possam compreender acerca da doença, receber orientações de cuidados e de manejo com os dependentes químicos, bem como desmistificar os sentimentos que as famílias carregam como a culpa, a frustração, a vergonha e tantos outros, que são sentidos pelos familiares de dependentes químicos. Esclarecer sobre a doença e possibilitar um entendimento sobre a recaída que pode ocorrer, isto é, tornar a família um aliado da instituição para o êxito do tratamento.

Uma outra questão importante que será levada em conta no desenvolvimento deste projeto, tem a ver com capacitação fornecida aos familiares, no intuito de que as famílias tornem-se agentes multiplicadores dos conhecimentos adquiridos. Pensando nisso, o objetivo é de incentivar os participantes do grupo de família, a levarem informação àqueles que delas necessitam, procurando auxiliar outras famílias que passam por dificuldades em enfrentar a dependência química no âmbito familiar. Proporcionar aos familiares todo o conhecimento possível para a admissão e aceitação de um tratamento paralelo, pela sua condição de co-dependente.

O objetivo é repassar informações sobre:

- Reconhecimento dos sintomas de recaída.
- Técnicas de mudanças de comportamento; cada caso é um caso (orientação comportamental específica).
- O poder de mudar (ingredientes para a [auto?] mudança, motivação, significado).
- Orientar a família sobre a patologia objetivando a superação de preconceitos

- Ensinar a família a reconhecer o processo de recaída, e orientá-la no encaminhamento do dependente para o tratamento.

Público Alvo:

Todos os familiares e/ou as pessoas que convivem diretamente com o dependente químico.

Metodologia:

As atividades que serão realizadas com as famílias, serão sistematizadas da seguinte forma:

Primeiramente será feita uma breve entrevista com os familiares dos usuários que serão internados para tratamento na Clínica Caminho do Sol. Num segundo momento será feito um contato telefônico para agendar um horário para uma outra entrevista, objetivando colher mais informações sobre o usuário e sobre a dinâmica familiar.

Feito isto, começará um processo de planejar grupos com as famílias dos dependentes químicos, de acordo com o número de pacientes internados, quantos familiares irão participar e a capacidade de acomodação da sala de reuniões. Será feita uma reunião com os profissionais da Clínica, no intuito de discutir quais as datas mais apropriadas em como será conduzido o grupo de famílias. Tendo feito todos estes passos, será iniciado o grupo que se reunirá uma vez por semana na Clínica, na sala de reuniões, onde serão abordados temas inerentes à dependência química, serão apresentados vídeo-educativos, seminários, palestras com abordagens inerentes ao tema, debates, vivências e partilha entre os membros (sentimentos, dificuldades e sensações comuns entre os participantes).

O grupo é um espaço privilegiado da atuação do Assistente Social, em que pode ser realizado um trabalho capaz de dar conta das demandas das famílias.

Todo este processo se dará por meio da capacidade técnica do profissional em repassar conhecimentos que cheguem aos participantes, com competência, responsabilidade e compromisso com as pessoas que buscam informações sobre dependência química.

Ao final de cada reunião de grupo, tudo será documentado e registrado em relatórios para apreciação dos terapeutas da Clínica Caminho do Sol, visando um

acompanhamento sistemático das atividades, bem como servirá para indicar se os objetivos propostos estão sendo alcançados.

Avaliação:

A avaliação deste projeto consiste em identificar a eficácia dos trabalhos propostos, a aceitação por parte dos envolvidos e os relatos que serão documentados para que sejam analisados por todos os profissionais, na tentativa de acompanhar uma possível progressão dos sentimentos em relação ao dependente químico. A frequência nos grupos também possibilitará uma avaliação, pois se os participantes retornam ao grupo, significa que os trabalhos estão surtindo o efeito esperado.

Cronograma das atividades:

Atividades	Março	Abril	Maió	Junho	Julho
Supervisão de campo	X	X	X	X	X
Supervisão pedagógica	X	X	X	X	X
Diário de campo	X	X	X	X	X
Convite aos familiares		X	X	X	X
Encontro do grupo de famílias			X	X	
Relatório final da intervenção					X

Referências

ABEAD – **Associação Brasileira de Estudo do Álcool e Outras Drogas**. Programa de valorização da vida. Brasília, MEC/FNDE, 1990.

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Edição Administrativa atualizada em 2003.

CAVALCANTE, Antonio Mourão. **Drogas: este barato sai caro – os caminhos da prevenção**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 2000.

CORRÊA, Priscila S.; HACKEBART, Julian G.; PEREIRA, Rosane; SALVADOR, Nívia. **Aqui dentro do lado de fora**.- O Movimento Antimanicomial no Brasil. Trabalho apresentado à disciplina de Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos de Direito do Curso de Serviço Social – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2002. (mimeo)

KALINA, Eduardo. **Os efeitos da droga no cérebro humano**. São Paulo: Bezerra, 1997.

KAWALL, Beatriz Gonçalves. **A contribuição do assistente social no processo de prevenção do uso, manutenção da abstinência e prevenção à recaída**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de serviço Social. UFSC. Florianópolis: 2003.

KLEIN, Hans. **Alcoolismo: lidando com o problema na família**. União Cristã. Blumenau: 1998.

KOWALSKI, Elis Regina. **Dependência Química de Drogas: uma questão de saúde coletiva**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. UFSC. Florianópolis: 1997.

LOURENÇO, Rozinez Aparecida. **A família do dependente químico**. IN: Curso de Prevenção Ao Uso Indevido De Drogas, AIDS e DST. Conselho Municipal de Entorpecentes, Santa Catarina: 1999.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Família e Serviço Social**. In: Serviço Social & Sociedade, nº 55. São Paulo: Cortez, 1997.

Manual de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas: **subsídios para formação de educadores sociais**/ Marcos Baptista, Zairine V. Freire (org.) Rio de Janeiro: NEPAD – UERJ/COSAM – MS/UNDCP, 1999.

PINSKY, Ilana e BESSA, Marco Antonio (Org.). **Adolescência e Drogas**. São Paulo: Contexto, 2004.

PUEL, E. **Padrões de interação da família alcoólica.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social). PUC. Rio de Janeiro, 1991.

SIMIONATTO, Ivete. **Serviço Social e Processos de Trabalho.** In: Curso de Formação Profissional: um projeto de atualização. Módulo I. Florianópolis, CRESS, 1998.

PROJETO EM ANEXO

Caravana da Informação – um trabalho voltado para dependentes químicos, internados em Comunidades Terapêuticas.

Justificativa:

As Comunidades Terapêuticas são instituições que oferecem serviços para recuperação de dependentes químicos, é uma outra modalidade de tratamento e recuperação oferecida para indivíduos portadores de dependência química e são denominadas de Fazendas Terapêuticas. Nestas instituições o número de pessoas é geralmente elevado, há inclusive uma fila de espera para a ocupação de possíveis vagas. Quando consegue uma vaga, o indivíduo fica internado por períodos prolongados, variando de 6 à 9 meses. Não há administração de medicamentos para conter a síndrome de abstinência. A base de tratamento consiste em: trabalho, disciplina e oração, em que a espiritualização é a tônica deste tratamento.

Em sua grande maioria, os atendidos por Comunidades Terapêuticas são usuários de substâncias psicoativas que possuem um poder aquisitivo reduzido, uma baixa escolaridade e/ou uma situação que os colocam à margem da sociedade – alguns são moradores de rua, outros encaminhados pela justiça, enfim indivíduos que não teriam condições de pagar um tratamento particular.

Partindo desta premissa, podemos afirmar que este usuário - de substâncias psicoativas com potencial de abuso, é alvo de preocupação da sociedade brasileira, devido ao aumento considerável do consumo das mesmas na última década. Uma parcela significativa da população estigmatiza o problema, em que a grande maioria das pessoas se refere ao usuário de drogas como sendo “vagabundo” e “sem caráter”, em que o indivíduo é submetido à constantes sermões e julgamentos morais advindos dos amigos, familiares, vizinhos, etc. Não há um entendimento por parte das pessoas em geral, que ao se instalar uma dependência química, dificilmente o portador conseguirá recuperar-se sem o auxílio de um tratamento adequado, com medicamentos específicos e terapias (KLEIN, 1998).

O usuário de drogas, que já é dependente de substâncias psicoativas é portador de uma doença, em que esta tem natureza biopsicossocial-espiritual, pois envolve fatores genéticos, de personalidade, da busca por aliviar problemas gerados pela exclusão social ou

relações sociais complicadas, pela falta de amor e finalmente por normas culturais que são impostas à sociedade.

Sendo caracterizada por fatores complexos, a busca por recuperação e a aceitação da doença por parte dos usuários também torna-se uma tarefa complexa e árdua, pois irá depender da disposição do usuário em querer recupera-se. Não basta apenas as pessoas obrigarem o dependente químico a deixar de consumir as substâncias psicoativas, pois o processo se dá de dentro para fora, pois já existe um comprometimento à nível cerebral (neurtransmissores), que está afetado e portanto o acompanhamento de um especialista torna-se uma exigência para o tratamento e recuperação do indivíduo (PINSKY; BESSA, 2004).

Segundo Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD): “Dependência é um impulso que leva a pessoa a usar uma droga de forma contínua ou freqüente para obter prazer. O dependente caracteriza-se por não conseguir controlar o consumo de drogas, agindo de forma impulsiva e repetitiva”.

Neste contexto, a contribuição do Serviço Social junto ao usuário de drogas, as vezes até antes da atuação médica, explica-se pela imensa gama de situações problemas do dependente. Estas situações problemas perpassam pela família, pelo trabalho, por aspectos psicológicos, sociais e financeiros, de saúde geral, etc, que fazem parte da rotina do trabalho profissional (PEREIRA, 2004).

A ação profissional do Serviço Social junto aos usuários de drogas se faz necessária, pois o assistente social lida com demandas diversificadas que abrangem desde questões materiais ligadas à própria sobrevivência, quanto às questões ligadas a esferas de valores e comportamentos (SIMIONATTO, 1998).

Através de ações sócio-educativas, é possível trabalhar com os dependentes químicos para informá-los acerca da doença e expor vários assuntos que são pertinentes às condições em que se encontram., sempre considerando o usuário o objeto principal, centralizando todos os esforços para a autonomia, resgate dos valores sociais e modificação de comportamento do sujeito. Isto é importante, pois sabemos que o usuário de drogas é apresentado como um ser, por um lado, improdutivo, sem qualificação intelectual e sem parâmetros morais, um estorvo para a família e para a sociedade, na medida em que não representa o modelo de “normalidade” esperada. Por outro, também não se encaixa nesse modelo, ao ser apresentado como desprotegido, sem autonomia, destituído de noções

elementares de segurança, oscilando, dessa forma entre o delinqüente/ o que ameaça e o parasita/ o incapaz (HIGYNO ; GARCIA, 2003).

A intervenção do assistente social neste contexto é fundamental, pois deve haver um trabalho voltado para desconstruir esta imagem formada do usuário de drogas por parte da sociedade, bem como desenvolver uma prática junto com os indivíduos, na direção do resgate de valores, direitos, deveres, capacitando-os para a própria autonomia com vistas à emancipação humana e social.

A proposta deste projeto vem de encontro com as necessidades reais dos indivíduos, em que os usuários de drogas encontram-se fragilizados, carregando consigo além do seu sofrimento, uma sentença acusatória sobre sua conduta e seu papel social. Este indivíduo torna-se o protótipo do excluído moderno, segundo Elimar Nascimento (1999): “economicamente desnecessário, politicamente incômodo e socialmente ameaçador”. Para isso, se faz necessário saber valorizar o ponto de vista dos usuários sobre o processo de recuperação, oportunizando aos mesmos, a reflexão, ouvir e solicitar o ponto de vista frente à situação que vivencia, colocando-os em uma posição tal que eles sintam-se capazes de decidir sobre sua vida.

Diante dos fatos apresentados, justifica-se a necessidade de trabalhos voltados aos usuários de substâncias psicoativas, inserindo-os em processos de recuperação, para fortalecer, orientar, esclarecer e tornar compreensível os aspectos que envolvem a patologia instalada, lembrando que o principal foco é a valorização da vida e da saúde, não a doença.

Tais ações serão desempenhadas tendo como pano de fundo, tudo o que compreendido como sendo competência do Assistente Social, ações estas, pautadas nas dimensões teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas.

Objetivo do Projeto:

Este projeto pretende dar conta de uma gama de atividades na direção da informação, através de ações sócio-educativas voltadas aos portadores de dependência química, possibilitando mudança de hábitos e comportamentos, objetivando vislumbrar uma outra perspectiva, de transformações que irão promover uma melhoria na qualidade de vida.

Sabe-se que o uso abusivo de drogas causa inúmeros prejuízos sociais, financeiros e principalmente os relativos à saúde, e para dar conta desta problemática que envolve os

usuários de substâncias psicoativas, pretende-se com este projeto realizar ações eficazes para auxiliar o dependente químico em seu processo de recuperação. O foco principal é o de fornecer subsídios necessários para uma melhor compreensão a respeito do consumo de drogas, suas conseqüências e os malefícios à saúde, causados pelas mais diferentes substâncias químicas. Todas as atividades terão um objetivo maior, o da compreensão por parte dos internos acerca da doença que os acomete, a prevenção com relação à outras doenças, noções de cidadania, de direitos e deveres, entre outros temas que são extremamente importantes para os indivíduos, neste momento de suas vidas.

Público Alvo:

Este projeto terá como público alvo, os usuários de substâncias psicoativas (álcool, cocaína, crack, benzodiazepínicos, entre outras) que buscam tratamento nas Comunidades terapêuticas, que aceitaram a possibilidade de se recuperar e necessitam do auxílio de profissionais especializados para auxiliá-los, possibilitando a continuidade do processo de recuperação. São homens e mulheres maiores de idade - dependentes químicos.

Metodologia:

Todo o trabalho desenvolvido na Comunidade Terapêutica terá um caráter sócio-educativo. Nos grupos, estas ações sócio-educativas são definidas segundo Yamamoto (1999), como sendo estratégicas, porque estão inscritas no campo do conhecimento, dos valores, dos comportamentos, da cultura e produzem efeitos reais na vida dos sujeitos.

O grupo contará com a participação de todos os pacientes internos e será realizado uma vez por semana (às 3^{as} feiras), com duração média de uma hora e quinze minutos e não será um grupo fechado, isto é, quando da internação de pacientes novos, estes também poderão participar dos encontros.

As atividades propostas realizar-se-ão através de seminários, palestras, vídeo-educativos, dinâmicas de grupo, partilha entre os pacientes, bem como serão propostas tarefas individuais para que cada um tenha a oportunidade de se expressar sobre um determinado tema.

O objetivo da formação deste grupo perpassa pelo desenvolvimento de ações profissionais estratégicas, em que será assumido um caráter essencialmente de reconstrução

das relações sociais, contribuindo para o fortalecimento dos projetos de vida de cada indivíduo, bem como re-traduzindo os valores ético-políticos, os modos de pensar e agir que condicionam esses sujeitos na direção da defesa intransigente dos direitos humanos, da justiça, da autonomia e da democracia. Será um espaço privilegiado de atuação profissional voltado para os usuários de substâncias psicoativas, trabalhando com processos de abordagem temática sobre as drogas, desenvolvendo o repasse de informações pertinentes à condição do dependente químico, de modo que se faça um trabalho de reflexão com os envolvidos no grupo.

A tônica deste trabalho será o fortalecimento do processo de participação, buscando sempre a valorização do tratamento e da recuperação, em que cada um assume o papel de co-responsável neste processo.

Este trabalho será realizado pelo profissional de serviço social, mas também contará com a participação de outros profissionais da saúde: médicos, psicólogos e enfermeiros. Os temas serão bem variados, ligados à dependência química, às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), HIV – Aids entre outros que poderão ser sugeridos pelos próprios internos. Neste momento é imprescindível a competência do profissional para perceber qual a demanda imediata do grupo, para atendê-los da maneira mais eficaz possível.

Avaliação:

A avaliação do projeto proposto será realizada através de alguns indicadores que são:

- A frequência nos grupos;
- Se houve participação nos debates dos assuntos expostos;
- Se caracterização das drogas e seus efeitos foram bem entendidos por todos;
- Em que medida os grupos educativos favoreceram positivamente no processo de recuperação dos pacientes.

Ao final deste projeto, será elaborado um relatório contendo todas estas informações, posteriormente os dados serão compartilhados com os outros profissionais que também deram sua contribuição teórica no desenvolvimento do grupo, para que juntos possamos avaliar se houve êxito ou não no trabalho desenvolvido com os internos na Comunidade Terapêutica.

Cronograma das atividades:

Atividades	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho
Supervisão de campo	X	X	X	X	X
Supervisão pedagógica	X	X	X	X	X
Diário de campo	X	X	X	X	X
Realização de grupos		X	X	X	
Relatório final da intervenção					X

ANEXOS

ANEXO A – A POLÍTICA NACIONAL ANTIDROGAS

Política Nacional Antidrogas

2003. Presidência da República

É permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte.

Produção, distribuição e informações:
Presidência da República
Gabinete de Segurança Institucional
Secretaria Nacional Antidrogas
Praça dos Três Poderes, Palácio do Planalto, Anexo II
Cep: 70.150-900 - Brasília (DF)

Linha Direta: 0800 614321

www.senad.gov.br

Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas

Política Nacional Antidrogas. D.O.U. Nº 165-27.08.2002
Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional,
Secretaria Nacional Antidrogas, 2001.

22p.

Sumário

1. Introdução	02
.....	
2. Pressupostos Básicos da PNAD	08
.....	
3. Objetivos da PNAD	11
.....	
4. Prevenção	13
5. Tratamento, Recuperação e Reinserção Social	17
.....	
6. Redução dos Danos Sociais e à Saúde	20
.....	
7. Repressão	22
.....	
8. Estudos, Pesquisas e Avaliações	25
.....	

1

Introdução

O uso indevido de drogas constitui, na atualidade, séria e persistente ameaça à humanidade e à estabilidade das estruturas e valores políticos, econômicos, sociais -e culturais de todos os Estados e sociedades¹.

Suas conseqüências infligem considerável prejuízo às nações do mundo inteiro, e não são detidas por fronteiras: avançam por todos os cantos da sociedade e por todos os espaços geográficos, afetando homens e mulheres de diferentes grupos étnicos, independentemente de classe social e econômica ou mesmo de idade.

Questão de relevância, na discussão dos efeitos adversos gerados pelo uso indevido da droga, é a associação do tráfico de drogas ilícitas e dos crimes conexos, geralmente de caráter transnacional, com a criminalidade e a violência. Esses fatores ameaçam a soberania do País e afetam a estrutura social e econômica interna, exigindo que o Governo adote uma postura firme de combate a tais ilícitos, articulando-se internamente e com a sociedade, de forma a aperfeiçoar e otimizar seus mecanismos de prevenção e repressão e garantir o envolvimento e a aprovação dos cidadãos.

Um fator agravante é a tendência mundial sinalizadora de que a iniciação do indivíduo no uso indevido de drogas tem sido cada vez mais precoce e com utilização de drogas mais pesadas. Estudos realizados no Brasil a partir de 1987, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, confirmam o aumento do consumo de substâncias psicoativas entre crianças e adolescentes no País. Segundo levantamento realizado pelo CEBRID em 1997², o percentual de adolescentes do País que já consumiram drogas entre 10 e 12 anos de idade é extremamente significativo – 51,2% já consumiram bebida alcoólica; 11% usaram tabaco; 7,8% solventes; 2% ansiolíticos e 1,8% anfetamínicos.

A idade de início do consumo situa-se, entre 09 e 14 anos. A situação torna-se mais grave entre crianças e adolescentes em situação de rua. Levantamento realizado em 1997³, em seis capitais⁴ brasileiras, demonstrou que, em média, 88,25%⁵ dessa população fez uso na vida de substâncias psicoativas, sendo que as drogas mais usadas, três delas consideradas lícitas, foram o tabaco, os inalantes, a maconha, o álcool, a cocaína e derivados.

Registram-se, também, problemas relativos ao uso de drogas pela população adulta e economicamente ativa, afetando a segurança do trabalhador e a produtividade das empresas. Estudo realizado pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo – FIESP, em 1993, mostra que 10 a 15% dos empregados têm problemas de dependência. O uso de drogas aumenta em cinco

¹ Assunto acordado durante a Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas, com a participação do Brasil, para tratar do "Problema Mundial das Drogas", em 07 de junho de 1998, e constante da Declaração Conjunta dos Chefes de Estado e de Governo ali presentes.

² Carlini, E.A., José Carlos F. Galduróz e Ana Regina Noto. IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º Grau em 10 Capitais Brasileiras – 1997. UNIFESP/CEBRID, São Paulo, 1997.

³ Carlini, E.A., Ana Regina Noto, José Carlos F. Galduróz, Rita Mattei, Solange Nappo. IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua de Seis Capitais Brasileiras – 1997. UNIFESP/CEBRID, São Paulo, 1997.

⁴ Percentuais de uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes em população de rua – 88,6% em São Paulo, 86,6% em Porto Alegre, 86,7% em Fortaleza, 89,9% no Rio de Janeiro, 90,2% em Recife e 87,5% em Brasília

⁵ Média foi alterada uma vez que houve correção na digitação do percentual de Porto Alegre de 86,2% para 86,6% e a inserção de Brasília com seu respectivo percentual.

vezes as chances de acidentes do trabalho, relacionando-se com 15 a 30% das ocorrências e sendo responsável por 50% de absenteísmo e licenças médicas.

Além disso, o uso indevido de drogas constitui fator de elevação do número de casos de doenças graves como a AIDS e as infecções causadas pelos vírus B-HBV e C-HCV da hepatite, em decorrência do compartilhamento de seringas por usuários de drogas injetáveis. Entre 1986 e 1999, a proporção de usuários de drogas injetáveis (UDI), no total de casos de AIDS notificados ao Ministério da Saúde, cresceu de 4,1% para 21,7%. No início dos anos 90, esse percentual chegou a 25%.

Em junho de 1998, o Excelentíssimo Presidente da República, participando de Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas, Dedicada a Enfrentar Junto o Problema Mundial da Droga, aderiu aos "Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas" estabelecidos pelos Estados-membros, reforçando o compromisso político, social, sanitário e educacional, de caráter permanente, no investimento em programas de redução da demanda, para concretizar a execução das medidas descritas no Artigo 14, Parágrafo 4º, da Convenção das Nações Unidas Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988⁶. Na oportunidade, reestruturou o Sistema Nacional Antidrogas, com a finalidade de eliminar, no País, o flagelo representado pelas drogas.

O Sistema Nacional Antidrogas - SISNAD, regulamentado pelo Decreto n.º 3.696, de 21.12.2000, orienta-se pelo princípio básico da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre Governo, iniciativa privada e cidadãos - considerados individualmente ou em suas livres associações. A estratégia visa a ampliar a consciência social para a gravidade do problema representado pela droga e comprometer as instituições e os cidadãos com o desenvolvimento das atividades antidrogas no País, legitimando, assim, o Sistema.

Ao organizar e integrar as forças nacionais, públicas e privadas, o Sistema Nacional Antidrogas observa a vertente da municipalização de suas atividades, buscando sensibilizar estados e municípios brasileiros para a adesão e implantação da Política Nacional Antidrogas, em seu âmbito.

Por mais bem intencionados e elaborados que sejam os planos, programas e projetos voltados para a prevenção do uso indevido de drogas, os resultados obtidos em sua aplicação serão de pouca objetividade caso não sejam acolhidos e bem conduzidos em nível de "ponta de linha", ou seja, no ambiente onde predomina o universo de risco.

Sendo o Município a célula-máter da organização político-administrativa do Estado Brasileiro, torna-se capital o papel que o atual momento histórico lhe reserva, pois é neste que os fundamentos da Constituição Federal - de cidadania, dignidade da pessoa humana, valores sociais do trabalho e livre iniciativa - podem ser aplicados, à máxima eficácia. É nele que reside a juventude, para com a qual há de se buscar o resgate ético da dívida criada pelas gerações que a antecederam, por haverem permitido a sua vulnerabilidade às drogas.

Sem dúvida, a melhor forma de levar a mensagem antidrogas ao jovem é municipalizando as ações de prevenção contra as drogas. Isso significa levar ao município a ação de conversa face a face, de aconselhamento olho no olho, onde avulta de importância a organização de um Conselho Municipal Antidrogas.

Com a municipalização, viabiliza-se a necessária capilaridade do Sistema dentro do território

⁶ **Artigo 14:** Medidas para erradicar o cultivo ilícito de plantas das quais se extraem entorpecentes e para eliminar a demanda ilícita de entorpecentes e de substâncias psicotrópicas.

Parágrafo 4º: As Partes adotarão medidas adequadas que tenderão a suprimir ou reduzir a demanda ilícita de entorpecentes e de substâncias psicotrópicas, com vistas a diminuir o sofrimento humano e eliminar os incentivos financeiros do tráfico ilícito. Aquelas medidas poderão fundamentar-se, inter alia, em recomendações das **Nações Unidas**, tais como a **Organização Mundial da Saúde** e outras organizações internacionais competentes e, no Plano Amplo e Multidisciplinar aprovado pela **Conferência Internacional sobre o Uso Indevido e o Tráfico Ilícito de Drogas**, celebrado em 1987, na medida em que se relacione com os esforços das organizações governamentais e não-governamentais e de entidades privadas no âmbito da prevenção, tratamento e reabilitação. As partes poderão negociar Acordos ou Ajustes bilaterais ou multilaterais que tendam a eliminar ou reduzir a demanda ilícita de entorpecentes e substâncias psicotrópicas.

nacional e se potencializam as possibilidades de participação da sociedade civil organizada nas ações antidrogas desenvolvidas no País.

Nesse contexto, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), o Departamento de Polícia Federal (DPF) e outros agentes do SISNAD, elaboraram a Política Nacional Antidrogas no que tange à redução da demanda e da oferta de drogas, que devidamente consolidada pela SENAD e aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas está apresentada a seguir.

A Política observa o necessário alinhamento à Constituição Federal no respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais de um Estado de Direito e está em consonância com os compromissos internacionais firmados pelo País.

2

Pressupostos Básicos da PNAD

- 2.1. Buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.
- 2.2. Reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada.
- 2.3. Evitar a discriminação de indivíduos pelo fato de serem usuários ou dependentes de drogas.
- 2.4. Buscar a conscientização do usuário de drogas ilícitas acerca de seu papel nocivo ao alimentar as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros.
- 2.5. Reconhecer o direito de toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas de receber tratamento adequado.
- 2.6. Priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade.
- 2.7. Intensificar a cooperação internacional de forma ampla, participando de fóruns multilaterais sobre drogas, bem como ampliando as relações de colaboração bilateral.
- 2.8. Reconhecer a “lavagem de dinheiro” como a principal vulnerabilidade a ser alvo das ações repressivas, visando ao desmantelamento do crime organizado, em particular do relacionado com as drogas.
- 2.9. Reconhecer a necessidade de planejamentos que permitam a realização de ações coordenadas dos diversos órgãos envolvidos no problema, a fim de impedir a utilização do Território Nacional para trânsito do tráfico internacional de drogas.
- 2.10. Incentivar, por intermédio do Conselho Nacional Antidrogas - CONAD, o desenvolvimento de estratégias e ações integradas nos setores de educação, saúde e segurança pública, com apoio de outros órgãos, visando a planejar e executar medidas em todos os campos do problema relacionado com as drogas.
- 2.11. Orientar ações para reduzir a oferta de drogas, por intermédio de atuação coordenada e integrada dos órgãos responsáveis pela persecução criminal, dos níveis federal e estadual, permitindo o desenvolvimento de ações repressivas e processos criminais contra os responsáveis pela produção e tráfico de substâncias proscritas, de acordo com o previsto na legislação.
- 2.12. Fundamentar no princípio da “Responsabilidade Compartilhada” a coordenação de esforços entre os diversos segmentos do Governo e da Sociedade, em todos os níveis, buscando efetividade e sinergia no resultado das ações, no sentido de obter redução da oferta e do consumo de drogas, do custo social a elas relacionado e das conseqüências adversas do uso e do tráfico de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.

- 2.13. Orientar a implantação das atividades, ações e programas de redução de demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos, levando em consideração os “Determinantes de Saúde”, entendidos como: renda familiar e nível social; nível educacional; condições ocupacionais ou de emprego; meio ambiente físico; funcionamento orgânico (biológico); herança genética; habilidades sociais; práticas de saúde pessoal; desenvolvimento infantil saudável e acesso ao sistema de saúde.
- 2.14. Orientar o aperfeiçoamento da legislação para atender a implementação das ações decorrentes desta política.
- 2.15. Definir as responsabilidades institucionais dentro das estratégias e ações decorrentes desta política, tarefa essa que caberá ao CONAD.
- 2.16. Experimentar de forma pragmática e sem preconceitos novos meios de reduzir danos, com fundamento em resultados científicos comprovados.

3

Objetivos da PNAD

- 3.1. conscientizar a sociedade brasileira da ameaça representada pelo uso indevido de drogas e suas conseqüências;
- 3.2. educar, informar, capacitar e formar agentes em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz de redução da demanda, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem sucedidas;
- 3.3. sistematizar as iniciativas, ações e campanhas de prevenção do uso indevido de drogas em uma rede operativa de medidas preventivas, com a finalidade de ampliar sua abrangência e eficácia;
- 3.4. implantar e implementar rede de assistência a indivíduos com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento de dependentes e abusadores;
- 3.5. avaliar sistematicamente as diferentes iniciativas terapêuticas (fundamentadas em diversos modelos) com a finalidade de promover aquelas que obtiverem resultados favoráveis;
- 3.6. reduzir as conseqüências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para o indivíduo, para a comunidade e para a sociedade em geral;
- 3.7. coibir os crimes relacionados às drogas no sentido de aumentar a segurança do cidadão;
- 3.8. combater o tráfico de drogas e os crimes conexos, através das fronteiras terrestres, aéreas e marítimas;
- 3.9. combater a “lavagem de dinheiro”, como forma de estrangular o fluxo lucrativo desse tipo de atividade ilegal, no que diz respeito ao tráfico de drogas;
- 3.10. reunir, em órgão coordenador nacional, conhecimentos sobre drogas e as características do seu uso pela população brasileira, de forma contínua e atualizada, para fundamentar o desenvolvimento de programas e intervenções dirigidas à redução de demanda e de oferta de drogas.
- 3.11. garantir rigor metodológico às atividades de redução da demanda por meio da promoção de levantamentos e pesquisas sistemáticas;
- 3.12. garantir a inovação dos métodos e programas de redução da demanda;
- 3.13. instituir sistema de gestão para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de redução da demanda, garantido o rigor metodológico.

4

Prevenção

4.1.

Orientação Geral

- 4.1.1. A efetiva prevenção é fruto da parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira, decorrente da filosofia da “Responsabilidade Compartilhada”, apoiada pelos órgãos governamentais federais, estaduais e municipais.
- 4.1.2. A execução desta política, no campo da prevenção, deve ser descentralizada ao nível municipal com o apoio dos Conselhos Estaduais Antidrogas. Para tanto, os municípios devem ser incentivados a instituir e fortalecer o seu Conselho Municipal Antidrogas (COMAD).
- 4.1.3. Deve ser orientada para a promoção dos valores morais e éticos, da saúde individual, do bem-estar social, da integração sócio-econômica, do aperfeiçoamento do sistema familiar e da implementação de uma comunidade saudável.
- 4.1.4. As ações preventivas devem ser direcionadas para a valorização do ser humano e da vida; o incentivo à educação para a vida saudável e o desenvolvimento pleno abstraído do consumo de drogas; a disseminação das informações; e o fomento da participação da sociedade na multiplicação dessas ações preventivas.
- 4.1.5. As mensagens utilizadas em campanhas e programas educacionais e preventivos devem ser claras, fundamentadas cientificamente, confiáveis, positivas, atuais e válidas em termos culturais.

4.2. Diretrizes

- 4.2.1. Proporcionar aos pais, responsáveis, religiosos, professores e líderes comunitários capacitação sobre prevenção do uso indevido de drogas, objetivando seu consciente engajamento no apoio às atividades preventivas.
- 4.2.2. Dirigir a prevenção para os diferentes aspectos do processo do uso indevido de drogas lícitas ou ilícitas, buscando desencorajar o uso inicial, promover a interrupção do consumo dos usuários ocasionais e reduzir as perniciosas conseqüências sociais e de saúde.
- 4.2.3. Dirigir esforço especial às populações que se encontram na faixa de maior risco para o consumo de drogas e suas conseqüências, tais como crianças e adolescentes, população em situação de rua, indígenas, gestantes e pessoas infectadas pelo o vírus HIV.
- 4.2.4. Estimular a participação dos profissionais das áreas das ciências humanas e da saúde, visando a atingir todos os membros do corpo social, bem como os estreitos contatos entre instituições e entre setores dos diversos órgãos de atuação nessas áreas, de forma a garantir o desenvolvimento integrado de programas.

- 4.2.5. Criar um sistema de informações que permita a formulação e a fundamentação de ações preventivas harmônicas, baseado em arquivo (base de dados) constituído por todas as estratégias de prevenção do uso indevido de drogas, incluídas as iniciativas bem sucedidas em outros países.
- 4.2.6. Incluir rigor metodológico e processo de avaliação integral e permanente para todas as ações preventivas realizadas em território nacional, levantando estimativas de benefícios de campanhas e programas que devam constar dos projetos de prevenção, no sentido de favorecer a avaliação correta da relação custo/benefício.
- 4.2.7. Fundamentar em pesquisas e levantamentos sobre o uso de drogas e suas conseqüências os programas e campanhas de prevenção, de acordo com a população-alvo, respeitadas as características regionais e as peculiaridades dos diversos segmentos populacionais, especialmente nos aspectos de gênero e cultura.
- 4.2.8. Incluir no currículo de todos os cursos de Ensino Superior e Magistério disciplina sobre prevenção do uso indevido de drogas, visando à capacitação do corpo docente; promover a adequação do currículo escolar dos cursos do Ensino Fundamental e Médio, visando à formação da criança e do adolescente.
- 4.2.9. Privilegiar as ações de caráter preventivo e educativo na elaboração de programas de saúde para o trabalhador, considerando a prevenção do uso indevido de drogas no ambiente de trabalho como direito do empregado e obrigação do empregador.

5

Tratamento, Recuperação e Reinserção Social

5.1. Orientação Geral

- 5.1.1. Estimular a assunção da responsabilidade ética pela sociedade nacional, apoiada pelos órgãos governamentais de todos os níveis.
- 5.1.2. Identificar o tratamento, a recuperação e a reinserção social como um processo de diferentes etapas e estágios que necessitam ter continuidade de esforços permanentemente disponibilizados para os usuários que desejam recuperar-se.
- 5.1.3. Vincular as iniciativas de tratamento e recuperação a pesquisas científicas pautadas em rigor metodológico, avaliações de práticas realizadas e experiências anteriores, difundindo, multiplicando e incentivando apenas aquelas que tenham obtido melhores resultados.
- 5.1.4. Destacar, na etapa da recuperação, a reinserção social e ocupacional, em razão de sua constituição como instrumento capaz de romper o vicioso ciclo consumo/tratamento para grande parte dos envolvidos.
- 5.1.5. Reconhecer a importância da Justiça Terapêutica, canal de retorno do dependente químico para o campo da redução da demanda.

5.2. Diretrizes

- 5.2.1. Incentivar a articulação, em rede nacional de assistência, da grande gama de intervenções para tratamento e recuperação de usuários de drogas e dependentes químicos, incluídas as organizações voltadas para a reinserção social e ocupacional.
- 5.2.2. Desenvolver um sistema de informações que possa fornecer dados confiáveis para o planejamento e para avaliação dos diferentes planos de tratamento e recuperação sob a responsabilidade de órgãos públicos, privados ou organizações não-governamentais.
- 5.2.3. Definir normas mínimas que regulem o funcionamento de instituições dedicadas ao tratamento e à recuperação de dependentes, quaisquer que sejam os modelos ou formas de atuação, bem como das relacionadas à área de reinserção social e ocupacional.
- 5.2.4. Estabelecer procedimentos de avaliação para todas as intervenções terapêuticas e de recuperação, com base em parâmetros comuns, de forma a permitir a comparação de resultados entre as instituições.
- 5.2.5. Adaptar o esforço especial às características específicas dos públicos-alvo, como crianças e adolescentes, pessoas em situação de rua, gestantes e indígenas.

- 5.2.6. Priorizar os métodos de tratamento e recuperação que apresentem melhor relação custo-benefício, com prevalência para as intervenções em grupo, em detrimento das abordagens individuais.
- 5.2.7. Estimular o trabalho de Instituições Residenciais de Apoio Provisório, criadas como etapa intermediária na recuperação, dedicadas à reinserção social e ocupacional após período de intervenção terapêutica aguda, com o apoio da sociedade.
- 5.2.8. Incentivar, por meio de dispositivos legais que contemplem parcerias e convênios em todos os níveis do Estado, a atuação de instituições e organizações públicas ou privadas que possam contribuir, de maneira efetiva, na reinserção social e ocupacional.
- 5.2.9. Estabelecer um plano geral de reinserção social e ocupacional para pessoas que cometeram delitos em razão do uso indevido de drogas, por intermédio da criação de tribunais especiais, do estímulo à aplicação de penas alternativas e de programas voltados para os reclusos nas instituições penitenciárias.

6

Redução dos Danos Sociais e à Saúde

6.1 Orientação Geral

Estabelecer estratégias de Saúde Pública voltadas para minimizar as adversas conseqüências do uso indevido de drogas, visando a reduzir as situações de risco mais constantes desse uso, que representam potencial prejuízo para o indivíduo, para determinado grupo social ou para a comunidade.

6.2 Diretrizes

- 6.2.1. Reconhecer a estratégia de redução de danos sociais e à saúde, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como intervenção preventiva que deve ser incluída entre as medidas a serem desenvolvidas, sem representar prejuízo a outras modalidades e estratégias de redução da demanda.
- 6.2.2. Apoiar atividades, iniciativas e estratégias dirigidas à redução de danos.
- 6.2.3. Visar sempre à redução dos problemas de saúde associados ao uso indevido de drogas, com ênfase para as doenças infecciosas.
- 6.2.4. Definir a qualidade de vida e o bem-estar individual e comunitário como critérios de sucesso e eficácia para escolha das intervenções e ações de redução de danos.
- 6.2.5. Apoiar e promover a educação, treinamento e capacitação de profissionais que atuem em atividades relacionadas à redução de danos.

7

Repressão

7.1. Orientação Geral

- 7.1.1. Proporcionar melhoria nas condições da segurança do cidadão, buscando a redução substancial dos crimes relacionados às drogas, grandes responsáveis pelo alto índice de violência no País.
- 7.1.2. Promover contínua ação para reduzir a oferta das drogas ilegais, dentre outros meios, pela erradicação e apreensão permanente daquelas produzidas no País e pelo bloqueio do ingresso das oriundas do exterior, destinadas ao consumo interno ou ao mercado internacional.
- 7.1.3. Coordenar as ações dos setores governamentais – federal, estadual e municipal – responsáveis pelas atividades de repressão, bem como todos os que, de alguma forma, possam apoiar a ação dos mesmos e facilitar o seu trabalho.
- 7.1.4. Estimular o engajamento de organizações não-governamentais e de todos os setores organizados da sociedade no apoio a esse trabalho, de forma harmônica com as diretrizes governamentais.
- 7.1.5. Fornecer irrestrito apoio às ações do Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, da Secretaria da Receita Federal, do Departamento de Polícia Federal, da Polícia Rodoviária Federal, das Polícias Cíveis e de todos os setores governamentais com responsabilidades no assunto.

7.2. Diretrizes

- 7.2.1. Estimular a colaboração responsável de todos os cidadãos de bem com os órgãos encarregados da repressão contra as drogas.
- 7.2.2. Centralizar, no Departamento de Polícia Federal, as informações que permitam promover de melhor forma o planejamento integrado e coordenado de todas as ações repressivas dos diferentes órgãos, bem como atender as solicitações de organismos internacionais aos quais o País está vinculado.
- 7.2.3. Estimular operações repressivas, federais e estaduais, integradas e coordenadas pelo Departamento de Polícia Federal, sem relação de subordinação, com o objetivo de combater os crimes relacionados às drogas.
- 7.2.4. Incrementar a cooperação internacional, estabelecendo e reativando protocolos e ações coordenadas, particularmente com os países vizinhos.
- 7.2.5. Apoiar a realização de ações no âmbito do COAF, DPF, SRF e Banco Central para impedir que bens e recursos provenientes do tráfico de drogas sejam legitimados.
- 7.2.6. Manter, por intermédio da SENAD, o Conselho Nacional Antidrogas informado sobre os bens móveis, imóveis e financeiros apreendidos de narcotraficantes, a fim de agilizar sua alienação por via da tutela cautelar.
- 7.2.7. Priorizar as ações de combate às drogas que se destinam ao mercado interno, produzidas ou não no País.
- 7.2.8. Controlar e fiscalizar, por meio dos órgãos competentes do Ministério da Justiça e da Saúde, todo o comércio de insumos que possam ser utilizados para produzir drogas, sintéticas ou não.

- 7.2.9. Estimular a coordenação e a integração entre as secretarias estaduais responsáveis pela segurança do cidadão e o Departamento de Polícia Federal, no sentido de aperfeiçoar as doutrinas, estratégias e ações comuns de combate ao narcotráfico e aos crimes conexos.
- 7.2.10. Incentivar as ações de desenvolvimento alternativo, visando à erradicação de cultivos ilegais no País.
- 7.2.11. Capacitar as polícias especializadas na repressão às drogas, nos níveis federal e estadual, e estimular mecanismos de integração e coordenação de todos os órgãos que possam prestar apoio adequado às suas ações.

8

Estudos, Pesquisas e Avaliações

8.1. Orientação Geral

- 8.1.1. Incentivar o desenvolvimento permanente de estudos, pesquisas e avaliações que permitam incrementar o conhecimento sobre as drogas; a extensão do consumo e sua evolução; a prevenção do uso indevido; e o tratamento, recuperação e reinserção social e ocupacional dos dependentes.
- 8.1.2. Estimular estudos, análises e avaliações que permitam oferecer maior eficácia ao sistema responsável pelas ações repressivas.

8.2. Diretrizes

- 8.2.1. Promover, periódica e regularmente, levantamentos abrangentes e sistemáticos sobre o consumo de drogas lícitas e ilícitas, incentivando a realização de pesquisas dirigidas a parcelas da sociedade, em razão da posição geográfica e do nível social, além daquelas voltadas para populações específicas, devido à enorme extensão territorial do País e às características regionais e sociais.
- 8.2.2. Incentivar a realização de pesquisas básicas, epidemiológicas e sobre intervenções de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social do dependente, coordenadas e apoiadas pelo Estado, disseminando amplamente seus resultados, inclusive as informações científicas.
- 8.2.3. Incentivar o desenvolvimento e a implementação de princípios que direcionem programas preventivos, validados cientificamente, divulgando-os de forma adequada.
- 8.2.4. Implantar o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, responsável pela reunião, manutenção e análise de dados referentes ao fenômeno do consumo de drogas lícitas e ilícitas, que permitam estabelecer e gerenciar uma rede de informações epidemiológicas sobre o uso indevido de drogas, oferecendo informações oportunas e confiáveis para o desenvolvimento de programas e campanhas de redução da demanda e para o intercâmbio com instituições estrangeiras e organizações multinacionais similares.
- 8.2.5. Apoiar e estimular pesquisas e inovações tecnológicas voltadas para a prevenção, a redução do uso indevido e dependência de drogas.
- 8.2.6. Apoiar, estimular e divulgar pesquisas sobre o custo social e sanitário do uso indevido de drogas e seus impactos sobre a sociedade;
- 8.2.7. Estabelecer processo sistemático de gestão e de avaliação para acompanhar o

desenvolvimento desta Política, de forma a permitir eventuais correções.

D.O.U. nº 165-27.08.2002

Decreto nº 4345 de 26.08.2002

Conselho Nacional Antidrogas
CONAD

www.senad.gov.br
0800 614321 ligação gratuita

**ANEXO B – REALINHAMENTO DA POLÍTICA
NACIONAL ANTIDROGAS**