



**RATIO - FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA VERÔNICA DE SOUSA MOURA

**O DEPENDENTE QUÍMICO NO CONTEXTO FAMILIAR.
UMA ANÁLISE NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: CENTRO DE
RECUPERAÇÃO MÃO AMIGA E SÃO PADRE PIO**

Fortaleza

2016

MARIA VERÔNICA DE SOUSA MOURA

**O DEPENDENTE QUÍMICO NO CONTEXTO FAMILIAR.
UMA ANÁLISE NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: CENTRO DE
RECUPERAÇÃO MÃO AMIGA E SÃO PADRE PIO**

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica Ratio, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Esp. Adryana Estácio Trummer

Fortaleza

2016

MARIA VERÔNICA DE SOUSA MOURA

**O DEPENDENTE QUÍMICO NO CONTEXTO FAMILIAR.
UMA ANÁLISE NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: CENTRO DE
RECUPERAÇÃO MÃO AMIGA E SÃO PADRE PIO**

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Faculdade Teológica Ratio, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos(as) professores (as).

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Esp. Adryana Estácio Trummer
Orientador(a)

Prof. Ms. Francisco de Assis Alencar Mota

Prof. Ms. Diocleciana Paula da Silva

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter iluminado os meus caminhos.

À minha família, pelo apoio, incentivo e por ter contribuído de forma direta e indireta para a concretização deste sonho tão almejado!

Agradeço aos participantes da pesquisa que tornou este trabalho possível, dentre eles os Assistentes Sociais que doaram seu tempo, pois sem eles nada disso seria possível. Eles foram essenciais para a elaboração do estudo.

Aos ilustres docentes do percurso acadêmico, cada um essencial para a ampliação e a magnificação de meu conhecimento, pois foram primordiais para minha formação como cidadã e profissional.

Agradeço principalmente a Adryana Trummer, pelo incentivo, pelo apoio e pela dedicação na orientação do trabalho de término de curso, e agradeço aos amigos por terem me apoiado e ficado ao meu lado nas horas que eu mais precisava.

Não poderia deixar de agradecer também a Jacques, meu esposo, e aos meus filhos, João Paulo e Vera Lúcia, que dividiram as tarefas domésticas para que eu pudesse estudar. Muito obrigada por tudo, pela paciência, pela amizade e pelos ensinamentos que levarei para sempre.

RESUMO

No Brasil contemporâneo, a dependência química vem causando polêmica. Isso se deve, sobretudo, ao aumento de dependentes químicos no seio familiar e à falta de políticas públicas eficientes. Desse modo, o presente trabalho tem por objetivo compreender a atuação do Serviço Social junto aos dependentes químicos e a importância da família no tratamento dos residentes acompanhados em comunidades terapêuticas do Centro de Recuperação Mão Amiga (CREMA) e da São Padre Pio, ambas localizadas na região metropolitana de Fortaleza. Esta pesquisa é de caráter qualitativo, tendo como instrumento de dados a entrevista semiestruturada e a observação simples através de questionário composto por perguntas objetivas e gravadas mediante a autorização dos entrevistados. Os sujeitos da pesquisa foram os assistentes sociais, a fim de analisar o serviço social como trabalho nas comunidades terapêuticas, identificar o perfil dos usuários atendidos nas instituições e apontar, sob o ponto de vista do serviço social, como a família vê o residente e o acolhe. Esclareceu-se a importância da família no tratamento, destacando os valores da ressocialização ao contexto familiar e social, trazendo, então, à reflexão autores como: Minayo, Fracasso, Yamamoto, Cruz e Barreto, entre outros. Concluiu-se, por meio dessa pesquisa, a importância da família e do Assistente Social na recuperação do dependente químico.

Palavras-Chaves: Dependência Química. Família. Serviço Social.

ABSTRACT

In contemporary Brazil, drugs addiction has caused controversy. This is due mainly to the increase of drug addicts in the family context and the lack of efficient public policies. Thus, this study aims to understand the role of social work with the addicts and the importance of family in the treatment of residents followed in therapeutic communities of Recovery Center Mão Amiga (CREMA) and St. Padre Pio both located in the metropolitan region of Fortaleza. This research is qualitative, having as data tool, a semi-structured interview and a simple observation made through a questionnaire with objective questions and recorded with the permission of respondents. The research subjects were social workers, in order to analyze the social service as a work in therapeutic communities, to identify the profile of the users in institutions and point from the point of view of social service, how the family see the resident and the host. He explained the importance of the family in the treatment, highlighting the values of rehabilitation to the family and social context, then bringing to the reflection authors as Minayo, Fracasso, Yamamoto, Cruz and Barreto, among others. It was concluded by this research the importance of family and social workers in recovering addict.

Keywords: Addiction, Family and Social Services

LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
CPDrogas - Coordenadoria de Políticas Sobre Drogas
CREMA - Centro de Recuperação Mão Amiga
CT – Comunidades Terapêuticas
CTSPP - Comunidade Terapêutica São Padre Pio
EJA – Educação de Jovens e Adultos
LOS - Orgânica de Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NA - Narcóticos Anônimos
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
PACS – Programa Agente Comunitário de Saúde
PNAD – Política Nacional Antidrogas
PRH – Programa de Reestruturação Hospitalar
PSF- Programa Saúde da Família
RAS – Rede de Atenção Saúde
SENAC - Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SER's – Secretarias Executivas Regionais
SESC - Serviço Social do Comércio do Ceará
SISNAD – Sistema Nacional de políticas Públicas Sobre Drogas
SPAs - Substâncias Psicoativas
SRT – Serviço Residências Terapêuticas
SUS – Sistema Único de Saúde
UECE – Universidade Estadual do Ceará
UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. DEBATES SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	15
2.1 O Processo de Reforma Psiquiátrica	15
2.2. Surgimento do primeiro hospital psiquiátrico em Fortaleza	17
2.3. Surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS)	18
2.4. Políticas Públicas sobre drogas e a implantação da rede extra-hospitalar (1992-2000)	20
2.5. Redução dos danos e a reabilitação psicossocial	29
3. FAMÍLIA E A DEPENDÊNCIA QUÍMICA	34
3.1 Definições de droga e os tipos de drogas	34
3.2 Dependência Química: conceito e abordagens	38
3.3 A importância da família no tratamento da dependência química	42
3.4 Contextualizações das Comunidades Terapêuticas	46
4. ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	50
4.1 O Serviço Social como trabalho nas Comunidades Terapêuticas	50
4.2 Identificar o perfil dos residentes atendidos nas instituições	51
4.3. Apontar, sob o ponto de vista do Serviço Social, como a família vê o residente e o acolhe	53
4.4 A prática profissional do Serviço Social nas Comunidades Terapêuticas	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	71
ANEXOS	74

1. INTRODUÇÃO

A presente monografia visa acrescentar e enriquecer o conhecimento acadêmico na área do Serviço social e dos demais profissionais de outras áreas de estudo. Deste modo, a elaboração da presente pesquisa é de grande importância, pois tentará demonstrar ou trazer para o debate algo que se apresenta à sociedade, muito mais sobre a forma de preconceito social do que sobre os reais efeitos das drogas lícitas e ilícitas.

Tem como objetivo compreender e responder a seguinte indagação: como o Serviço Social atua auxiliando os dependentes químicos em conflitos familiares através do atendimento nas comunidades terapêuticas em Fortaleza? O interesse para o desenvolvimento desta pesquisa parte do seguinte tema: “O dependente químico no contexto familiar. Uma análise nas comunidades terapêuticas: Centro de Recuperação Mão Amiga (CREMA) e São Padre Pio”.

A escolha do presente tema se deu no decorrer das notícias dos últimos anos sobre o crescimento do uso de drogas na sociedade, que tem se tornado um problema de saúde pública, motivando uma análise detalhada e reflexões sobre o consumo desordenado da mesma, causando conflitos no contexto familiar e, devido à experiência profissional, na qual estou inserida, já que trabalho numa Unidade Básica de Saúde no Programa Saúde da Família (PSF) exercendo a função no Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS). Podem-se visualizar os dependentes químicos da maneira em que são vistos pela sociedade e pelos seus familiares que convivem com esta situação. No momento da execução das minhas funções, tenho oportunidade de presenciar diversas questões pertinentes à temática do uso de drogas.

O Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) é um programa criado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Secretária Estaduais e Municipais de Saúde e é integrado da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como diferencial o trabalho em equipe, o que possibilita potencializar os recursos e viabilizar as ações com diferentes abordagens e contextos. Sendo fundamental para promover uma assistência de qualidade frente às necessidades das famílias, com dependentes químicos. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças, conforme os princípios éticos doutrinários do

Sistema Único de Saúde (SUS) sendo eles: integralidade, universalidade e equidade. “A competência para cuidar da saúde deixa de ser hegemônica da União, iniciando grandes mudanças estruturais, particularmente no processo de descentralização” (Brasil, 1988, p. 95). Sendo assim, é de suma importância para a disseminação de informações, através das visitas domiciliares e dos grupos educativos, como diretrizes a “Intersetoridade, Transversalidade, Atenção Integral, Prevenção, e Proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2004, p. 105).

No exercício das minhas funções como Agente Comunitário de Saúde (ACS) da ESF, devo ter o compromisso com todos que estão envolvidos no programa, sejam eles crianças, adultos, idosos e principalmente os dependentes químicos, pois tenho que utilizar o referencial teórico da vigilância em saúde, despertando uma preocupação significativa dos profissionais da equipe com os problemas de saúde coletiva. A profissão do ACS é amparada pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Segundo o Art. 3º, “cabe aos ACS exercer, sob supervisão, atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2006).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados os serviços estratégicos de saúde mental e é um lugar de referência e instrumento para pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e quadros com gravidades e/ou “persistência que justifique sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo comunitário personalizado promotor de vida” (Brasil, 2004).

Ronzani (2011, p. 75) esclarece que as ações dos CAPS devem ser desenvolvidas em parceria com a Atenção Básica. O cuidado na atenção básica ocorre principalmente pelas equipes de Estratégia da Família (ESF). Essas equipes ficam nos territórios onde vivem a população, dessa maneira, podem identificar e cuidar de inúmeras famílias que, talvez, não teriam como acessar e serem atendidas pelos serviços de saúde.

Desta forma faz-se necessário as visitas domiciliares frequentes dos agentes comunitários de saúde na tentativa de identificar alguns fatores que possam influenciar na recuperação do indivíduo. Contudo, é imprescindível que esses projetos tenham um bom embasamento teórico, que os auxiliem a tomarem decisões diante às famílias.

No decorrer das visitas devemos ter compromisso com os que estão envolvidos principalmente com a saúde do trabalhador. Conforme o artigo 6º da Lei Orgânica de Saúde (LOS), define-se a saúde do trabalhador como “conjunto de atividades que se destina, por meio de vigilância epidemiológica e sanitária, a promoção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (BRASIL, 2001).

Assim, deve haver um apoio institucional entre as políticas públicas envolvidas na intervenção institucional a fim de ter a garantia da atenção integral às pessoas que faz uso abusivo de substâncias psicoativas e possa promover a melhoria na qualidade de vida e de saúde em nossa sociedade.

Segundo Pereira, as políticas públicas podem ser compreendidas como: “Linhas de ações coletiva que concretiza direitos sociais declarados e garantidos em lei. É mediante as políticas públicas que são distribuídos ou redistribuídos bens e serviços sócios, em resposta às demandas da sociedade” (PEREIRA, 1996, p.140).

Pode-se assim, garantir os direitos as políticas públicas as pessoas que fazem uso de drogas e envolvê-los em programas/projetos para que os dependentes químicos venham ter um acompanhamento voltado para as suas necessidades específicas.

A família é a base da sociedade, e por isso deve receber a proteção do Estado, conforme artigo. 226 da Constituição Federal. A pesquisa adquire grande relevância, almejando não apenas auxiliar os que estejam diretas ou indiretamente envolvidos com o serviço de saúde dos dependentes químicos, mas também subsidiar a tomada de novas decisões.

O estudo tem por objetivo geral compreender a atuação do Serviço Social junto aos dependentes químicos acompanhados nas comunidades terapêuticas: Centro de Recuperação Mão Amiga (CREMA) e São Padre Pio. Como objetivos específicos, pretendeu-se: identificar o perfil dos usuários atendidos pelas instituições, apontar, sob o ponto de vista do profissional do Serviço Social como a família vê o usuário e o acolhe e ressaltar a importância do Serviço Social na participação da família durante o tratamento na comunidade terapêutica.

A pesquisa é de abordagem qualitativa visando compreender e interpretar a percepção dos sujeitos envolvidos, podendo visualizar o modo como o trabalho foi realizado e que decisões e métodos foram necessários para o resultado final.

Richardson et al (1999) define a pesquisa qualitativa “como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamento” (p.90).

Foram realizadas pesquisas bibliográficas através de artigos, monografias, livros, sites de pesquisas, onde se pode ter profundo conhecimento sobre o tema abordado a qual é a dependência química no âmbito familiar. E em seguida foi realizada pesquisa de campo que objetivou um contato com a realidade na qual se deu através da pesquisa de campo do tipo exploratória.

A pesquisa de campo foi realizada em duas Comunidades Terapêuticas. A primeira a ser visitada foi o Centro de Recuperação Mão Amiga (CREMA) CNPJ: 10.895.455/0001-76, Endereço: Rua Jaguaribe, 913, Pau Serrado, Maracanaú. Fone: (85) 33832652 e (85) 987087228. A instituição tem como objetivo geral propiciar um atendimento psicossocial a jovens e demais cidadãos em situação de vulnerabilidade pessoal e social, em função do uso abusivo ou dependência de Substâncias Psicoativas (SPAs) e apresenta uma capacidade de internamento contendo 35 leitos para residentes do sexo masculino acordado com a Vigilância Sanitária que devem ter entre 18 (dezoito) e 60 (sessenta) anos de idade.

A segunda foi a Comunidade Terapêutica São Padre Pio (CTSPP), que fica localizada na Rua Nossa Senhora de Nazaré nº 1.000 – Coité – CEP: 60.740-000, Eusébio – Ceará. A instituição acolhe jovens com a idade de 16 a 21 anos, egressos das medidas socioeducativas, ou seja, adolescentes em conflito com a lei e/ou que estejam em situação de risco social devido ao uso abusivo das referidas substâncias.

Comunidades terapêuticas são organização não governamentais, que atende em ambiente não hospitalar, pessoas dependentes químicos, com orientação técnica e profissionais qualificados, tendo como principal instrumento terapêuticos a convivência entre os residentes. De acordo com a Resolução nº 101, de 30 de maio de 2001, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o conceito de Comunidade Terapêutica é:

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. Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como Comunidades Terapêuticas.

Sendo que as residências terapêuticas a grande maioria estão ligadas com a religião sejam elas católicas, espíritas ou evangélicas, pois as mesmas trabalham com o lado espiritual dos residentes. Conforme Costa (2009, p.55):

A grande maioria das comunidades terapêuticas, no Brasil, está vinculada a confissões religiosas (católicas e protestantes) que surgiram em função de dois motivos: 1) Vácuo deixado pelas políticas públicas nessa área (tratados como “caso de polícia”, o toxicodependente e/ou sua família tinham como única opção a internação em manicômios, sendo considerado como uma pessoa com transtornos psiquiátricos). 2) As diferentes confissões religiosas que ocuparam esse vácuo (motivadas pela perspectiva de “evangelização” e também pela necessidade de fornecerem respostas aos pedidos de ajuda por tratamento que chegavam às suas portas).

Desse modo, pode-se destacar que as Comunidades Terapêuticas (CT's) não são clínicas hospitalares e não faz uso de medicamentos com a exceção do que foi prescrito pelo médico do residente. É realizado atendimento psicossocial, portanto o tratamento se baseia principalmente em partilhar sua inabilidade em viver sem as drogas, usando de métodos terapêuticos, como: reuniões de autoajuda, sentimento, confronto, de estudo dos 12 passos, atendimentos psicológicos, sociais e espirituais.

Conforme Barreto (2008, p.41) a Comunidade Terapêutica tem os seguintes objetivos:

Reforçar as dinâmicas interna (ou funcionamento interno) de cada indivíduo, para que este possa descobrir seus valores, suas potencialidades e tornar-se mais independentes.

Reforçar autoestima individual e coletiva.

Redescobrir e reforçar a confiança em cada indivíduo, diante de sua capacidade de evoluir e de se desenvolver como pessoa.

Valorizar o papel da família e da rede de relações que ela estabelece com o seu meio.

Promover, em cada pessoa, família e grupo social, um sentimento de união e de identificação com seus valores culturais.

Favorecer o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de desintegração dos indivíduos e das famílias, pela restauração e fortalecimento dos laços sociais.

Promover e valorizar as instituições e práticas culturais tradicionais que são detentoras do saber fazer e guardiãs da identidade cultural.

Tornar possível a comunicação entre as diferentes formas do saber popular e do saber científico.

Estimar a participação social, com requisito fundamental para dinamizar as relações sociais, promovendo a conscientização estimulando o grupo, por meio do diálogo e da reflexão, a tomar iniciativas e ser agente de sua própria transformação.

Os sujeitos da pesquisa foram os assistentes sociais, a fim de analisar o serviço social como trabalho nas comunidades terapêuticas, identificar o perfil dos usuários atendidos nas instituições e apontar sob o ponto de vista do serviço social, como a família vê o residente e o acolhe.

Foi realizada uma entrevista semiestruturada e a observação simples por meio de um questionário composto por perguntas objetivas e gravadas mediante a autorização dos entrevistados, autorizadas pelo termo de consentimento livre e esclarecido, foi realizado dentro de um tempo máximo de uma hora com cada participante em encontros diferentes. Após a conclusão da entrevista foram todas transcritas e possibilitou o processamento dos dados. Segundo Minayo (1995) entrevista é:

Busca informes contidos nas falas dos atores sociais. Não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeito objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada (p.52).

A pesquisa teve duração de seis meses, deu-se início com o levantamento bibliográfico que ocorreu em fevereiro, com os seguintes autores como referência: Minayo, Fracasso, Yamamoto, Cruz e Barreto entre outros. A pesquisa de campo foi realizada no mês de abril do decorrente ano com a organização e análise dos dados, tendo o seu desenvolvimento em maio e sendo concluído no mês de junho.

Neste ponto é de extrema importância realizar a apresentação dos capítulos e como se deu a exposição do trabalho, que ocorreu de forma didática e com técnicas que possibilitam a compreensão do tema abordado.

No segundo capítulo, foi ressaltado o seguinte tema: Debate sobre as Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil. Iniciou-se o capítulo com a abordagem do processo de reforma psiquiátrica, um pouco da história do surgimento do primeiro hospital psiquiátrico em Fortaleza, o início do Sistema Único de Saúde (SUS), abordagens nas Políticas Públicas sobre drogas, implantação da rede extra-

hospitalar (1992-2000) e termino do capítulo com a discussão sobre a Redução dos Danos e a Reabilitação Psicossocial.

O terceiro capítulo iniciou-se com o seguinte tema: A família e a dependência química, deu-se início com a definição de drogas, destacou-se a dependência química citando-se o conceito e abordagens, importância da família no tratamento da dependência química finalizando este capítulo com a contextualização das comunidades terapêuticas.

No quarto e último capítulo fez-se a análise da atuação do assistente social em comunidades terapêuticas: E esta análise, foi concluída através das entrevistas realizadas nas instituições. Abordando os seguintes temas: O Serviço Social como trabalho nas comunidades terapêuticas, buscando identificar o perfil dos residentes atendidos nas instituições, apontar sob o ponto de vista dos profissionais do serviço social, como a família vê o residente e o acolhe, concluindo o capítulo com abordagem sobre a prática do profissional do Serviço Social nas Comunidades Terapêuticas.

2. DEBATES SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

2.1 O Processo de Reforma Psiquiátrica

Segundo Desviat (1999, p.76), na década de 80 houve vários movimentos sociais, como as Diretas Já e o movimento de Reforma Sanitária, o que trouxe à tona questões como a exclusão do acesso à saúde, a ineficácia do modelo assistencial vigente e o início de uma reestruturação dos modelos democráticos e assistenciais no país com base nos princípios de universalidade, de acesso e de integralidade na atenção saúde e social.

Desse modo, o início do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo à eclosão do “movimento sanitário”, iniciado no período da ditadura, anos 70, o mesmo se prolonga pela década seguinte em busca de democracia na política nacional de saúde, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gerencia e produção de tecnologias de cuidado. De acordo com Lobato.

Atenção à saúde efetiva dependia de um sistema de saúde democrático, viável somente em um regime democrático. O movimento tem, assim, como princípio o reconhecimento da saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado através de um sistema de saúde universal e equânime (LOBATO, 2000, p.17).

A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica brasileira foram norteadas por mudanças internacionais que visavam à qualidade de vida da população e à superação da violência asilar, com a Conferência Internacional de Alma Ata na União Soviética e a Carta de Ottawa no Canadá, as quais preconizavam ações em saúde coletiva e vislumbravam a não adesão ao modelo hospitalocêntrico. Fundada ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência hospitalocêntrico¹, ou seja, centrado no hospital psiquiátrico objetivou a luta antimanicomial, têm-se também os esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Desse modo, o processo da reforma psiquiátrica brasileira é um ato social maior do que a sanção de novas leis e normas.

¹O modelo hospitalocêntrico se baseia no tratamento curativo das doenças, exigindo altos gastos por parte do governo principalmente devido do uso irracional dos recursos tecnológicos disponíveis. (Ministério da Saúde, 1997).

Segundo o autor Andrade (2007, p.203), na Conferência Internacional de Saúde em Alma ATA em 1978:

Foi discutida a necessidade de redefinir a Atenção Primária em Saúde para que essa se contrapusesse a hegemonia do modelo biologicista que embora tenha provocado avanço da medicina não impactou sobre indicadores de saúde cujas causas eram consideradas dependentes de baixo aporte tecnológico. No mundo a discussão sobre atenção primária à saúde ganhou destaque a partir dessa Conferência. Os países participantes discutiram sobre os cuidados primários de saúde, e passaram a reconhecer a saúde como um direito fundamental do cidadão, requerendo um envolvimento de outros setores além do setor saúde.

Segundo Brasil (2004), o movimento de luta antimanicomial foi composto predominante por trabalhadores da rede de saúde mental e dos próprios doentes contrapunha-se a hegemonia hospitalocêntrica no tratamento dos pacientes psíquicos.

A Reforma Psiquiátrica foi um evento multifatorial que envolveu as esferas políticas e sociais, composta de diversos segmentos, como os autores sociais e as instituições nas diferentes regiões do país que envolve os Governos Federal, Estadual e Municipal. Desse modo, ela é assimilada, como um conjunto de mudanças sociais, práticas, saberes, valores culturais e no cotidiano da vida das instituições de serviços além das relações entre as pessoas, sendo ela marcada por desafios, conflitos e tensões.

Para Toro e Werneck (2004, p.14)

O que dá estabilidade a um processo de mobilização social é saber que o que eu faço e decido, em meu campo de atuação cotidiano está sendo feito e decidido por outros, em seus próprios campos de atuação com os mesmos propósitos e sentidos.

Segundo Amarante (1998, p.89), o marco desse movimento foi o Congresso de Trabalhadores de Serviços de Saúde Mental sediado na cidade de Bauru, São Paulo, no ano de 1987. O que mostra a contribuição dos profissionais de saúde no desenvolvimento do processo de Reforma psiquiátrica. A luta por direitos sociais na década de 70 e 80 ocorreu concomitantemente à busca por melhorias na assistência aos pacientes psiquiátricos no Brasil.

Segundo Saito (2008, p.43), os integrantes da luta manicomial participam de iniciativas políticas para a elaboração de projetos legislativos, executivos e governamentais para a construção de políticas públicas de saúde mental.

De acordo com Alves (2010, p.52) o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sua gênese na Constituição Federal de 1988 e é regulamentado pelas leis 8080/90 e 8142/90, as quais incluem a participação comunitária em suas diretrizes. Desse modo, a Lei Orgânica da Saúde (8080/90), aborda aspectos, como a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, além dos princípios éticos doutrinários, por exemplo, a universalidade, a equidade e a integralidade e as diretrizes organizativas, como a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social.

Desse modo, configurando-se em um movimento de pluralidade profissional, social e político além de pessoas com vasto histórico de internações psiquiátricas com vastos campos de luta que a partir de denúncias sobre a violência manicomial e da comercialização da assistência aos pacientes manicomiais em instituições privadas. Assim, ocorreram críticas ao modelo biomédico vigente e a assistência aos pacientes portadores de distúrbios e patologias psiquiátricas.

Segundo Goulart (2014, p.29) os Hospitais Psiquiátricos seriam, na perspectiva de seus críticos, dispositivos institucionais dos quais os técnicos, os funcionários e os usuários deveriam se conscientizar através dos espaços coletivizados de discussão. Nesse aspecto, eles serviam de “armazenamento humano” das pessoas que não se enquadravam nos padrões sociais e culturais da época, o que ocasionava a institucionalização e o abandono de pacientes por parte de familiares.

Por motivo de abandono por parte da família e da omissão de alguns profissionais da época, os usuários eram tratados como objetos excluídos da sociedade. Esses hospitais serviam unicamente de depósitos para trancafiarem seus internos. Não eram vistos como indivíduos que pudessem interagir na sociedade.

2.2 Surgimento do primeiro hospital psiquiátrico em Fortaleza

Nesse contexto, em Fortaleza o primeiro Hospital Psiquiátrico² foi construindo no ano de 1886, o Hospital São Vicente de Paula conhecido como Asilo de Parangaba. Este era um tenebroso hospício de construção secular com paredes de quase meio metro de largura, o qual deprimia a quem ali entrasse. Os gritos

²<http://www.fortalezanobre.com.br/2010/07/hospital-sao-vicente-evolucao-da.html>

alucinantes, risadas histéricas, choros copiosos e palavrórios agitados dos pacientes externavam terror aos visitantes e familiares.

Outro aspecto é a estrutura física composta por uma ala de celas gradeadas, pisos imundos de tijolos, sendo que estes eram feitos de barro, além das penumbras e do extenso corredor que completavam o máximo da degradação social. Está é impossível de imaginar por quem não a conheceu, pois naqueles vãos, encontravam-se verdadeiros farrapos humanos, alguns com pulsos e tornozelos atados por cintas de couro, inertes ou agitados, deitavam-se no piso, depois do tratamento com choques elétricos entre outras torturas. Eram o espaço dos classificados como loucos bravos e excluídos da sociedade.

Na lateral dessa área, isolado, via-se um pátio de verdes mangueiras, cajueiros e palmeiras imperiais. Local sombreado, ventilado, com calçadas e bancos de cimentos. Seria ambiente agradabilíssimo, não fosse o sofrimento das pessoas ali confinadas. Estas vagando confusas, sem objetivo. Outras paradas em pé, sentadas nos bancos ou no chão, falando, gritando, chorando, rindo ou emudecidas. Algumas mais, com olhar de espanto ou de tristeza, em busca do nada no infinito. Ou, quem sabe, talvez da razão de suas desgraçadas vidas, perdidas na própria mente ou nas daqueles buscadores de suas curas ou alívios.

Sofreguidão menor havia para aqueles, chamados loucos mansos, livres de impulsos energéticos. Semelhantes a autômatos ou zumbis, chegavam a ser levados, por um enfermeiro, para assistir missa na Capela do Asilo igrejinha existente na esquina das avenidas João Pessoa e Carneiro de Mendonça, defronte na esquina ao antigo Bar Avião. Ao trafegar por ali, as tristes imagens assistidas durante as ações sociais encetadas, nos anos sessenta, pelo humanitário coronel João Olímpio Filho e um grupo de voluntários.

2.3 Surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS)

Podemos considerar que o marco histórico do movimento da reforma sanitária foi a VII Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1986. Nesse encontro, milhares de pessoas entre técnicos, administradores e a população defendiam a criação de um sistema de saúde mais justo e igualitário. Resultado desta Conferência, em 1988 a Constituição Federal do Brasil dedica um capítulo à saúde e promulga a criação do Sistema único de Saúde (SUS) do Brasil,

reconhecendo os princípios defendidos na reforma sanitária como sendo a base e estrutura desse sistema (universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção à saúde) (BRASIL, 1988).

O II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) teve como tema “Por uma sociedade sem manicômios” fato esse também explanado na Declaração de Caracas em 1990 que propõem diretrizes em saúde mental nas Américas. Podendo assim ressaltar que com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), abrem-se as portas para as políticas públicas podendo destacar, dentre essas, o Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica (PRH), os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS). CONFORME O MINISTÉRIO DA SAÚDE, (2001, p.119)

A Política Nacional de Saúde Mental incentiva a criação dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Psiquiatria em Hospital Gerais (UPHG), ações da saúde mental na Atenção Básica, implementando uma política de atenção integral a usuários de álcool e drogas, implanta o programa de Volta Para Casa, garante um programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica, promove direitos dos usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garante o tratamento digno e de qualidade e ao doente mental infrator e avalia continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares. (PNASH/ Psiquiatria (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.119).

Desse modo, com a reforma psiquiátrica vem desemaranhando tabus sociais ao longo de sua trajetória dentro dos hospitais, na sociedade, no contexto familiar pessoas com transtornos mentais seja ela por uso abusivo e à dependência das drogas licita ou ilícitas, que passaram a não ser vistos como alienados, pessoas incapazes viver na sociedade e que eram tratados de forma desumana, passaram a serem cuidados como doentes. De acordo com (AMARANTE, 2006, p.122).

Políticas Nacionais de Saúde Mental vêm sendo implementadas de forma gradual e contínua. O modelo de atenção tem se constituído objeto de estudo e pesquisa, resultando em um efetivo movimento de reconstrução do sistema de saúde mental. O hospital psiquiátrico já não é mais o centro de atenção da assistência, e também os centros de internação de doentes mentais já não são vistos como centros de eficiência para o cuidado dessas pessoas em graves sofrimentos psíquicos. Avançou-se na conclusão de que o local ideal para tratamento de pessoas que sofrem de angústias é o bairro, as famílias e as comunidades e, logicamente, as unidades de saúde onde essas pessoas vivem (AMARANTE, 2006, p.122).

2.4 Políticas Públicas sobre drogas e a implantação da rede extra-hospitalar (1992-2000)

A Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) do Gabinete de Segurança da Presidência da República, consciente do agravamento do tráfico de drogas, fez-se a necessidade de aprovar o Projeto Lei (LP) nº115/02, torna-se a Lei nº 11.343. /06, a qual substituiu a Lei nº 6.368/76 e 10.409/02, sobre drogas, até então vigentes no país. A nova lei coloca o Brasil em destaque no cenário internacional nos aspectos relativos à prevenção, atenção, reinserção social do usuário e dependente de drogas, bem como ao endurecimento das penas pelo tráfico dessas substâncias. Conforme (DUARTE; BRANCO, 2008, p.123).

A partir de uma análise histórica, com aumento do consumo das drogas no Brasil o Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, em Brasília, pelo regulamento do Decreto nº. 5.912, de 27 de setembro de 2006, (SISNAD, 2006), instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), prescrevendo medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, e estabelecendo, ainda, normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, definindo seus crimes.

Conforme está determinado no Art. 3º:

O Sisnad tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com:
I - A prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
II - A repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.
(BRASIL, 2006, p.29).

Em 23 de julho de 2008, foi instituída a Lei 11.754, através da qual a Secretaria Nacional Antidrogas passou a se chamar Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e a nova lei 11.754/08 também alterou o nome do Conselho Nacional Antidrogas para Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). Segundo (DUARTE; BRANCO, 2008, p.24).

Conclui-se que os dependentes químicos poderão ser inseridos dentro do contexto social, pois segundo o (SESNAD) o mesmo objetivo:

- I). Contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados;
- II). Promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;
- III). Promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
- IV). Reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas;
- V). Promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios. (BRASIL, 2006, p. 11).

O Decreto Lei nº 6.117, de 22 de maio de 2007, aprovou a Política Nacional sobre o Álcool, apresenta as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências, o Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, em Brasília, no dia 22 de maio de 2007, decreta:

Art. 1º Fica aprovada a Política Nacional sobre o Álcool, consolidada a partir das conclusões do Grupo Técnico Interministerial instituído pelo Decreto de 28 de maio de 2003, que formulou propostas para a política do Governo Federal em relação à atenção a usuários de álcool, e das medidas aprovadas no âmbito do Conselho Nacional Antidrogas, na forma do Anexo I.

Art. 2º A implementação da Política Nacional sobre o Álcool terá início com a implantação das medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade a que se refere o Anexo II.

Art. 3º Os órgãos e entidades da administração pública federal deverão considerar em seus planejamentos as ações de governo para reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira.

Art. 4º A Secretaria Nacional Antidrogas articulará e coordenará a implementação da Política Nacional sobre o Álcool.

Diante disso, o citado Presidente da República apontou, no ano de 2003, em Mensagem ao Congresso Nacional, a necessidade de construção de uma nova Agenda Nacional para a redução da demanda de drogas no país. Por meio de Decreto Presidencial nº. 4.345 de 26 de agosto de 2013 foram instituídas a Política Nacional Antidrogas (PNAD), contemplando três pontos principais:

- I. Integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações;
- II. Descentralização das ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município;
- III. Estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica (SILVA, 2003, p.219).

O Brasil com a reforma da assistência à saúde mental passou a conta com a participação das profissionais envolvendo gestores de todas as esferas sejam

elas federal, estaduais e municipais, além dos pacientes e seus familiares com apoio das lideranças comunitárias e passaram a trabalhar com articulações de redes e passando assim ter um cuidado integral, ou o mais próximo possível das diversas situações com quadros graves de dependência química até mesmo pessoas com transtorno mental controlado, passaram a compreender às diferentes necessidades das diferentes pessoas. “À solução familiar (ao menos parcial) visando reduzir sua dependência dos serviços coletivos e aumentar a autonomia e iniciativa pessoal/familiar”. (RIBEIRO,2004, p.14).

Pessoas que tinham problemas como drogas eram direcionados aos hospitais psiquiátricos e eram mantidos juntos com os que tinha transtorno mentais severo e persistente, dificultando a reinserção social dos dependentes químicos no convívio da sociedade.

Segundo a Secretaria Nacional de Política sobre drogas (2008, p.30).

Os hospitais psiquiátricos muitas vezes são construídos de forma a conter e manter pessoas em espaços restritos, enquanto pessoas que têm problemas com drogas podem e devem circular e desenvolver atividades terapêuticas. A internação no hospital psiquiátrico reforça o estigma e o preconceito contra pessoas que têm problemas com álcool e outras drogas, contribuindo para o desrespeito aos direitos de cidadania e dificultando a reinserção dos dependentes de álcool e outras drogas em sua família, em seu trabalho, em seu grupo social.

Em 22 de maio de 2007, conforme o Decreto-Lei nº 6.117, o Governo Federal aprovou a Políticas Nacional sobre drogas amplia e fortalecem as Redes de Atenção à Saúde Mental.

Ampliar e fortalecer as redes locais de atenção integral às pessoas que apresentam problemas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
Estimular que a rede local de cuidados tenha inserção e atuação comunitárias, seja multicêntrica, comunicável e acessível aos usuários, devendo contemplar, em seu planejamento e funcionamento, as lógicas de território e de redução de danos. (BRASIL,2011, p.81).

A Rede de Atenção à Saúde Mental são Hospitais Gerais, UBS, CAPS, CAPSad, CT, entre outros, tem por objetivo aumentar o acesso e o acolhimento, considerando que os locais de ações de saúde. Conforme o Ministério da Saúde 2004, os objetivos das redes.

Tanto os diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool e outras drogas, como os equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também das de educação, de trabalho, de promoção social. Isto é mesário para que a promoção,

prevenção. O tratamento e a reabilitação sejam contínuos e se dê em de forma associada (BRASIL, 2004, p.65).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguiram aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da reforma psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências iniciais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil em março de 1986, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) foram criados oficialmente a partir da portaria GN 224/92. Sendo substituído psiquiátrico tradicional e são regulamentados pela portaria Nº 336/GM e Hospitais-dia, as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos são interligadas a rede do SUS.

Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para o CAPS e NAPS.

O CAPS ad é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), responsável por um determinado território³ em parceria com demais serviços de saúde, em especial com a Atenção Básica, com a urgência e emergência, acolhe pessoas encaminhadas por outros serviços e a demanda espontânea dispõe de equipe multiprofissional. É um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas. Conforme Pitta (2001, p.54) “distinguir território de área geográfica

³Para Mendes *et al.* (1999), o território é considerado território solo, espaço geográfico e, no conceito de distritos sanitários, espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais postos na arena política. Para o Ministério da Saúde (2000), o território é considerado um conjunto de áreas contíguas que podem corresponder à delimitação de um Distrito Sanitário, de uma Zona do IBGE ou em outro nível de agregação importante para o planejamento e avaliação, em saúde, no município.

talvez seja o primeiro e um importante passo para que governos, equipes, profissionais possam tomar para si a responsabilidade de tratar”.

No Brasil, nas últimas décadas, uma grade reforma da assistência à saúde mental foi colocada em marcha, com a participação de profissionais de saúde e de gestores públicos dos setores federais, estaduais e municipais, pacientes e membros das comunidades. Isso foi necessário porque, até então, pessoas com problemas psíquicos (transtornos mentais) praticamente eram atendidas em serviços públicos apenas quando internadas em hospitais psiquiátricos. Da mesma forma, pessoas que tinham problemas com álcool ou outras drogas só tinham como opção a internação psiquiátrica.

Por estes motivos, a reforma psiquiátrica brasileira tem substituído os grandes hospitais psiquiátricos por uma rede de assistência à saúde mental, que procura dar maior espaço e importância aos serviços extra-hospitalares.

Dessa forma, essas instituições mencionadas acima que privavam os indivíduos do exercício da vida em comunidade com a lei 10.216/01 passaram lentamente a ser substituídas, pelas unidades de atendimento chamadas Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS ad) criados a partir da Portaria GM/336 de 19 de fevereiro de 2002 (MS, 2002) e pelos hospitais mentais e especializados criados pela Portaria SAS/189 de 20 de março de 2002 (MS, 2002) que regulamenta a Portaria GM/336 e cria no âmbito do SUS serviços de atenção psicossocial para pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. CAPS ad são serviços voltados para público com problemas pelo uso desordenado de álcool ou outras drogas, geralmente disponíveis em cidades de médio porte e que funcionam durante vinte quatro horas.

O CAPS tem como objetivos. Segundo Ministério da Saúde (MS):

- Presta atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidados clínicos, eficientes e personalizados,
- Promover a inserção social dos usuários por meio de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas;
- Organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF, PACS;
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- Coordenar, junto com gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuam no seu território;

Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental. (BRASIL, 2004)

Tendo como missão de dar um atendimento às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes por decorrer do uso drogas ilícitas e lícitas, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Os CAPS ad têm como objetivo reunir as redes de saúde, social, cultural e a comunidade. A base de sua assistência está na atenção comunitária, com ênfase na reintegração social dos usuários, a abstinência não é mais tratada como a única meta possível, o evita a exclusão de muitos usuários e toma possível a ampliação do contato com a sociedade.

A Área Técnica de Saúde Mental/Álcool e Drogas do Ministério da Saúde (MS) elaborou a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, que foi publicada em março de 2003. Anterior a essa política, o MS publicou algumas portarias com a finalidade de normatizar a atenção a usuários de álcool e outras drogas. Uma delas é a Portaria GM/816 de 30 de abril de 2002, responsável pela instituição do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, no Sistema Único de Saúde (SUS). Este Programa propôs a criação de 250 Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS ad).

As famílias devem estar inseridas nas políticas públicas nacionais, podem receber um suporte melhor junto com o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), uma vez que este órgão é especializado em atender os dependentes de álcool e drogas, dentro das diretrizes determinadas pelo Ministério da Saúde, que tem por base o tratamento do paciente em liberdade, buscando sua reinserção social.

O mesmo oferece atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita, ainda, intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação

domiciliar, inserção comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos (BRASIL, 2004, p.6).

O CAPS ad possui uma equipe multiprofissional de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psiquiatras, psicólogos, médico clínico geral, assistente social, terapeuta ocupacional, farmacêutico, enfermeiro, além de técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Todos estes profissionais trabalham em parceria e com articulação das redes para que venha dar um melhor suporte para os dependentes e seus familiares.

Os CAPS ad devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita, ainda, intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, inserção comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos (BRASIL, 2004, p.8).

O ano de 1994, promovido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o “Ano Internacional da Família”, reflete as intencionalidades vigentes; e no Brasil, nesse mesmo ano, nasce o Programa de Saúde da Família (PSF)⁴ emerge como um marco brasileiro de oficialização da família como foco cuidado profissional de saúde na atenção básica.

O PSF surge com a missão de superar o modo como são organizadas em uma determinada sociedade as ações de atenção à saúde, envolvendo aspectos assistenciais e tecnológicos, ou seja supera o modelo assistência vigente, caracterizado pelo racionalidade técnica-instrumental das práticas, num cenário médico-hegemônico, de escassos recursos financeiros e articulação entre os recursos físicos, humanos e tecnológicos disponíveis, utilizados para o enfrentamento das dificuldades relacionadas à saúde de uma coletividade. “ Promover a família como o núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, em um enfoque comunitário”. (BRASIL, 1994, p.4)

⁴O Programa de Saúde da Família preconiza com diretrizes o estabelecimento de veículos, corresponsabilidade com saúde entre conformidade com os princípios do estímulo do exercício de controle social em conformidade com os princípios do SUS, buscando compreender o processo saúde doença na sua dinamicidade (LUNARDELO, 2004).

Nesse contexto, o Programa Saúde da Família (PSF) é a porta de entrada para os outros programas passando a ser a principal entrada para articulação das outras redes interligando serviço/sistema e usuário/necessidades a partir do trabalho de uma equipe interdisciplinar no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

De acordo (CORBO et al, 2007).

A ESF destaca-se como estratégia de organização dos serviços na APS, fortalecendo a rede de saúde e colaborando para a reorientação do modelo assistencial. Tem como um de seus objetivos acompanhar, através de ações de cura, reabilitação, prevenção e promoção da saúde, a população adstrita à sua área de abrangência. O fundamental no trabalho da ESF é o estabelecimento de vínculos e o desenvolvimento do trabalho a partir da associação das características sociais, culturais, econômicas e epidemiológicas do território às demandas e necessidades em saúde da população (CORBO et al, 2007).

A Estratégia Saúde da Família e Programa Agente Comunitário de Saúde, desenvolvido desde 1987 no Estado do Ceará o qual fortalece a rede de saúde e contribuindo para a reorientação do modelo de assistência. E os principais objetivos são acompanhar através de ações voltadas para a recuperação, prevenção e promoção da saúde. Estabelecendo vínculos com a comunidade e fortalecendo redes que priorizam os problemas a serem enfrentados pela sociedade através de políticas de saúde capazes de garantir que os princípios doutrinários universalidade, integridade de assistência e equidade. Segundo o Ministério da Saúde:

Estes princípios tratam da indissociabilidade entre os modelos de gestão e da atenção; transversalidade como ampliação do grau de comunicação existente entre os diferentes programas e políticas, saberes profissionais e instâncias do SUS (Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais) e dos serviços da rede (Atenção Básica e Secundária e Terciária); autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos na produção de saúde, a corresponsabilização, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008, p.12).

Destaca-se as Comunidades Terapêuticas (CT) que trabalham com os dependentes químicos e suas famílias em caráter transitório da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Funciona no período integral, 24(vinte e quatro) horas, nos 7 (sete) dias da semana. Conforme Ministério da saúde.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

Conforme a RESOLUÇÃO CONAD Nº 01/2015 regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, são caracterizadas como Comunidades Terapêuticas.

Considerando o disposto na Lei nº 10.216/01, no Decreto nº 7.179/10 e na Portaria MS nº3.088/11; que as entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa não são estabelecimentos de saúde, mas de interesse e apoio das políticas públicas de cuidados, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção social;

Art. 2º As entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, são pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, que apresentam as seguintes características:

I – Adesão e permanência voluntárias, formalizadas por escrito, entendidas como uma etapa transitória para a reinserção sócio-familiar e econômica do acolhido;

II – Ambiente residencial, de caráter transitório, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares;

III – Programa de acolhimento;

IV - Oferta de atividades previstas no programa de acolhimento da entidade, conforme previsão contida no art. 12 desta Resolução;

V – Promoção do desenvolvimento pessoal, focado no acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa.

O projeto terapêutico é mais uma rede para reduzir o sofrimento do dependente químico e seus familiares, trabalhando dentro da singularidade de cada sujeito possibilitando uma autonomia do usuário a busca de ajudá-lo, é baseada em processos mais simples e eficientes a fim de atingir perspectivas mais realistas, para que haja a reinserção psicossocial o mesmo, retome sua vida com seus familiares e tenha um retorno para sociedade.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 34 – Saúde Mental.

Um projeto terapêutico é um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral as pessoas. Neste projeto, tratar das doenças não é menos importante, mas é apenas uma das ações que visam ao cuidado integral.

Conforme Sabino e Cazenave (2005, pp.167-174),

O objetivo dessas instituições é o de promover uma transformação da personalidade do indivíduo, um amadurecimento pessoal e favorecer sua

reinserção à sociedade. Para isso, criam-se novos valores como espiritualidade, responsabilidade, solidariedade, honestidade e amor.

No Centro Integrado de Referências sobre Drogas (CPDROGAS), o atendimento é realizado por meio da Coordenadora de Políticas sobre Drogas, Juliana Sena, que tem formação em políticas sobre drogas, enfermagem, especialista em saúde mental, mestre em Saúde Pública e doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atualmente é Assessora do Núcleo de Atenção à Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado.

A avaliação é feita a partir das substâncias utilizadas e do tempo de consumo, para em seguida encaminharmos ao atendimento especializado, é construindo ações intersetoriais e articulando redes de prevenção, cuidado e reinserção social para a promoção da atenção integral a usuários, familiares e rede social implicada. (TRIBUNA DO CEARÁ, 2014, p.12).

2.5 Redução dos danos e a reabilitação psicossocial

A promoção de estratégias e ações voltadas para a redução dos danos tem toda direção para a saúde pública e direitos humanos, deve ser realizada uma análise entre setores na tentativa de mensurar o impacto dos riscos específicos, visando à redução riscos causados pelo uso pertinente de álcool e outras drogas que vem causando danos para a pessoa que faz uso, a família e a sociedade.

De acordo com o caderno de Atenção Básica nº 34 A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012 p.57)

Inclui entre o conjunto de ações que caracteriza uma atenção integral à saúde a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. A inclusão da redução de danos como uma das ações de saúde desta política pressupõe sua utilização como abordagem possível para lidar com diversos agravos e condições de saúde.

Portanto, para reduzir os danos no âmbito familiar buscam ajudar no Centro Integrado de Referências sobre Drogas (CPDROGAS), que é um órgão da Prefeitura de Fortaleza que tem como objetivo atender os usuários de drogas e familiares, com equipe formada por psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro e assistente social.

Em julho de 2013, o CPDROGAS realizou um levantamento interno com os usuários atendidos presencialmente, com apoio Secretarias Executivos

Regionais, também conhecidos como “SER’s” são termos que se referem a subprefeituras localizadas na cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará. São 7 SER’s dentro da capital cearense (Regionais I, II, III, IV, V, VI e Centro), cada uma subdivida em várias AP’s (Áreas Particulares), onde trabalham superintendentes, líderes comunitários, secretários e outros, com a função de trazer desenvolvimento para os bairros próximos a cada uma destas áreas, mostrando em seu relatório que 82% dos usuários são do sexo masculino e 76% tem entre 19 e 45 anos.

As drogas mais consumidas são o crack e o álcool, seguidos pela cocaína e a maconha. As Regionais IV, V, VI tiveram um maior índice de atendimentos. Nos atendimentos por telefone os dados mostram que 91% das ligações são de familiares, parentes e amigos. As substâncias psicoativas mais citadas são o álcool e o crack as regionais mais atendidas são das regionais III, V e VI.

Diante disto, faz-se necessária a redução de danos, e recomenda-se o tratamento e o cuidado das vidas humanas, buscando ver as singularidades de cada indivíduo, com suas diferenças, costumes e crenças de cada sujeito inserido neste contexto. Segundo Viva Comunidade (2010, p.76)

Considerando especificamente a atenção aos problemas de álcool e outras drogas, a estratégia de redução de danos visa minimizar as consequências adversas criadas pelo consumo de drogas, tanto na saúde quanto na vida econômica e social dos usuários e seus familiares. Nessa perspectiva, a redução de danos postula intervenções singulares que podem envolver o uso protegido, a diminuição desse uso, a substituição por substâncias que causem menos problemas, e até a abstinência das drogas que criam problemas aos usuários (VIVA COMUNIDADE; CRRD, 2010, p.76).

Desse modo, na área da saúde o dependente químico e a família para que haja redução de danos não importa em que nível se encontre, deve ser levado em conta às diversidades sem pré-julgamento e orientar de forma imediata conforme as necessidades do sujeito e seus familiares em cada situação orientando para que possa ter acesso às políticas públicas, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento no convívio social.

Entretanto, no contexto contemporâneo e crítico, pressupõe respeitar as diferenças, garantir direitos de cidadania e olhar para uma perspectiva de educação para autonomia tendo em vista a criação de espaços de participação para obter mudanças individuais e institucionais, bem como, permitir a reflexão sobre a orientação sobre os efeitos e os danos que as drogas trazem ao organismo e a realidade social diante da dependência química. Conforme (MARLATT, 1999, p.23)

O compartilhamento de responsabilidades, de forma orientada às práticas de efeito preventivo, também não deve abrir mão da participação dos indivíduos diretamente envolvidos com o uso de álcool e outras drogas, na medida em que devem ser implicados como responsáveis por suas próprias escolhas, e como agentes e receptores de influências ambientais (MARLATT, 1999).

Também não deve dispensar a participação dos que não estão diretamente envolvidos, ao contrário: as intervenções de cunho preventivo devem ser aplicáveis para toda a população, considerando que a maior parcela da mesma ainda não foi atingida pelo problema em questão, e que um grande contingente de indivíduos se encontra em grupos de baixo/moderado risco para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas. Isto ratifica a consideração estratégica da redução de danos, uma vez que possibilita um planejamento mais flexível e abrangente de atividades preventivas, dentro de um contexto de saúde pública. (BRASIL 2004).

No cuidado ao dependente químico, notamos repetidas vezes, que sua família não é incentivada a participar do tratamento, sendo ela dependente, ou seja, exposta aos mesmos fatores de risco, como físicos e psicológicos, ela necessita de cuidados clínicos e sociais. Segundo Zampieri, a codependência⁵:

Refere-se àquela pessoa que convive de forma direta com algum sujeito que apresenta alguma dependência química, e em especial, ao álcool. E por extensão às pessoas que por qualquer outro motivo viveram uma prolongada relação parentalizada na família de origem, assumindo precocemente responsabilidades inadequadas para a idade e o contexto cultural. (2004, p.6)

Assim como os dependentes e os codependentes, o adoecimento da família ocorre quando o usuário passa a fazer uso descontrolado de drogas ilícitas ou lícitas interferindo diretamente no agravamento da problemática vivenciada pelo núcleo familiar, notadamente do próprio dependente químico, conforme o Ministério da Saúde (2014).

De acordo com a Portaria 344/98 do Ministério da Saúde, as drogas são classificadas como lícitas ou ilícitas. São exemplos daquelas o álcool, o tabaco, o cigarro, medicamentos sem prescrição médica, anorexígenos, anabolizantes e outras vendidas livremente; entre as ilícitas encontram-se o crack, a cocaína, a maconha, o LSD e várias drogas dessa categoria.

O aumento da violência no contexto familiar está sendo mais frequente de forma abusiva tornando os dados acima preocupantes ao se considerar que cada vez, aumenta com frequência o sofrimento dos componentes expostos a todo tipo de

⁵Codependência - é a doença da perda da alma, pelo distanciamento de nossa identidade e de nossa vida cotidiana, somado à completa identificação da "não vida" do dependente químico. (AMOR EXIGENTE, 2005).

violência intrafamiliar, caracterizando a exposição à situação de vulnerabilidade, já que a Constituição Federal Brasileira de 1988 em seu artigo 227 assegura que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-la a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão diante desta situação estão sendo violados os direitos que são garantidos por lei.

O Conselho Regional de Psicologia, em Brasília, no ano 2011, realizou 4ª Relatório de Inspeção Nacional de Direitos Humanos nos locais de internação para usuários de drogas, sendo vistoriadas 68 instituições de internação para usuários de drogas, em 24 estados brasileiros e no Distrito Federal. Durante sua realização, notou-se que os usuários internados nas unidades de atendimentos no tratamento de dependência química em álcool e drogas sofrem diversas violações de seus direitos, como a interceptação das correspondências que lhes pertencem, agressão física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, como o anti-HIV (exigência esta inconstitucional) intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras.

Percebe-se que quando eles não se encontram nas ruas, ou no local de internação, estão no âmbito familiar fazendo o uso abusivo de drogas, gerando conflitos.

Segundo (GROVES *apud* TILMANS-OSTYN, 2001) a violência familiar normalmente está relacionada com altas taxas de consumo de álcool e drogas, sendo que filhos geralmente são testemunhas dessa violência entre o casal e a família e, por vezes, são alvos de abusos físicos e sexuais.

De acordo Windle, Searles (1990, p.43) filhos de pessoas usuárias de drogas também estão frequentemente envolvidos em atos infracionais e com problemas de desordem pública, quando comparados com filhos que não têm pais dependentes químicos.

No entanto, é de extrema importância a participação da família e dos que estão diretamente envolvidos no contexto histórico do dependente químico, sendo necessária a participação mesmo dos que não estão fazendo uso de droga, mas se encontram no mesmo convívio social do sujeito, e pode reconhecer cada usuário em suas singularidades, traçar com ele estratégias que estão voltadas não para a

abstinência como objetivo a ser alcançado o mesmo passa ser de uma forma ou de outra o risco para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas mas para a defesa de sua vida. Segundo os autores:

A compreensão de que os problemas das pessoas necessitam ser compreendidos para além dos aspectos individuais, dentro de um contexto de vida em que a família está incluída, permitiu o desenvolvimento de formas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que incorporam a família como aspecto fundamental da visão psicossocial. A inclusão da família na atenção aos usuários de álcool e outras drogas tem sido consideravelmente estudada, no entanto, não existe um consenso sobre qual é a dinâmica que essa família possui, bem como qual o tipo de atenção a ser priorizado, dentre os vários modelos propostos. (PAGANI, MINOZZO, QUAQLIA 2014, p.98)

A reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental é um conceito forjado no interior do movimento brasileiro de Reforma Psiquiátrica, tendo como referência propostas da Psiquiatria Democrática, responsável pelo aprofundamento, na década de 1970, na Itália, da crítica aos asilos, dando vez à promulgação da Lei nº 180/78. Para Durman (1998, p.34), o programa de Reabilitação Psicossocial sugere como restituição, a construção e reconstrução de direitos políticos, legais e sociais para o cidadão.

A importância da reabilitação psicossocial seria compreendida com um conjunto de ações que possa aumentar as habilidades do indivíduo, reduzindo gradativamente a deficiência, diminuindo os danos para que venha ocorrer uma reabilitação na sociedade e a reaproximação ao convívio familiar. Desse modo, “o fenômeno das drogas constitui um problema social com impactos diretos na saúde do indivíduo, família e sociedade” segundo Wright e Chisman (2004, p.265).

Entretanto, o uso abusivo de substâncias psicoativas desencadeia um processo de sofrimento a toda família não somente ao usuário, mas também às pessoas mais próximas a ele, causando conflito no âmbito familiar e, principalmente na sociedade.

3. FAMÍLIA E A DEPENDÊNCIA QUÍMICA

3.1 Definições de droga e os tipos de drogas

Segundo o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas CEBRID (2008) O termo droga teve origem na palavra droog (holandês antigo) o significado folha seca; porque antigamente quase todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais, ou seja, plantas a quais chamavam ervas.

Existem numerosos conceitos para o termo droga que aciona uma relação de substâncias psicoativa seja lícita ou ilícita. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), droga é toda “substancia que, quando administrada ou consumida por um ser vivo, modifica uma ou mais de suas funções, com exceção daquelas substancias necessárias para a manutenção da saúde normal” (OMS, 2014, p.25).

Conforme o dicionário Houaiss da língua portuguesa, por exemplo, defini-a como:

Qualquer substância ou ingrediente usado em farmácia, tinturaria, laboratórios químicos. Substancia que altera a consciência e causa dependência química; entorpecente, coisa ruim ou sem valor que leve a um estado satisfatório ou desejável ou seja manifestação de insatisfação. (HOUAISS, 2010, p. 273).

As drogas podem ser classificadas em três grandes grupos: Drogas depressoras, Drogas estimulantes, Drogas perturbadoras segundo o CEBRID (2008):

As drogas são chamadas de Depressoras da Atividade do Sistema Nervoso Central são aquelas que diminuem a atividade de nosso cérebro, ou seja, deprimem seu funcionamento, o que significa dizer que a pessoa que faz uso desse tipo de droga fica "desligada", "devagar", desinteressada pelas coisas. As drogas psicotrópicas recebem a denominação de Estimulantes da Atividade do Sistema Nervoso Central, são aquelas que atuam por aumentar a atividade de nosso cérebro, ou seja, estimulam o funcionamento fazendo com que o usuário fique "ligado", "elétrico", sem sono. Drogas que recebem o nome de Perturbadores da Atividade do Sistema Nervoso Central, são as que agem modificando qualitativamente a atividade de nosso cérebro; não se trata, portanto, de mudanças quantitativas, como aumentar ou diminuir a atividade cerebral. O cérebro passa a funcionar fora de seu normal, e a pessoa fica com a mente perturbada.

Drogas depressoras do Sistema Nervoso Central (SNC)

As drogas depressoras diminuem a atividade mental, prejudica o cérebro fazendo com que ele trabalhe de forma mais lenta, vindo afetar a atenção, concentração e a capacidade intelectual.

As bebidas alcóolicas representam as drogas mais antigas das quais se têm conhecimento, por seu simples processo de produção. Traz euforia, relaxamento, acompanhados de desinibição. Com o aumento das doses diminui-se os reflexos e tem dificuldade de manutenção de equilíbrio e a falta de coordenação motora, seguida de sonolência. O usuário pode apresentar problemas clínicos como arritmia cardíaca, fraqueza muscular por desnutrição das fibras musculares, neuropatias periféricas e impotência sexual.

Inalantes ou solventes são toda substância que pode ser inalada, isto é, introduzida no organismo através da aspiração pela boca ou nariz entre elas tem-se: a colas, tintas, removedores. Seus principais efeitos são: a euforia seguida de sonolência, e a de alterações do senso percepção. Causando também arritmia cardíaca, principalmente por aerossóis, hepatite tóxica, compulsiva evolução para insuficiência hepática, insuficiência renal. Principalmente os que abusam dos benzeno e tolueno, insuficiência pulmonar transitória, após a inalação, entre outros.

As principais drogas utilizadas em tratamentos clínicos são:

- soníferos ou hipnóticos (drogas que promovem o sono), barbitúricos, alguns benzodiazepínicos.
- Ansiolíticos (acalmam e inibem a ansiedade), as principais drogas que entram nesta categoria são os benzodiazepínicos.
- Opiáceos ou narcóticos (aliviam a dor e dão sonolência), morfina, codeína, heroína e outros.

Drogas estimulantes do SNC

As drogas estimulantes afetam o cérebro fazendo com que ele trabalhe e funcione de forma acelerada, causando euforia, insônia, diminuição do apetite, e podendo ser utilizada como medicação para algumas doenças, entre elas atenção déficit de atenção e doenças neurológicas.

A cocaína é extraída das folhas e purificada como um sal (hidroclorido). Nesta forma, a cocaína pode ser absorvida por inalação e pode ser injetada. A inalação (cheirar) produz níveis rápidos e também declives rápidos. Os níveis de cocaína no cérebro, suficientes para surtir efeitos, são atingidos de 3 a 5 minutos. Os efeitos da injeção intravenosa são ainda mais rápidos, menos de um minuto. Conforme Laranjeira (2003, p. 275).

O crack é uma mistura de cocaína em forma de pasta não refinada com bicarbonato de sódio. Essa droga se apresenta na forma de pequenas pedras e pode ser até cinco vezes mais potente que a cocaína. O efeito do crack dura, em média, dez minutos. O crack é consumido pela inalação da fumaça produzida pela queima da pedra, com o auxílio de um objeto semelhante a um cachimbo. Os pulmões podem absorver quase 100% do crack inalado. Seus efeitos são euforia plena que desaparece rapidamente; seguida por grande e profundo depressão; perda de apetite; hiperatividade, insônia e perda da sensação de cansaço e pode causar paranoia e desconfiança, deixando os lábios, a língua e a garganta queimados devido à forma de consumo da droga.

De acordo com o Instituto de Medicina Social e Criminologia de São Paulo (2016, p.67 -68) as drogas são classificadas nos seguintes grupos:

Os **anorexígenos** (diminuem a fome), as principais drogas pertencentes a essa classificação são as anfetaminas, que agem nos neurônios que atuam nos neurotransmissores, dopamina e norepinefrina e serotonina, agindo também no Sistema Nervoso Central (SNC), e no Sistema Nervoso Periférico (SNP).

A **cafeína** aumenta o desempenho mental e motor especialmente nos dependentes psicológicos, estes efeitos são acompanhados de efeitos tóxicos, provenientes de doses altas como agitação e convulsão, ocorrendo principalmente dos bloqueios dos receptores de adenosina⁶.

A **nicotina** é uma droga mais ativa das plantas das espécies Nicotiana. A mesma é um veneno potente que pode causar a morte, só perdendo para a cafeína. Afeta o SNC, aumenta a sensação de prazer, a função mental e diminuição da ansiedade e do apetite.

Drogas perturbadoras do SNC podem ser de origem vegetal ou sintética, referem-se ao grupo de substâncias que modificam **qualitativamente** a atividade do cérebro. Ou seja, **perturbam, distorcem** o seu funcionamento, fazendo com que a pessoa passe a perceber as coisas deformadas, parecidas com as imagens dos sonhos.

⁶ Adenosina- pequena molécula que funciona como hormônio autorregulável local (LONGENECKER, 2002).

Maconha (Tetraidrocanabinol) Maconha é o nome dado a uma planta chamada cientificamente de *Cannabis sativa*, conhecida há séculos e que cresce naturalmente em várias partes do globo podendo ser facilmente cultivada e encontrada em todos os continentes. Seus principais efeitos são a excitação seguida de relaxamento; euforia; distorções na avaliação de tempo e espaço, falar exageradamente e aumento da fome, alucinações visuais, palidez, taquicardia, olhos avermelhados, pupilas dilatadas e boca seca. O uso da maconha fumada pode produzir quadro de bronquite, o uso em excesso pode levar a dilatação das vias respiratórias e o uso crônico está associado a broncoconstrição. A abstinência da *Cannabis* causa fadiga, irritabilidade, insônia, diminuição de apetite.

LSD ou Dietilamida do Ácido Lisérgico, age no organismo feito por absorção causando alucinação e o delírio sem agir na capacidade mental, são perturbações do perfeito funcionamento no cérebro, chamada de psicose, consideradas plantas divinas, até hoje utilizadas por culturas indígenas. Sendo também utilizada pela ciência as substâncias forma sintetizadas em laboratórios, além de alucinógenos naturais, também são alucinógenos sintéticos LSD-25.

Psilocibina (de certos cogumelos)⁷, seu uso ritual é bastante antigo no México, onde ficou famoso, sendo utilizado pelos nativos daquela região desde antes de Cristo. Sabe-se que o "cogumelo sagrado" atualmente ainda é utilizado por bruxos, em seus rituais, e por alguns pajés. É chamado pelos índios astecas do México de "carne dos deuses", sendo considerado sagrado por certas tribos. Tem o nome científico de "*Psilocybe mexicana*" e dele pode-se extrair uma substância com forte poder alucinógeno: a psilocibina. Os sintomas físicos são poucos salientes. Podem aparecer dilatação das pupilas, suor excessivo, taquicardia, náuseas e vômitos. Não há desenvolvimento de tolerância. Também não induzem dependência e não ocorre síndrome de abstinência. Podendo levar a alucinações e delírios. Estes efeitos são maleáveis e dependem de várias condições, como personalidade e sensibilidade do indivíduo. As alucinações podem ser agradáveis. Em outras ocasiões, os fenômenos mentais podem ser desagradáveis (visões terríficas, sensações de deformação do próprio corpo). Pode também provocar hilaridade e euforia.

⁷<http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/ansiol.htm>

Êxtase a MDMA (3,4 metilenodioximetanfetamina), também conhecido como êxtase é comercializado em forma de comprimido, pode ser encontrada na forma de cápsula ou em pó. Um comprimido dessa droga pode conter variáveis MDMA inclui outras substâncias como metanfetamina, anfetamina, cafeína, efedrina e LSD. Causando agitação, perturbação, sensação nas melhoras nas relações sociais, diminui apetite, rangido de dentes e aceleração dos batimentos cardíacos.

Anticolinérgicos provocam alterações na percepção e no funcionamento no cérebro gerando **efeitos físicos e psíquicos quando** absorvido em quantidades maiores do que a dose terapêutica, o produto provoca alterações mentais como alucinações e delírios, com duração de 48 horas. Consumido junto com outras drogas, como inalantes e maconha, o efeito pode durar mais tempo ainda, iniciando pela sensação de "barato" na cabeça ou no corpo todo, seguida de alterações na percepção de cores/sons, terminando com sensações de estranheza, medo, confusão mental, ideias de perseguição, dificuldades de memória - síndrome que adota a forma de um surto psicótico agudo entre outros.

Percebe-se significativo um aumento de consumo de drogas, a séculos vem aumentando e se tornando algo de bastante divulgado passando a ser motivo para debate e um problema da saúde. Conforme Azevedo (2004, p.13)

Droga como toda e qualquer substancia, natural ou sintética que, introduzida no organismo, é capaz de alterar sua função e resultando em mudanças fisiológicas ou vasos sanguíneos modifica a sua função e resulta em aumento de pressão arterial, gerando uma mudança na fisiologia. Outro exemplo: uma substancia que faz com que as células do cérebro (os neurônios) fiquem mais ativas modificam a sua função e, como consequência, a pessoa perde o sono e sofre mudanças de comportamento, demonstrando, por exemplo, ansiedade e agressividade.

Dessa forma, as drogas como uma substancia sejam elas lícitas ou ilícitas, podem deixar sequelas devastadoras no organismo e no SNC podendo levar a várias alterações e danos irreparáveis no organismo do sujeito.

3.2 Dependência Química: conceito e abordagens

Quando se discute o tema droga, vale ressaltar que há algumas definições equivocadas de drogas, pois há dois tipos de interpretação sobre o assunto: droga e droga de abuso. A farmacopeia brasileira considera como droga qualquer substância de origem mineral, vegetal ou animal, já (MIDIO, 1992, p.58)

diz: que “droga de abuso é a substância que age nos mecanismos de gratificação do cérebro, provocando efeitos estimulantes, euforizantes e/ou tranquilizantes”.

Conforme exposto, as drogas produzem efeitos de qualquer natureza no organismo de quem utiliza, obedecendo a prescrição médica não caracteriza a dependência, porém fazendo uso de forma desordenada pode levar a dependência química de tais substâncias.

Porém, sobre a dependência química, de acordo com o dicionário de Ferreira (2004) dependência – estado de dependente, de subordinação, sujeição. Necessidade de manter uso de droga. Quando o indivíduo não consegue abandonar um hábito nocivo de álcool ou outra droga, passando a ser tornar um dependente de substância química.

Conforme Organização Mundial de Saúde (OMS) a definição dependência química: “É estado caracterizado pelo uso descontrolado de uma ou mais substância química psicoativas com repercussões negativas em uma ou mais áreas da vida do indivíduo”.

Pode-se dizer que é um dependente químico ou adicto, quando a vida deste é controlada por alguma substância que altere a mente ou o humor. “A dependência de substância psicoativas não pode ser tratada com medicamento alternativo, para aliviar o sofrimento que a própria doença causa, porque esse tipo de medicação impede o dependente de entrar em contato consigo mesmo, perturbando o seu estado de dependência” (FRACASSO, 2010, p. 264).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o uso abusivo de droga como doença e grave problema de saúde pública, e define a dependência química, através da Classificação Internacional de Doenças (CID10)⁸, como síndrome da dependência. Esse uso abusivo, compulsório de drogas, é uma doença e um grave problema de saúde pública. Define também droga como sendo qualquer substância que introduzida no organismo vivo, possa modificar uma ou mais de suas funções, quando esta entra na corrente sanguínea que atinge o cérebro alterando seu equilíbrio. E na tentativa de compreender a dependência química ou um

⁸CID-10 - A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – CID 10) é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. O CID 10 fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código CID 10.

dependente químico é indispensável abordarmos possíveis causas ou motivos ao uso de substâncias psicoativas.

Já foi considerado que os pais podem ter forte influência na dependência. Isso pode sim acontecer, pois conforme Nazareno (2003, p.18), um filho de um alcoólatra tem uma maior possibilidade de se tornar um alcoólatra.

Esse mesmo autor discorre que o álcool é sem dúvida a mais antiga de todas as drogas usadas para estimular o cérebro, com o desígnio de alterar a mente e as emoções. O Ministério da Saúde do Brasil, reconhece o alcoolismo como um problema de saúde pública, logo, é necessário o esforço de toda a sociedade para que estes dependentes sejam assistidos pelos serviços públicos oferecidos e estimulados ao resgate de sua autonomia e compostura no convívio familiar e comunitário. “A dignidade humana precisa ser construída em bases comunitárias sólidas de amizade, comunhão, superação de dificuldades, fortalecimentos da homeostase e dos laços familiares, sem o que a pessoa perde a referência social e psicológica” (MARQUES, 2011, p.126).

O álcool é tido como uma droga lícita que acarreta danos psíquicos e físicos no que se refere às doenças cardiovasculares, cirrose hepática, câncer na boca e esôfago, dentre outras. Importante enfatizar que de acordo com o levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em um estudo envolvendo as 107 maiores cidades do Brasil em 2001, 11,2% da população brasileira são dependentes de álcool, esta é a principal dependência no Brasil, comprovando assim, ser a terceira moléstia que mais mata no mundo. Segundo Domingos (2008) “o álcool é uma substância depressora do Sistema Nervoso Central que afeta as regiões do cérebro responsáveis pela censura interna e o autocontrole”.

De acordo com FORMIGONI; GALDUROZ; MICHELI (2008, p.16) o álcool é uma droga depressor.

O álcool age como um "depressor" da atividade cerebral, reduzindo a ansiedade, mas prejudicando a coordenação motora. À medida que aumenta a concentração de álcool no sangue, ocorre diminuição da autocrítica (por afetar a capacidade de avaliação dos perigos, pode levar a comportamentos de risco, como beber e dirigir ou operar máquinas, levando a acidentes), a fala pode ficar "pastosa", "arrastada", há lentificação dos reflexos, sonolência e prejuízos na capacidade de raciocínio e concentração. Em doses altas, a visão pode ficar "dupla" ou borrada, ocorrendo também prejuízo de memória e da concentração, diminuição de

resposta a estímulos, sonolência, vômitos, insuficiência respiratória, podendo chegar à anestesia, coma e morte. Por esta razão diz-se que o álcool tem efeito bifásico no organismo.

Portanto a dependência química do álcool ocorre quando a pessoa que ingere bebidas alcoólicas de forma desordenada. De acordo com Pereira e Pillon (2004, p. 94)

Ninguém nasce dependente do álcool e muito menos se torna dependente de uma noite para o dia, embora existam tipos de drogas que causam dependência já nas primeiras vezes de uso. Ressalta-se que o uso de substâncias ocorre após a pessoa haver experimentado, às vezes por simples curiosidade. O padrão de consumo dos vários tipos de droga vai modificando e a intensidade, concentrações e quantidades, aumentando, encaminhando-se para o uso sempre prejudicial.

Diante disso, as substâncias psicoativas tornaram-se um problema na sociedade e no contexto familiar e de saúde pública na atualidade desta forma os temas saúde, doença e drogas sempre estiveram presentes na história e na realidade de cada ser, sendo que cada um dentro do seu contexto histórico, suas particularidades com olhar diferenciado para cada situação. Conforme o autor Capra, (1982, p.116)

Assim o processo saúde e doença está diretamente relacionado à própria complexidade e singularidade do viver do ser humano, sendo determinado, portanto, não por intervenção médica, mas sim por comportamentos, alimentação, pela natureza do meio ambiente.

Conforme o que foi exposto, o uso de substâncias psicoativas está presente dentro da realidade de cada sujeito nos costumes e hábitos, o uso de drogas seja lícitas ou ilícitas acontecem no momento de cerimônias coletivas, rituais de festas sendo que estes costumes passam ser frequentes no contexto familiar levando a dependência química. Para a Organização Mundial da Saúde, (1992, p.73), a Dependência Química;

É descrita por um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham valor. Um diagnóstico de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes critérios tiverem sido experiência durante o período de 12 meses:

A dependência química pode gerar vários prejuízos sendo uma desordem que atinge as pessoas em diversas maneiras, podendo atingir tanto o seu corpo físico, a mente e as relações interpessoais. As implicações sociais, psicológicas, políticas e econômicas acarretam perdas impedindo ao envolvimento social, ou seja,

o indivíduo se afasta da sociedade, família e amigos. O perfil do usuário de substâncias psicoativas vem associado a delinquência e práticas antissociais o mesmo passa ser visto como vagabundo, irresponsável e delinquente entre outros tudo isso está relacionado ao comportamento que o indivíduo apresenta. De acordo com Cunha (2006, p.32) os dependentes químicos apresentam comportamentos com características próprias entre estas, se destacam:

Onipotência: o indivíduo acredita estar sempre no controle;
Megalomania: tendência exagerada a crer na possibilidade de realizar um intento visualizando sempre o resultado;
Manipulação: mentalidade de que tudo se faz pela realização de seus desejos, principalmente pela obtenção e uso de substância psicoativas;
Obsessão: atitudes insanas pelo desejo de consumir drogas;
Compulsão: atitudes desconexas, incoerentes com a realidade provocadas pelo desejo intenso e necessidade de continuar a consumir a substância;
Ansiedade: necessidade constante da realização dos desejos;
Apatia: falta de empenho para a realização de objetivos e metas;
Autossuficiência: mecanismo de defesa usado para afasta da consciência o sentimento de inadequação social gerando uma falsa sensação de domínio;
Autopiedade: um tipo específico de manipulação que o dependente usa para conseguir realizar algum propósito;
Comportamentos antissociais: repertório comportamental gerado pela instabilidade emocional que o indivíduo desenvolve sem estabelecer vínculos tendo sua imagem marginalizada pelo meio social;
Paranoia: desconfiança e suspeita exagerada de pessoas ou objetos, de maneira que qualquer manifestação comportamental de outras pessoas é tida como intencional ou malévola.

Apesar disso, a dependência química é causada pelo uso de qualquer substância que altere o humor e a mente de um adicto, no qual acarrete um desejo incontrolável de consumo. É sabido que essa doença é vista ao mesmo tempo como séria questão social da humanidade, uma vez que atinge todas as classes sociais e quem usa todas e quaisquer substâncias psicoativas, e se não houver tratamento adequado à doença há uma destruição gradativa do indivíduo, de modo que o vínculo que ele mantém com a família e com a sociedade em geral vai se degradando.

3.3 A importância da família no tratamento da dependência química

Durante muitos anos o ser sempre esteve a procura por substâncias que de uma forma ou de outra produzissem alterações em seu organismo em suas percepções, dando sensações de prazer. Podendo assim perceber que sempre

existiram drogas durante toda história da humanidade e as mesmas estiveram presentes das experiências e provavelmente vai continuar fazendo.

Podemos destacar que o problema com uso de substâncias psicoativas sempre esteve dentro do contexto familiar enfatizando-se que o assunto droga tem que ser abordado de forma ampla envolvendo todo o contexto histórico de cada sujeito envolvido seja ele coletivo, intersetorial e integrada, por diferentes órgãos sociais. Sendo que conforme o ponto de vista da autora. “A família definida por suas características antropológicas, é um grupo de pessoas que fala a mesma língua, vive no mesmo espaço físico, compartilha hábitos e costumes familiares, está ligado ao mesmo laço sanguíneo e mantêm o nome dos seus ancestrais” (SILVA, 2000, p. 45).

Conforme Ângelo (1997, p.23) "família é um grupo auto identificado de dois ou mais indivíduos, cuja associação é caracterizada por termos especiais, que podem ou não estar relacionados a linhas de sangue ou legais, mas, que funciona de modo a se considerarem uma família". A função da família é complexa porque ela é um sistema que tem multiplicidade e várias dimensões.

Podem assim apresentar que a família é uma referência que se destaca dentro da sociedade na formação de cada sujeito e são os principais e mais importantes para a formação, desenvolvimento e modelo de identificação, passando a ser um objeto de estudo de várias áreas do conhecimento humano. Conforme os autores:

Na família as pessoas desempenham “papeis familiares”, isto é, existem “lugares” que cada pessoa ocupa dentro da família. Há necessidade de duas ou mais pessoas para que estes papéis possam ser “postos em prática” e sirvam de referência na construção de modelos de identificação e socialização de um indivíduo. Isso ocorre com a formação de uma família composta inicialmente pelos cônjuges e depois na relação destes com os filhos e o contexto social. (ARAÚJO, 1999; OAKLANDER, 1980; PEDROSA, 2004).

Diante do que foi exposto, para que haja o processo desenvolvimento humano faz se necessário que tenham equilíbrio emocional, efetivo, ou seja a família é uma categoria fundamental na vida do ser pois todos necessitam viver de forma equilibrada com o meio em que residem, juntos enfrentam vários desafios e constroem sua história, passando a ser importante para o avanço do desenvolvimento do ser. Segundo Bateson, 1976 “A família é um organismo vivo com leis próprias de funcionamento”.

A família como locus privilegiado de intervenção do Serviço social tem aparecido nos últimos anos como preocupação de órgãos internacionais e governamentais de âmbito nacional, estadual e municipal. Isso se da Constituição Federal de 1988, que dedicou um capítulo específico – artigo 226 – e fixou “a família tem especial atenção do Estado inovando consideravelmente os tratos político e social de família”. (FILHO, 2007, p. 144).

Desta forma, faz-se importante que as assistentes sociais que atuam junto das famílias tenham uma visão mais ampla procurando ver dentro de suas totalidades, as singularidades de cada sujeito para que não venha a cometer o erro de fazer um pré-julgamento. Pois existe um amplo espaço para que seja pesquisado utilizando os seus conhecimentos teóricos, metodológicos e políticos desta forma tecer reflexões em cima, sobre, acerca do estudo de caso, a partir da análise das políticas de conforme as necessidades da abordagem do álcool e outras drogas de cada família envolvida neste contexto.

Na sociedade brasileira, predominava a família nuclear tem a ver a promoção, crescimento e a reprodução dos valores, a mulher cada vez mais tem ocupado cargos remunerados, e muitas vezes elas têm sido as únicas provedoras das suas famílias. As relações conjugais encontram-se cada vez mais delicadas e o número de filhos passou a ser reduzido. Conforme Silva, (2001, p.34).

A família brasileira enfrenta atualmente um processo de transformações em seu modelo de organização nuclear tradicional (pai, mãe e filhos vivendo sob o mesmo teto). A inserção da mulher no mercado de trabalho, a ampliação do papel paterno, para além das tarefas de provedor, e o fato de existirem mulheres sozinhas cuidando da família são alguns dos inúmeros aspectos que têm contribuído para essas mudanças. As modificações, pelas quais passam as famílias, estão diretamente relacionadas às da sociedade. Essas mudanças provocam muitos desafios: lidar com as ansiedades e temores frente à violência transmissíveis, a violência doméstica e o abuso de drogas lícitas e ilícitas.

Neste contexto é apresentado inúmeros desafios enfrentados no convívio familiar entre eles os pais que faz uso de álcool e outras drogas e enfrentando várias mazelas fazem parte do cotidiano, tais como o desemprego, a pobreza, as drogas e a violência que cada vez mais está presente nos relacionamentos entre outras complicações, deixando cada vez mais famílias fragilizadas e filhos expostos às situações delicadas e uma porta aberta para as drogas. Conforme Oliveira, (2001, p. 65) “a família constitui uma das principais fontes formadoras de comportamentos e de crenças sobre saúde, tanto a prevenção ao uso de álcool e outras drogas, como os tratamentos devem incluir a sua participação”.

Nida (2002, p.125) fala sobre a importância do envolvimento do sistema familiar nas práticas preventivas em relação ao uso de álcool e outras drogas tem sido destacada desde a década de 1960. A família deve ser orientada, motivada e informada para participar deste uso contínuo de prevenção nos vários locais comunidade, escola, centro de saúde.

A família vem a ser uma das responsáveis, pela prevenção e tratamento do seu ente quando envolvido no mundo da dependência química e é de extrema importância que as famílias participem do tratamento para que possa reduzir o desconforto, sofrimento psíquico e crises no sistema familiar.

Os tratamentos para pessoas com dependência de álcool e outras drogas devem ser multidisciplinares e preferencialmente integrados: psicoterapia, orientação social e familiar do usuário. De maneira geral, as psicoterapias familiares têm se destacado como uma abordagem de escolha na área de tratamento de dependentes de álcool e outras drogas no Brasil. (SILVA, 2008, p.23).

Silva, (2008, p.65) A psicoterapia familiar desenvolveu-se, na década de 1950, a partir de várias áreas da ciência: Medicina, Psicologia, Antropologia, entre outros. A psicoterapia familiar sistêmica parte da premissa de que aquilo que ocorre com um sujeito da família atinge todos os demais direta ou indiretamente. Reciprocamente, o que acontece à família influencia o indivíduo. Por isso, sua proposta é tratar o sistema como um todo e não apenas o dependente químico.

E de grande importância a presença da família no tratamento da dependência química, pois a mesma protege, dá apoio psicológico, incentiva e na maioria das vezes busca motivar o paciente a comprometer-se com o tratamento é de grande relevância. Segundo a autora, a família também pode ser fator de risco. Conforme autor:

A família que exclui é também a família que poderá acolher. A família “problemática” é também a família que carrega a “solução”. Assim, numa visão baseada no paradigma da complexidade, pode-se pensar a família como um espaço de risco, e também como contexto de proteção, sem que haja exclusão ou separação das partes (DIOS, 1999, p.83).

A importância da intervenção dos familiares no tratamento da dependência química pode ter resultados positivos, para adicto quanto para famílias que tem enfrentado de várias formas o problema até mesmo os laços íntimos muitas das vezes tem sido rompido de formas traumáticas deixando danos dos dois lados. Durante o tratamento surge uma nova esperança de uma forma que a família é de

estrema estima para a recuperação pois aumenta sua confiança, a alta estima de ambas as partes.

3.4 Contextualizações das Comunidades Terapêuticas

Comunidades Terapêuticas são instituições sem fins lucrativos, privadas, financiadas em parte pelo poder público que tem como objetivos o tratamento e reinserção social de pessoas com problemas com álcool e outras drogas. Segundo a autora:

As Comunidades Terapêuticas são ambientes de internação especializados, presentes em mais de sessenta países, que oferecem programas de tratamento estruturados e intensivos, visando o alcance e manutenção da abstinência, inicialmente em ambiente protegido, com encaminhamento posterior para internação parcial e/ou para o ambulatório, conforme as necessidades do paciente (FRACASSO,2010, p.126).

Conforme a mesma autora, em 1860 foi fundada na Inglaterra uma organização religiosa em Oxford, originalmente chamada Associação Cristã do I Século, que era uma crítica à Igreja inglesa e seu objetivo era o renascimento espiritual da humanidade. Este grupo, conhecido como Grupo de Oxford, buscava um estilo de vida mais fiel aos ideais cristãos: se encontravam várias vezes por semana para ler e comentar a Bíblia e se comprometiam reciprocamente a serem honestos. Após 10 a 15 anos de convivência, constataram que 25% dos seus participantes eram alcoolistas em recuperação.

Fracasso (2008, p.186) afirma que, nos Estados Unidos, participantes desse grupo se reuniam para partilhar o empenho e o esforço que faziam para permanecer sóbrios; desta maneira nasceu o primeiro grupo de Alcoólicos Anônimos (AA) - fundado em Akron/Ohio, pelo cirurgião Bob e o Corretor de New York Bill, em 1935; que com o passar dos anos se tornou o maior grupo de Autoajuda do mundo. Os AA além do afeto e acolhimento demonstram, a cada momento, muita disponibilidade em relação aos membros do grupo, em casos de necessidades.

No dia 18 de setembro de 1958, Chuck Dederich e um pequeno grupo de alcoolistas em recuperação decidiram viver juntos para, além de ficar em abstinência, buscarem um estilo alternativo de vida. Fundou em Santa Mônica, na Califórnia, a primeira Comunidade Terapêutica (CT) que se chamou Synanon. O

grupo adotava um sistema de relacionamento direcionado em uma atmosfera quase carismática, o que para o grupo foi muito terapêutico. (FRACASSO, 2008, 125).

As comunidades terapêuticas em uma finalidade de trabalho em grupos, ou seja, um ajuda o outro de forma organizada no início do tratamento os recém-chegados têm o apoio dos que estão com mais tempo na unidade. Conforme Fracasso (2009), “esse tipo de alternativa terapêutica se consolidou e deu origem a outras CT's que, conservando os conceitos básicos, aperfeiçoaram o modelo proposto pela Synanon”. (FRACASSO, 2009, p.273)

Conforme a Agencia Nacional de Vigilância sanitária (ANVISA) no Art. 1º Ficam aprovados os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência.

Conforme o parágrafo único da resolução – RDC Nº 29, de junho de 2011 O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares, nos termos desta Resolução.

Dessa forma as comunidades terapêuticas (CT) passaram a trabalhar Psicoterapia com os residentes as suas habilidades para que possam conviver em sociedade e a possibilidade de resgatar a autonomia individual, a capacidade de escolher e decidir e sempre são realizadas as atividades em grupo. Conforme o autor:

Psicoterapia é um tratamento psicológico que tem por objetivo modificar pensamentos, sentimentos e comportamentos-problema, criando um novo entendimento dos pensamentos e sensações responsáveis pela dificuldade ou problema observado. O clima de apoio e respeito pelo paciente permitem ao terapeuta executar, com a participação deste, as mudanças necessárias para um reequilíbrio de sua vida sem a necessidade de utilizar drogas. (WOODY 2003, p.10).

Desse modo a psicoterapia tem contribuído de forma eficaz no tratamento em vários tipos de transtornos mentais transtornos de ansiedade e do humor, tanto depressivo quanto bipolar entre outros, diante do aumento do consumo de drogas além de fortalecer a aliança terapêutica nos usuários de drogas.

Na perspectiva da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), Federação Evangélica de Comunidades Terapêuticas (FETEB), Cruz Azul do Brasil e Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas

(FENNOCT), os elementos essenciais que compõem o tratamento residencial, voltado para a abstinência e praticado nas Comunidades Terapêuticas são os seguintes: conforme (FRACASSO, 2009, p.123).

Prática da espiritualidade sem a imposição de crenças religiosas; internação e permanência voluntárias, entendidas como um episódio que objetive auxiliar o dependente de Substâncias Psicoativas (SPA) a reinserir-se e reintegrar-se na sociedade, assumindo suas funções como cidadão, membro de uma família e trabalhador e/ou estudante; Ambiente residencial com características de relações familiares, saudável e protegido técnica e eticamente, livre de drogas e violência, assim como de práticas sexuais (temporariamente, neste último caso); Convivência entre os pares, participando ativamente na vida e nas atividades da Comunidade Terapêutica; Critérios de admissão, permanência e alta definidos com o conhecimento antecipado por parte do dependente de SPA candidato e de seus familiares/responsável; 9 Aceitação e participação ativa no programa terapêutico definido e oferecido pela Comunidade Terapêutica, tanto pelos dependentes de SPA como pelos familiares/responsável; Utilização do trabalho como valor educativo e terapêutico no processo de tratamento na Comunidade Terapêutica e na recuperação do dependente de SPA; Acompanhamento Pós-Tratamento de, no mínimo, um ano após o episódio da internação.

Em 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), considerando a necessidade de normatização do funcionamento de serviços públicos e privados de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, adotou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) no 101/01, que estabeleceu o Regulamento Técnico para o Funcionamento das Comunidades Terapêuticas – serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de Substâncias Psicoativas (SPA), conforme modelo psicossocial. O regulamento oferecia a seguinte conceituação sobre Comunidade Terapêutica conforme (ANVISA, 2011, p.128).

São 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 esteticamente orientado, 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 inserção social. Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como Comunidades Terapêuticas.

Conforme já foi exposto que as drogas são presentes na história da humanidade desde os primórdios, na atualidade, vem se expandindo ocupando lugar

em toda sociedade a utilização de drogas seja ela lícitas e ilícitas, nos faz perceber que vem aumentando as demandas para o assistente social desta forma faz-se necessário venha aprofundar seu conhecimento a respeito das drogas, pois é uma questão social que vem acarretando diversas consequências psicológicas, econômicas políticas e de ordem cultural.

4 ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

4.1 O Serviço Social como trabalho nas Comunidades Terapêuticas

A proposta deste capítulo é abordar como o serviço social atua auxiliando os dependentes químicos em conflitos familiares, através do atendimento nas comunidades terapêuticas em Fortaleza e nas regiões metropolitanas, segundo informações obtidas em entrevistas realizadas com dois Assistentes Sociais que trabalham junto aos dependentes químicos.

Nesse contexto, a pesquisa possui natureza qualitativa, a qual, segundo Minayo (1994, p.86), ela aborda os atores sociais envolvidos no processo, a qual se caracteriza por meio da descrição e análise da cultura e comportamento dos atores sociais envolvidos.

Esta pesquisa foi realizada em duas instituições que atendem dependentes químicos e possuem Assistente Social em seu quadro de funcionários, sendo instituições privadas e de natureza filantrópica. Nelas foi garantido o sigilo, para que a pesquisa fosse concluída, deixando esclarecido que a pesquisa, estritamente acadêmica, tem por objetivo geral compreender a atuação do profissional junto aos familiares e os dependentes químicos que são acompanhados pelas Comunidades Terapêuticas (CT's).

Foi realizada pesquisa em duas instituições localizadas em Fortaleza e nas regiões metropolitanas, a primeira foi no Centro de Recuperação Mão Amiga (CREMA) CNPJ: 10.895.455/0001-76, Endereço: Rua Jaguaribe, 913, Pau Serrado, Maracanaú, e a segunda foi na Comunidade Terapêutica São Padre Pio (CTSPP), que fica localizada na Rua Nossa Senhora de Nazaré nº 1.000 – Coité – CEP: 60.740-000, Eusébio – Ceará.

Desse modo, o quadro de funcionário do Centro de Recuperação Mão Amiga (CREMA) é composto por (01) Um Diretor Presidente com formações em: Gestor de Projetos Sociais; e exerce a função Coordenador Geral, (01) um responsável técnico, formado em Serviço Social, com especialização em Dependência Química, exerce a função de Assistente Social, (12) educadores sociais, (04) estagiarias em Serviço Social.

E o quadro de funcionários da Comunidade Terapêutica São Padre Pio, é formado por: (01) Coordenador, (01) Assistente Social, (01) Psicóloga, (01) Auxiliar Administrativo, (09) Educadores Sociais (01) motorista, (01) instrutor de ofícios, (01) auxiliar de serviços gerais, (02) cozinheiras, (01) lavadeira.

Delimitada a pesquisa de campo, nas duas Comunidades Terapêuticas, com a participação dos (as) Assistentes Sociais que contribuíram de forma espontânea, foram obtidas informações de grande relevância podendo assim enriquecer o estudo e concluir a pesquisa.

4.2 Identificar o perfil dos residentes atendidos nas instituições

Quadro de discussão e aspectos abordados nas respostas dos assistentes sociais. Observa-se que os perfis dos usuários atendidos nas instituições são em sua maioria usuários e dependentes químicos como transcrito nos relatos abaixo.

A maioria é poli usuários, usam tanto crack quanto o álcool, os que fazem uso de um só tipo de droga em geral são poucos. Já a faixa etária de jovens é de 18 a 29 anos, além disso, existe uma parte pequena com idade igual ou superior a 65 anos, sendo raros e normalmente alcoolistas. Já os menores são poucos devido a estrutura física da instituição não se adequar as normas exigidas pelo ECA como forma de tratamento, sendo eles aceitos quando são encaminhados por juízes e pela promotoria que já são conhecedores das condições de estrutura, pois, não possuímos dependências exclusivas para crianças e adolescentes como exige o Eca. Já realizamos tentativas de fazer com que eles ficassem no mesmo quarto dos adultos, mas não foi possível a permanência. A maioria tem o fundamental incompleto, então temos aqui o EJA para quem deseja concluir. Tivemos a satisfação de alguns que concluíram o 1º grau e outros 2º grau. (E1)

Na segunda instituição tem-se o atendimento ao público de jovens e adultos como citado. Atendemos adolescentes do sexo masculino na idade de 16 a 21 anos, egressos das medidas sócio educativas e/ou encaminhados pelo Poder judiciário, Ministério público, Conselhos Tutelares, CREAS e CRAS. 50% deles tem apenas o ensino fundamental incompleto (E 2)

Segundo Machado (2011, p.144) as entidades somente poderão funcionar depois de registradas no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente que ofereça instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança.

Conforme os entrevistados os residentes são da capital e do interior. Desta forma, as Comunidades Terapêuticas são residências que visam proporcionar

aos jovens e adultos uma nova opção de vida, acolhimento em ambiente residencial e busca trabalhar a desintoxicação, resgatando suas habilidades, cidadania, fortalecendo os laços familiares para que venha ter o retorno a sociedade.

Normalmente são da capital e do interior por causa da proximidade, mas também são recebidos de outros estados porque tem o efeito multiplicação, por exemplo, veio uma pessoa que ouviu dizer lá em Mossoró e já tivemos gente do Rio Grande do Norte, Piauí, Recife, e também do interior do Ceará, exemplo, Acaraú, Santana do Acaraú isso causa um efeito de multiplicação. (E1)

O maior número de adolescentes que vem a busca de ajuda através de seus familiares e encaminhados, Poder Judiciário, Ministério Público, conselhos tutelares vem da capital (E 2)

As Comunidades Terapêuticas são ambientes adequados para acolher pessoas como problemas de dependência química, que necessitam de ajuda, apoio psicológico e buscam um tratamento.

As Comunidades terapêuticas são projetadas para facilitar o tratamento, a aprendizagem e a mudança da pessoa inteira. E difícil conceber esse tipo de mudança de forma isolada de uma comunidade com outras pessoas. Na comunidade residencial, os indivíduos podem ser observados por inteiro, em toda a complexidade, nas variadas situações da vida comunitária, com as exigências de desempenho social, os papéis com múltiplos participantes e as constantes interações sociais (FRACASSO, 2010, p.64).

A pergunta realizada aos entrevistados foi sobre a escolaridade dos residentes das Comunidades terapêuticas. Os profissionais em serviço social foram unânimes em confirmar: "normalmente as pessoas, a maioria tem o fundamental incompleto, então temos aqui o EJA para quem deseja concluir, tivemos a satisfação de alguns concluíram o 1º grau e outros 2º grau (E1)". "A maioria tem apenas o ensino fundamental incompleto (E 2)".

Durante a pesquisa, pode-se fazer uma análise no grau de instrução dos residentes e pode-se constatar que muitos jovens por terem se envolvido no mundo das drogas cedo se afastaram das escolas, tiveram oportunidade de dar continuidade aos estudos nas Comunidades Terapêuticas.

4.3 Apontar, sob o ponto de vista do Serviço Social, como a família vê o residente e o acolhe.

O ator social entrevistado aborda a dependência química no contexto familiar e aspectos como a forma de auxílio da família do usuário ao tratamento nas comunidades terapêuticas. Segundo o entrevistado:

A dependência química, ela não é bem conhecida no meio acadêmico nem mesmo no meio dos profissionais da saúde, existem profissionais da saúde que não entendem o que é dependência química e tem aquele preconceito de que não é essa moral, ainda mais nas famílias onde é falta de vergonha, quanto mais tradicional a família mais preconceito as pessoas têm e o próprio desconhecimento geral que a sociedade tem na questão da dependência química, ignorância é igual a preconceito.

Por mês temos uma reunião com os familiares em que é trabalhado a questão da codependência, são levados textos, debates, vídeos, e procuramos aos sábados através das acadêmicas de serviço social realizar um trabalho de aproximação, também estamos fazendo um trabalho de pesquisa na percepção individual de qualidade de vida em que estamos aprofundando a questão do relacionamento. Existe uma certa dificuldade em relacionamentos familiares, a maioria não recebe o acompanhamento da família, a família tanto pode ajudar como atrapalhar o tratamento. Estamos agora nessa fase tentando entender melhor esse relacionamento para tentarmos aproximar o pessoal.(E1)

Já o segundo ator social relatou aspectos como a essência da família no tratamento em ambiente terapêutico utilizando os seguintes termos. “Acreditamos que a participação e o engajamento da família são fundamentais para o processo de recuperação e manutenção da abstinência no pós-tratamento”. (E 2)

Assim, concorda com as ideias de Amaral e Durman (2004, p.115)

A família é responsável por promover o contato entre o doente e os serviços de saúde existentes. Além disso, cabe a esta elaborar e redimensionar valores e expectativas relacionadas ao cotidiano e ao futuro de seu familiar com sofrimento psíquico. No entanto, existe a necessidade dos profissionais da área de saúde mental em não se centrar apenas na pessoa doente, mas em toda a estrutura da sociedade na qual está se insere. Destaca-se neste contexto, o qual evoluem as fases de crescimento e de desenvolvimento do ser humano.

Outro aspecto relatado pelos atores sociais entrevistados é a frequência com que residentes recebem visitas, sendo essas pertinentes para a reabilitação social. O primeiro entrevistado aborda que o usuário pode receber todos os sábados e domingos das 12 às 17 horas seus familiares, algumas poucas famílias vêm todos os fins de semana isso depende também da questão do poder aquisitivo da família, por que é caro vir todo fim de semana. (E1). Já o segundo relata que “ residente recebe visita dos familiares quinzenalmente”. (E 2)

As abordagens acima relatam a frequência de visitas familiares aos residentes, o que evidencia o acompanhamento e a participação do processo terapêutico, além de oportunizar a troca de informações, as interações e o apoio psicossocial da família. Desse modo, atuam como motivadores para permanência no tratamento dos usuários.

Assim, como afirma Almeida (2010, p.73), que os residentes notam que podem reatar seus vínculos familiares, que estão desgastados pelas divergências ocorridas pelo uso de drogas. Dessa maneira, eles se sentem motivados e engajados no tratamento.

Nesse exercício de trazer a família junto ao tratamento se tematiza qual a expectativa que os familiares possuem em relação ao usuário.

Existe expectativa familiar, mas depende do histórico do sujeito, há pessoas, por exemplo, que hoje estão indo embora para Santana do Acaraú, como um senhor alcoolista que era o sexto internamento e a família já tinha largado devido à dificuldade de operadoras telefônicas diferentes, quando dava a comunidade terapêutica ligava, quando não se aguardava a ligação dos familiares. Desse modo o usuário tem direito a 20 minutos por semana nos dias de segunda a quinta de acordo com a tabela da laborterapia. A família se afasta, o usuário sente um desamor, com tendência a depressão, isso preocupa por causa de tentativas de suicídio, se não ocorrer o engajamento dos usuários o tratamento torna-se ineficaz. Há pessoas que possuem ainda esperança nos filhos que vêm mais frequentemente. Porém existem outros que por já terem enganado a família, roubado e até agredido não recebem visitas com frequência, o que evidencia então dependência do HDA (histórico da doença anterior) do usuário, mas no geral quando a família vê mudanças reacende a esperança e eles passam a ter uma expectativa maior de recuperação. (E1)

Já o segundo entrevistado aborda que geralmente os familiares não tem noção da gravidade da doença e pensam que os mesmos sairão do tratamento “curados”. (E2)

Continuando a discussão sobre a inserção da família na assistência, percebemos pelos depoimentos que as ações educativas são dirigidas à família, porém voltadas para o bem-estar do usuário, o que é realizado nas expectativas de reabilitação familiar.

Nesse contexto, após o término do tratamento do dependente químico alguns familiares retornam em busca de ajuda como codependentes na comunidade terapêutica. Assim, confirmado nos relatos abaixo.

Raramente as pessoas continuam vindo só quando há pessoas que passam a ser voluntários do CREMA (Centro de Recuperação Mão Amiga) e a mãe se engaja num grupo de codependentes, por exemplo, então ela vem e ajuda a dar um depoimento de codependente e auxilia a mostrar como foi gratificante para ela ajudar e ser firme no tratamento do filho. (E1)

A família é convidada a participar de reuniões quinzenais e a acompanhamentos individuais com a equipe técnica quando solicitada pela equipe assistencial de codependência.(E2)

Desse modo, Segundo Sanda (2009, p.246). Com a codependência o familiar se priva de suas atividades pessoais e direciona suas atitudes e condutas

em função dos acontecimentos imprevisíveis que acometem o usuário, o que geralmente causa sofrimentos, angústias e decepções.

A pesquisa foca também o suporte econômico propiciado pela família durante e após o tratamento, sendo esse aspecto evidenciado e abordado por meio da entrevista.

Nesse aspecto as instituições convergem em opiniões. Pois na primeira há duas variáveis, uma delas é a consciência que ele e a família tem sobre a doença e outro a capacidade financeira dela, pois tem famílias que mal conseguem se manter, mas de maneira geral quando a família compreende ela é capaz de fazer esforços. (E1)
Já na segunda a maioria das famílias são muito vulneráveis em todos os aspectos e o tratamento é totalmente gratuito. (E2)

Dessa maneira, Carvalho e Almeida (2003, p.89) enfatizam que a falta de recursos financeiros não impossibilita que os familiares proporcionem sustentáculos emocionais e econômicos aos filhos. Nesse contexto, a miséria não se relaciona com a falta de apoio familiar e esse suporte pode resguarda o indivíduo de situações de vulnerabilidades sociais, como dificuldades financeiras e emocionais.

Já a Lei 12.435 Brasil (2011) traz aspectos relevantes em seu Art. 6º como abordado abaixo:

A assistência social organiza-se pelos seguintes tipos de proteção:
I - Proteção social básica: conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários;
II - Proteção social especial: conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos.
Parágrafo único. A vigilância socioassistencial é um dos instrumentos das proteções da assistência social que identifica e previne as situações de risco e vulnerabilidade social e seus agravos no território.

Não podemos afirmar que todos os familiares têm o mesmo modo de pensar e se relacionar-se, com os membros da sua família, ou seja, um modelo único de família, mas sabe-se que existem as divergências de opinião principalmente quando convivem com pessoas que fazem uso de substância química, podem ter contexto familiar conturbado, desorganizado e disfuncional ao ponto dos laços afetivos se romperem, deste modo, poderá comprometer diretamente o resultado no tratamento do indivíduo. Do outro lado existe relacionamento que os componentes são amorosos, equilibrados, e se dedica ao

tratamento dando-lhe apoio psicológico e incentivando, assim poderá ter um bom resultado e um retorno ao contexto social.

4.4 A prática profissional do Serviço Social nas Comunidades Terapêuticas

O Serviço Social dentro do seu campo de atuação seja em comunidade terapêutica ou em outro ambiente de trabalho, deverá atuar com um posicionamento ético político de forma definida pela categoria, procurando a efetivação dos direitos sociais diante das questões sócias, objeto de intervenção da sua profissão. Conforme lamamoto (2001, p.185) entende-se por questão social o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade, e os Assistentes Sociais trabalham nas mais variedades expressões da questão social em diversas áreas.

Outro ponto tematizado é a carga horária de trabalho do assistente social, no qual houve relatos como tempo de serviço e duração horária semanal.

Sobre carga horaria de trabalho, e o tempo na instituição os entrevistados responderam “Trabalho desde a fundação da instituição, há uns 7 anos. Fui um dos responsáveis por montar toda a estrutura da comunidade terapêutica e estou formado desde 1972 ou seja 44 anos, tenho três especializações, dependência química, desenvolvimento de comunidade e planejamento regional e urbano (E1)
O serviço social cumpre carga horária de 30hs semanais assim como a psicóloga. (E2)

De acordo, com o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), conforme a Lei nº12.317, de 2010 e segundo Pamplona, (2010, p.76) a duração do trabalho do Assistente Social é de trinta horas semanais.

Portanto, tais relatos acima citados confirmam a implementação de tal lei nas instituições pesquisadas, o que mostra o respeito aos direitos e deveres do assistente social em seu ambiente laboral.

Quando questionados sobre quais são as atividades realizadas pelo Serviço Social desenvolvidas na instituição voltadas para os residentes, os entrevistados ressaltaram a importância dos 12 passos do Narcóticos Anônimos(NA) “as atividades são baseadas programa Minnesota, palestras, rodas de conversas, textos entre outros. (E1) ”“Nosso modelo é o modelo Minnesota, que tem como base os 12 passos com adaptações para a nossa realidade e com metodologias novas como o Laboratório de Valores. (E2) ”

Outra pergunta realizada aos entrevistados foi sobre quais as atividades do Serviço Social são direcionadas e envolvem a família. Deixaram bem claro que estão todos inseridos nas atividades desenvolvidas nas comunidades terapêuticas juntos com os dependentes químicos e seus familiares desde a porta de entrada que se inicia na triagem. Conforme os assistentes sociais:

A atividade direcionada a família diretamente é uma reunião e toda terça e quinta as uma hora e meia realizamos a fundo um estudo disso, a terapeuta e pedagoga ajuda na formatação e entende bastante sobre dependência química. Aos sábados, onde os estagiários batem papo, fazem entrevistas com os pessoais usando um formulário de entrevista que é fruto de uma condensação de vários outros que dá uma visão bem profunda sobre o adicto, sobre a família, sobre o relacionamento, trabalhos, habilidades e aptidões, o pessoal do serviço social aprofunda a questão desse relacionamento e como está essa relação com ele, ajudando com alguns mal entendidos e principalmente tentando fazer que o familiar conheça mais sobre a dependência química, a primeira coisa que o pessoal acha é que tem cura, enquanto o familiar não entender a natureza da dicção que é progressiva, incurável e pode ser fatal dificilmente irá dar um tratamento adequado, o enfrentamento adequado. (E1)

A partir da triagem o serviço social passa a realizar um trabalho direto com a família que perpassa todo o tratamento. (E 2)

O processo de reinserção começa com a avaliação social, momento em que o profissional mapeia a vida do paciente em aspectos significativos, que darão suporte ao seu novo projeto de vida, desenhando a partir das suas características pessoais e da etapa do tratamento em que se encontra (DUARTE, 2008, p.7). Sobre as ações que as instituições realizam para a reinserção social dos dependentes químicos, os entrevistados narraram:

Tentar fazer a reinserção social de uma pessoa a uma sociedade que está doente, capitalista, imediatista e globalizada, temos estudarmos os valores humanos e valores da sociedade, além do ensino supletivo, com um professor cedido pela prefeitura do Maranguape que realiza o EJA, e traz exercícios ajudando o pessoal a estudar e os levando para realizarem as provas lá, tivemos um rapaz aprovado que passou no concurso de vigilante foi também monitor. Levamos o pessoal para o SINE, tem cursos profissionalizantes que encaminhamos o pessoal, também fazemos primeiros socorros com os bombeiros. (E1)

Inserção dos adolescentes em cursos profissionalizantes oferecidos pela Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS); realização de oficinas no CT; Aquisição ou retirada de 2º via de documentos; Encaminhamento para o EJA ou CEJA; Encaminhamento de familiares para os CREAS municipais etc. (E2)

Desta forma as Comunidades Terapêuticas têm convênios com a Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS) e com o SINE para que os residentes possam realizar cursos profissionalizantes no intuito da reinserção social.

Conforme Costa (2001, p.215) após o término do tratamento o sujeito recuperado se vê diante de outro desafio:

O retorno ao meio sócio familiar. Trata-se do reinício das relações no âmbito da família, do trabalho, da escola... o que é decisivo para o seu retorno ou não ao uso de drogas. Dependerá de como essa reinserção é trabalhada, enfrentada e assumida por todos os envolvidos nesse processo: profissionais, egressos e familiares

Diante da percepção dos Assistentes Sociais cada vez mais está surgindo novas formas para combater a dependência química. Conforme os relatos feitos pelos atores sociais entrevistados.

Estão surgindo novas formas de encarar a dependência química, já fui dependente e agradeço a Deus por ter sido porque senão eu não teria conhecido a programação utilizada no tratamento, não teria conhecido uma nova maneira de viver, não teria me tornado um novo homem, mudei porque passei a me conhecer, só podemos fazer mudanças quando nos conhecemos e a programação nos permite isso, esse autoconhecimento. (E1)

A dependência química vem aumentando, primeiro porque as causas são múltiplas não só no gênero humano, a incompletude natural do ser humano não deixou de existir, os motivos para a insatisfação não deixaram de existir, os desequilíbrios principalmente num país de terceiro mundo emergente como o nosso e com tantas desigualdades vem agonizando, com os desequilíbrios sociais que aumentam, numa terra que vive uma crise de valores como a nossa, é natural que as causas para uso da droga aumentam e as causas para ser dependentes desde as causas naturais que tem tendência hereditário ou foi empurrado para a adicção.

Apesar dos estigmas ainda existentes, a dependência química hoje já é vista uma doença mental que atinge a pessoa em todos os aspectos (biopsicossocial), assim como a família e a sociedade como um todo. É uma doença crônica, progressiva e incurável; porém o dependente pode chegar ao controle da doença e levar uma vida "normal" desde que, permaneça longe das drogas. (E2)

Pode-se destacar que os fatores de risco são diversos, entre eles, o número de habitações subnormais, ou seja, no contexto familiar, em comunidades, favelas e áreas de risco cada vez aumenta possibilidade, a necessidade econômica, as questões sociais que favorecem o uso e a dependência química. Conforme afirmar Ballani e Oliveira:

Fatores econômicos adversos, aliados a uma política insuficiente de Assistência Social, principalmente de apoio a famílias cujas mães de adolescentes trabalham em período integral fora do lar, e de falta de uma política de reinserção social e emprego para os jovens usuários de drogas também influenciam na iniciação ou na continuidade da ocorrência. (2007. p.493)

Diante de várias dificuldades, o Assistente social não realiza visitas nos domicílio dos residentes, por condições estrutura e financeiras conforme a fala do entrevistado.

Após o término do tratamento não realizamos visita domiciliar nem durante o tratamento pela falta de condições estruturais temos dificuldades até em manter a nossas obrigações, só visitamos quando o residente está passando condições difícil. (E1)

Conforme a visão do segundo entrevistado, notou-se que a família costuma realizar visitas durante o tratamento, isto faz com que o serviço social veja o sujeito dentro da sua singularidade para que possa dar direcionamento, ou seja tenha mais elementos para direcionar os direitos sociais e realizar uma avaliação com conhecimento de causa.

Fazemos visitas domiciliares durante o período do tratamento. Após o tratamento em regime de internação, o adolescente é encaminhado para o tratamento ambulatorial na sede do Projeto Volta Israel em Fortaleza, onde passa a receber acompanhamento semanal. Nesta fase do tratamento os familiares também podem ser acompanhados, de acordo com as necessidades encontradas a partir da avaliação dos técnicos. (E 2)

Logo, esta é uma forma para o dependente químico dar continuidade ao tratamento ambulatorial com o apoio e a participação dos seus familiares e com ajuda da comunidade auxiliando em sua reinserção social.

Pode-se assim perceber que não foi difícil constatar o importante papel que a família ocupa durante todo o ciclo do tratamento. Desta forma se faz necessário indagar quais as atividades desenvolvidas na instituição que envolva os familiares podendo assim destacar que as comunidades terapêuticas apresentam atividades que interligam o residente aos seus familiares, para que os laços sejam reatados e venha a ocorrer uma aproximação dos familiares. Conforme mostra os entrevistados:

Uma vez por mês fazemos a roda de família que é uma das atividades, realizamos bazar fora para arrecadar recursos para fazer comemorações como o dia das mães, dos pais, Natal, Ano Novo, Páscoa e muitas vezes os familiares ajudam a fazer os bazares, coletas para as próprias festas e eles mesmo realizam suas próprias festas porque não temos recurso financeiro para arcar com todas as despesas. (E1)

Visitas domiciliares quinzenais, grupo quinzenal com familiares, comemorações de datas especiais (Dia das mães, festa Junina, Natal, entre outros). (E2)

Diante de tudo que foi relatado se faz necessário indagar quais os profissionais que trabalham com as famílias, para que ocorra a reinserção social,

podendo assim perceber a carência de profissionais qualificados que venham trabalhar de forma rotineira mostrando a importância do tratamento para o residente e seus familiares, os mesmos devem ter uma visão muito além da importância do tratamento, para que os familiares venham a aprender como lidar com esta doença e perceber que a participação da família junto do dependente é de extrema importância.

Procurando aproximação não existe ainda um trabalho sistemático, ou seja, estamos querendo formar um trabalho com os estagiários e com a participação das famílias, porém, criar um grupo de familiares para que todo sábado venham se encontrar na instituição se torna difícil devido à distância, pois os mesmos não vão sair de suas residências que ficam muito distantes para vir bater papo e falar sobre as programações, se tem grupo de Narcóticos Anônimos em tudo quanto é lugar, os familiares não veem a necessidade de ir para a instituição falar sobre dependência química e sim para estar com o residente. (E1)

Já na segunda comunidade terapêutica pesquisada durante a fala da entrevistada pode se perceber que existe uma equipe bem mais preparada para trabalhar junto com os residentes e seus familiares, segundo ator social relatou a instituição possui Assistente Social e Psicóloga. (E2)

Portanto, de acordo com as entrevistas, percebe-se que para exercer a função de Assistente social junto às comunidades terapêuticas na busca da recuperação de dependentes químicos e a reinserção social, o profissional precisa estar em concordância com o projeto ético-político, conforme o código de ética do assistente social, além de muita afeição, deve ser bem esclarecido, ter centralidade no atendimento à família, primazia na atribuição de competências técnicas e políticas diferenciadas sobre drogas, proximidade com os residentes e seus familiares, ter confiança na recuperação das pessoas, ter um bom relacionamento com os outros profissionais que fazem parte da equipe, está se capacitando regularmente, aperfeiçoando seus conhecimentos, e por fim, tentar superar os limites da realidade institucional, assim como aproveitar todas as possibilidades para mostrar aos usuários a melhor forma de acessar seus direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração as temáticas abordadas neste trabalho, nota-se que a família tem papel preponderante no processo de reabilitação do dependente químico, além de auxiliá-lo no seu processo de reinserção social.

A dependência química altera o cotidiano do usuário bem como o dos demais membros da família, sendo um dos principais problemas de saúde pública é o consumo de álcool e outras drogas pois afeta tanto a saúde quanto na vida econômica dos usuários de seus familiares e da sociedade.

Tratar o dependente químico de forma isolada sem participação de seus familiares, exclui as tradições e costumes do indivíduo, não respeitando a individualidade do usuário, têm-se mostrado ineficiente. Entretanto, quando as singularidades de cada indivíduo, são aceitas e valorizadas, e estimulando os membros familiares a serem coparticipantes do processo de reabilitação, obtém-se resultados satisfatórios e os usuários se tornam reabilitados ao convívio social.

Retomando uma visão mais aprofundada com relação as CT's, estas muitas vezes se tornam uma peça fundamental no tratamento do adictos com relação a dependência química, pois o trabalho é voltado exclusivamente para o sujeito e seus familiares para que haja uma retomada ao convívio social e retorno ao seio de seus familiares e a reintegração a sociedade. Diante da crescente demanda se faz necessária a intervenção do Estado, políticas públicas e do poder público que venham suprir essa demanda e não só as instituições privadas ou filantrópicas, onde estão enquadradas as CT's.

Conforme o objetivo geral compreende-se que, o Serviço Social atua junto dos residentes e seus familiares no atendimento social, na orientação, e no acompanhamento familiar visando o fortalecimento de vínculos, atua principalmente na reinserção dos adictos na família, na sociedade e incentiva para que haja capacitação profissional encaminhando-os à cursos profissionalizantes, dentre outros, conforme a necessidade e habilidades.

No decorrer das entrevistas e com a análise das mesmas bem como a participação dos profissionais do Serviço Social, percebemos a importância do assistente social com relação as residências terapêuticas juntos aos familiares e os residentes, contribuindo assim para traçar um perfil dos adictos.

Diante do primeiro objetivo específico que tinha como intuito identificar o perfil dos residentes atendidos pelas comunidades terapêuticas. Pôde-se perceber que as instituições estavam dentro do perfil da Vigilância Sanitária e conforme o ECA. A primeira instituição Centro de Recuperação Mão Amiga (CREMA) em que foi feita a pesquisa, o perfil era entre 18 a 65 anos e a maioria deles faziam uso de um tipo de drogas, ou seja, eram considerados poli usuários. E o grau de escolaridade dos residentes 88% deles não tinha o Ensino Médio completo e somente 12% tinha o Ensino Fundamental. Sendo que os residentes eram do interior, da capital e de outros Estados. A segunda São Padre Pio, o perfil era conforme o ECA de 16 e 21 anos. E o grau de escolaridade a maioria tinha o Ensino Fundamental completo. Eram direcionados do CREAS e CRAS, vindos do interior e da capital.

Conforme o segundo objetivo específico, era apontar o ponto de vista do profissional do Serviço Social, como a família vê e o acolhe. De acordo com o ponto de vista dos Assistentes sociais, a família apoiava o residente quando se tratava da primeira vez que ele estava residindo na Comunidade Terapêutica, mas a partir do momento que se dava da segunda ou mais vezes, os familiares não mais acreditavam na recuperação e por conta disso a maioria o abandonavam ao ponto de não fazer visitas e nem se comunicavam para obter informações de seu ente querido.

De acordo com o terceiro objetivo específico era ressaltar a importância do Serviço Social na participação da família durante o tratamento nas Comunidades Terapêuticas. O Assistência Social é de extrema importância nas CT's pois direciona o residente e seus familiares à busca de garantia de direitos sociais. Opera serviços, programas, projetos e benefícios, realiza de forma integrada às demais políticas públicas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e acesso aos direitos sociais. Ainda nessa perspectiva, tem como objetivo garantir segurança de sobrevivência (de rendimento e de autonomia), de acolhimento e contribui de forma direta com a ressocialização e a socialização e o retorno ao convívio familiar e comunitária. Através de rodas de conversas, diálogo com o residente e seu familiar e encontros individuais trabalhando a singularidade, a peculiaridade de cada sujeito envolvido.

Desse modo, conclui-se que o trabalho do assistente social é de suma importância para o tratamento dos adictos, e seus familiares a partir do momento que os mesmos reconhecem que a dependência química é uma doença e precisa

ser tratada não de forma isolada, mas envolvendo os membros da família, pois eles passam ser codependentes e devem ser também tratados, orientados e esclarecidos a respeito das drogas lícitas ou ilícitas e os danos que acarretam na sociedade e o usuário e sua família. Salientamos que este tema abordado possui limitações por apresentar uma população e amostra pequena, o que evidencia a necessidade da realização de novos estudos para generalização dos resultados observados.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Normas mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas - RDC nº 101.** Brasília. 2001.

ALMEIDA, N. L. T. de. **Retomando a temática da 'Sistematização da Prática' em Serviço Social.** Em Pauta: Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ, Rio de Janeiro: n.10, p.87-95, 2010.

ALVES, E. D.; Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde. **Gestão e Saúde**, v. 1, n. 1, 2, 3, p. 51-164, 2010.

AMARAL, P. C. G. A.; DURMAN, S.; O que pensa a família sobre o atendimento oferecido pela psiquiatria. **Acta sci., Health sci**, v. 26, n. 1, p. 113-119, 2004

AMARANTE, P.; **Saúde mental e atenção psicossocial.** SCIELO-Editora FIOCRUZ, 2006. p.122.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C. **SUS Passo a Passo: História, Regulamentação Financiamento Políticas Nacionais.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

ANGELO, Margareth. **Com a família em tempos difíceis-uma perspectiva de enfermagem.** São Paulo, 1997. 117p. Tese de Doutorado. Tese (Livre Docência)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

ANÔNIMOS, Narcóticos. Narcóticos Anônimos (Livro Azul). 1991.Vou falar sobre o Modelo ASAFE, Samuel. Órgão da Prefeitura de Fortaleza atende mais de 30 usuários de drogas por dia. **Tribuna do Ceará.**

ARAUJO, Renata Brasil *et al.* Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. **J braspsiquiatr**, v. 57, n. 1, p. 57-63, 20

BALLANI T; OLIVEIRA M. **Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas.** 2007; p. 493.

BARRETO, A.P.; Terapia comunitária: definição, objetivo e pressupostos. In: Pechansky, F. **Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas: módulo 5.** Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

BRASIL (DF). **Emenda Constitucional nº29**, de 13 dezembro de 2000. Brasília (DF), 2000.

_____. LEI Nº. 12.435, DE 6 DE JULHO DE 2011. **Sistema Único.**

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas.** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **A Prevenção do Uso de Drogas e a Terapia Comunitária.** Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Diário Oficial da União, Brasília, 5 out. 1988. Seção 1, p.1.

_____. **Decreto nº 5.912 – de 27 de setembro de 2006.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm> Acesso em: 02 de agosto de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.86 p.: il. color.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/**Ministério da Saúde. 2.ed.rev.ampl.-Brasília:Ministério da Saúde, 2004.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Cap. VII, art. 226, 1988.

_____. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas–Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

_____. **Política Nacional sobre Drogas.** Brasília: Presidência da República; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

BRAVO, Maria Inês Souza *et al.* **Saúde e serviço social.** Cortez, 2012

CAPRA, F. (1982). **O ponto de mutação.** São Paulo: Cultrix.

CARDIM, É. G; S. LOURENÇO, J. **Intervenções Familiares no Tratamento da Dependência Química.** 2012.

CARVALHO, I. M. M.; ALMEIDA, P. H.; Família e proteção social. **São Paulo em perspectiva**, v. 17, n. 2, p. 109-122, 2003.

CEBRID. **Centro brasileiro de informações sobre drogas psicotrópicas.** Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br/>>. Acesso em 16 de maio de 2016.

COELHO, Luzia. **Estratégia de desenvolvimento regional sustentável da agência do Banco do Brasil de Cantagalo/PR: limites e potencialidades.** 2011.

Conselho Federal de Psicologia. **RELATÓRIO da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília. 2011.46 p.

COSTA, S. F. (2009). As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas nos Atendimentos à Dependência Química. Londrina: **Serviço Social em Revista**, 11 (2): 1-14.

_____. O processo de reinserção social do dependente químico após completar o ciclo de tratamento em uma comunidade terapêutica. **Revista Serviço Social. Londrina**, n. 2, p. 215-242, 2001.

CRUZ, M. S.; FERREIRA, S. M. B. A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das UBS, CAPS AD, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. In: CRUZ, M. S. **As redes comunitária e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas: módulo 6**. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Fiocruz, 1999.

DIOS V.C. Droga, família, escola e o grupo de pares no processo de socialização de crianças e adolescentes em situação de rua. Em: Carvalho DBB, Silva MT, organizadores. **Prevenindo a droga dição entre crianças e adolescentes em situação de rua: a experiência do PRODEQUI**. Cadernos do PRODEQUI, 1. Brasília: MS/COSAM; UnB/PRODEQUI; UNDCP; 1999.

DUARTE, P. C. A. V.; BRANCO, A. P. U. A. Processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas e a Legislação Brasileira sobre drogas. In: ANDRADE, T. M. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais: módulo 1**. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

DURMAN, S. Centro de Atendimento Psicossocial Infantil - Caps i: **um espaço para o ensino em saúde mental**. Revista Nursing. São Paulo: Edição Brasileira, 1998.

FERREIRA, A. B.; **Mini Aurélio Século XXI Escolar: o minidicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2004.

FILHO, J.M.; **Família: conjuntura, organização e desenvolvimento**. UNESP – Univ Estadual Paulista, Franca, 2007.

FORMIGONI, M.L.O.S; GALDURÓZ, J.C.F.; MICHELI, D. Álcool: efeitos agudos e crônicos no SNC e em outros sistemas orgânicos. In: FORMIGONI, M.L.O.S. **Efeitos de substâncias psicoativas no organismo: módulo 2**. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

FRACASSO, L.; **Características da Comunidade Terapêutica**. In Drogas e Álcool Prevenção e Tratamento. 4. ed. Campinas: Komedi, 2009.

_____. **Características da Comunidade Terapêutica**. In Drogas e Álcool Prevenção e Tratamento. 4. ed. Campinas: Komedi, 2009.

GARCIA, J. J.; PILLON, S.C.; SANTOS, M.A.; Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, v.19 n^o.spe, p.753-61, Mai- jun.2011.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5^a ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLDBERG, Jairo. A doença mental e as instituições-A perspectiva de novas praticas. **A doença mental e as instituições a perspectiva de novas práticas**, 1992

GOULART, Maria Stella Brandão. Comunidades terapêuticas: conceito e prática de uma experiência dos anos sessenta. **Revista de Psicologia**, v. 5, n. 2, 2014

GROVES, B.M. **Children who see too much**. Beacon Press. Boston. 2002.

HOUAISS, A. (Ed.). **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.

IAMAMOTO, M. V.; O Serviço Social na cena contemporânea. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**, p. 16-45, 2009.

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL E CRIMINOLOGIA DE SÃO PAULO. **Info drogas**: Classificando as drogas. Lista mantida pelo IMESC. 2016.

KESSLER, F. H. P.; DIEMEN, L. V.; PECHANSKY, F. Dependência química. In: **Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KINOSHITA R.T.; Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana. In: Marsiglia RG, Dallari DA, Costa JF, Moura Neto FDM, Kinoshita RT, Lancetti A. **Saúde mental e cidadania**. São Paulo (SP): Mandacaru; 1987. p.77-8.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A.; **A Metodologia do trabalho científica**, 7^a. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LARANJEIRA, R.; JUNGERMAM, F.; DUNN, J. (2003). **Drogas: maconha crack e cocaína**. São Paulo: contexto.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços**. 2000. Tese de Doutorado.

LOOMIS M.; **Groups process for nurses**. Saint Louis: Mosby; 1979.

LUNARDELO, S.R.; **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto**. 2004. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. São Paulo, 2004.

MACHADO, V. R.; A atual política de acolhimento institucional à luz do estatuto da criança e do adolescente. **Serviço Social em Revista**, v. 13, n. 2, p. 143-169, 2011.

MANZINI, E. J.; **A entrevista na pesquisa social**. Didática, São Paulo, v. 6/27, p.149-158,1990/1991.

MANZO, A. J. **Manuela para la preparación de monografias: uma guia para presentar Informes y tesis**. Humanitas. Buenos Aires. 1971.

MARLATT, G. A. **Redução de Danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto alegre, artes Médicas Sul, 1999.

MARQUES, H. R. **Desarrollo local a escala humana**. Revista Polis. 22 disponível em: <http://www.revistapolis.cl/index.htm> Acesso em 10.02.2011. Acessado em: maio de 2016.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**: edição compacta. São Paulo: Atlas, 1996.

MENDES, E.V. **Distritos Sanitários**: Conceitos-chave. In: Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco; 1999cap.5, p.159-185.

MIDIO, A. F. **Glossário de toxicologia**. São Paulo: Roca, 1992.

MINAYO, M. C. S. (org.) **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1995.

MINAYO, M. C. S.; 3. za. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 344/98 - Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial**. JusBrasil. 2013.

NAZARENO, J. **Drogas. Jornal complexo Jurídico**. Edição 10. Fev. 2003. Oliveira, Luis Alberto Chaves de; O papel da família na prevenção primária precoce do uso, abuso e dependência de drogas. **O mundo de saúde** – SP, 25, (3) julho./set.2001

OMS - Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <www.paho.org/bra>. Acessado em: 10 de jun. de 2016.

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

PAGANI,R.; MINOZZO, F.; QUAQLIA,G. **Abordagem familiar**: cuidados às famílias com pessoas que usam álcool e outras por equipes de saúde da família. In: PAGANI,R.; Sistema Único de Assistência Social e as Redes Comunitárias: módulo 7. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

PEREIRA, J.; PILLON, S. **Alcoolismo e a Terapia Ocupacional**. Pesquisa sobre a prática da assistência a usuários de álcool e drogas no Estado de São Paulo. São Paulo: Editora Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004.

PEREIRA, P. **A Assistência Social na perspectiva dos direitos**: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres. Brasil. Thesaurus, 1996.

RAICHELIS, R.; The social worker's professional intervention and working conditions at Suas. **Serviço Social & Sociedade**, n. 104, p. 750-772, 2010.

RAICHELIS, R.; **Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no SUAS**. Net, São Paulo, out/dez. 2010. Disponível <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n104/10.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2015.

Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas / Conselho Federal de Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. 200 p

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas / Roberto Jarry Richardson; colaboradores José Augusto de Souza Peres... (et al.) - São Paulo: Atlas, 1999.

RICHARDSON, R. J.; **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1989.

RONZANI, T. M.; MOTA, D.C.B. Políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas. In: DUARTE, P. C. V.; ANDRADE, A.G. **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas**. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

SABINO, Nathali Di Martino; CAZENAVE, Sílvia de Oliveira Santos. Therapeutic communities as an alternative to the psychoactive substances dependency treatment. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 22, n. 2, p. 167-174, 2005.

SANDA, L. O. **A codependência**. In Drogas e Álcool Prevenção e Tratamento. 4. ed. Campinas: Komedi, 2009.

SILVA, E. A.; A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas: o papel dos pais e dos cônjuges. In: CRUZ, M. S. **As redes comunitárias e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas**: módulo 6. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

SILVA, I. R. **Alcoolismo e abuso de substâncias psicoativas**: Tratamento, prevenção e educação. São Paulo: Vetor, 2000

SILVA, L. I. L.; Presidência da República Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos DECRETO Nº 5.912, de SETEMBRO DE 2006, Diário da União. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm>. Acesso em: 22 de maio.2016.

SPOSATI, A.; O primeiro ano do Sistema Único de Assistência Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 87, 2006.

SZAPOCZNIK, J.; PEREEZ, A. **Family Interventions**, January,25-26,1996.

TEIXEIRA, P.; **Discurso feito no Grande Expediente da Câmara dos Deputados**. Brasília: Câmara dos Deputados, 28 out. 2009.

TILMANS-OSTYN, E. **La terapia familiar frente a la transmisión intergeneracional de traumatismos**. Sistemas Familiares. 2000.

TORO, A. José Bernardo; WERNECK, Nísia Maria Duarte. **Mobilização social:" um modo de construir a democracia ea participação"**. Ministério do Meio Ambiente, Recursos Hídricos e Amazônia Legal: Secretaria de Recursos Hídricos: ABEAS: UNICEF, 1997.

TRUJILLO. F. A. Metodologia da ciência. Kennedy. 3 Ed. Rio de Janeiro.1974 GIL, Antônio. Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

WINDLE, M.; SEARLES, J.; - Children of Alcoholic: Critical Perspectives. **The Guilford Press**, New York, 1990.

WOODY G.E. **Research findings on psychotherapy of addictive disorders**. Am J Addict. 2003;12: S19-S26.

WRIGHT, M. G. M.; CRISMAN, A. M.G. A Saúde ilnternacional, o Fenômeno das Drogas e a Profissão de Enfermagem na América Latina. In: **Texto & Contexto Enfermagem**. V. 13, nº 002, Abril/junho 2004, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, p.264-271.

ZAMPIERI, M. A. J.; **Padrão de Codependência e Prevalência de Sintomas Psicossomáticos**. São José do Rio Preto [dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Identificação dos usuários.

- Qual é o perfil dos usuários atendidos na instituição?
- Qual a média da faixa etária dos usuários?
- Quem apresenta maior número de usuários atendidos na instituição capital/interior?
- Qual é a escolarização dos usuários?

Perfil das famílias.

- No seu ponto de vista de que forma a família auxilia o usuário no tratamento?
- Com que frequência o usuário recebe visitas da família?
- Qual a expectativa que o familiar tem com relação ao tratamento do usuário?
- Após a internação a família continua fazendo o acompanhamento do usuário a instituição?
- A família dá suporte econômico ao usuário durante e após tratamento?

Prática profissional

- Quanto Tempo a senhora trabalha na instituição. Carga horaria de trabalho (em horas/semanal) é igual para os outros profissionais de nível superior?
- Rotina de funcionamento da instituição (número de usuários e profissionais – atividades)
- Atividades do Serviço Social é direcionada à família, ou seja, envolve a família?
- Quais as ações que instituição realiza para a reinserção social?
- Qual a sua percepção de ver a dependência química hoje?
- O assistente social faz visitas domiciliares ao usuário após término do tratamento?
- Quais as atividades desenvolvidas na instituição que envolvem os familiares?
- Qual profissional trabalha com as famílias?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Declaro, por meio deste Termo, que concordei em ser entrevistado (a) e/ou participar na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada: _____ desenvolvida por _____. Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada por _____, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (_____). Afirmando que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) do objetivo geral, estritamente acadêmico, do estudo que, em linhas gerais, é _____. Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa e que minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e/ou seu (sua) orientador (a). Fui ainda informado (a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante:

Assinatura do (a) pesquisador (a):

Assinatura da testemunha:

ANEXOS

ANEXO A - CAMPO DA PESQUISA

CENTRO DE RECUPERAÇÃO MÃO AMIGA – CREMA, Endereço Sede: RUA JAGUARIBE Nº 913 - Bairro: PARQUE LUZARDO VIANA - MARACANAÚ - CEP: 61.915-410.



BREVE HISTÓRICO DO CREMA

No segundo semestre de 2008, alguns cidadãos já com certo tempo de abstinência de drogas, mas sentindo uma necessidade de maior fortalecimento, procuraram um local, onde pudessem dedicar-se com mais afinco ao estudo e à prática do Programa de 12 Passos, utilizado com sucesso pelas Irmandades Anônimas para recuperação de Dependentes Químicos.

Entretanto face ao longo período de internamento, ao baixo índice de recuperação de várias Comunidades Terapêuticas que utilizam métodos religiosos, e aos altos custos do internamento em outras não religiosas, resolveram compartilhar a experiência junto a outros adictos, que sentiam a mesma necessidade, e conseguiram a cessão de um pequeno sítio de uma pessoa sensível à questão, que encabeçou o movimento. Este concordou com a condição de que, mesmo que se aumentasse a estrutura física e o volume de atendimento (visando atender a enorme

demanda dos necessitados), manter-se-ia sem fins lucrativos, e fiéis à proposta de ser garantido um local capaz de proporcionar um clima de AMOR e CONFIANÇA aos residentes.

E assim, a partir de outubro de 2008 iniciou-se, com a adesão de vários interessados, o embrião de uma Comunidade Terapêutica, buscando desde logo alcançar os padrões técnicos dentro dos parâmetros recomendados pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), e com o diferencial da participação ativa dos atores envolvidos.

Instalados nesta pequena e modesta propriedade de 4.200 m², iniciamos atendendo gradativamente em regime de experiência até nossa legalização em 30 de maio de 2009. Já atendemos até a presente data, um total de 645 (seiscentos e quarenta e cinco) dependentes e orgulhamo-nos de registrar somente 22 (vinte e duas) evasões.

MISSÃO:

“Proporcionar à Jovens e Adultos uma nova opção de vida, sem drogas, com dignidade, resgatando sua cidadania, fortalecendo os laços familiares e fomentando a geração de ocupação e renda”.

PRINCÍPIOS:

Tal como o nosso símbolo: o beija-flor, que vem reabastecer-se d'água numa mão amiga, o SER (residente) encontrará no CREMA um espaço onde, através de uma prática que lhe assegure um clima de AMOR E CONFIANÇA, que o permita vir a TORNAR-SE LIVRE, fazer uma leitura crítica de si mesmo, seus comportamentos, atitudes e valores, visando uma nova maneira de viver, e então, reabastecido, desenvolver-se nas diversas dimensões de um ser humano integral.

Nossa Proposta Sócio Terapêutica, é alicerçada num conjunto de Princípios que deverão nortear todas nossas Ações, e que consideramos fundamentais para o avanço da nossa proposta inovadora: de uma Comunidade Terapêutica com a participação ativa de todos atores envolvidos, neste processo de mudança.

Sem uma ordem hierárquica, dada a importância de cada um e do todo, abordamos brevemente cada um deles:

- I – ÉTICA;
- II – HONESTIDADE, BOA VONTADE e MENTE ABERTA;
- III – ESPIRITUALIDADE;
- IV – QUALIDADE DE VIDA;
- V – PARTICIPAÇÃO (COMPARTILHAMENTO).

OBJETIVOS E METAS:

OBJETIVO GERAL:

Acolhimento para o Tratamento Biopsicossocial visando desencadear o processo de Recuperação e inserção/reinserção social de dependentes químicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Enfoque holístico do Ser
- Garantia de Direitos dos Cidadãos.
- Educação para Qualificação Profissional.
- Ocupação e Geração de Renda.

METAS:

Atual capacidade de internamento: 35 Leitos para residentes do sexo masculino (acordado com a Vigilância Sanitária). Trabalhamos com a perspectiva de ser ampliada para 70 (setenta) vagas, com a reforma de dois ambientes, e a ampliação para mais um sítio em Maranguape.

Critérios de admissão: sexo masculino; ter entre 18 (dezoito) e 65 (sessenta) anos; salvo adolescentes encaminhados pelo Ministério Público ou Juizado da Infância/Adolescência; reconhecer ser dependente químico; expressar sincero desejo de internar-se para tratamento; aceitar e zelar pelo cumprimento da Proposta Terapêutica e Regimento Interno

ANEXO B – CAMPO DA PESQUISA

COMUNIDADE TERAPÊUTICA SÃO PADRE PIO, Endereço: Rua Nossa Senhora de Nazaré, nº 1.000 – Coité - CEP: 60.740-000 - Eusébio - Ceará



BREVE HISTORICO COMUNIDADE TERAPÊUTICA SÃO PADRE PIO

A dependência química se configura como um dos maiores flagelos sociais do mundo contemporâneo. Estudiosos e profissionais de várias áreas buscam soluções para essa problemática tão complexa quanto perturbadora.

Dentro deste contexto, várias modalidades de enfrentamento a esta questão se apresentam e tentam cada uma a sua maneira, amenizar o efeito devastador desse mal que vem destruindo tantas pessoas e famílias.

Uma dessas modalidades é a comunidade terapêutica que teve suas origens adaptadas da metodologia utilizada Alcoólicos Anônimos (AA), onde o convívio entre pessoas que sofrem com a dependência química e são acolhidos em ambiente saudável para conviverem e trocarem experiências entre si conseguem gradativamente, através de um processo de conscientização mútua, abandonarem o uso de substâncias psicoativas e se manterem em sobriedade.

Em agosto de 2008, foi inaugurada no município de Eusébio, a Comunidade Terapêutica São Padre Pio. Esta instituição passou a fazer parte do Projeto Volta Israel, da Comunidade Shalom, que há mais de 25 anos trabalha a questão da dependência química.

Desta forma CTSP, surgiu a partir de um convênio com Governo do Estado do Ceará, através da Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social. Criada para acolher inicialmente adolescentes e jovens do sexo masculino. Com idade de 16 a 21 anos, egressos das medidas socioeducativas, ou seja, adolescentes em conflito com a lei e/ou que estejam em situação de risco social devido ao uso abusivo das referidas substancias.

Atualmente, devido à demanda apresentada, tem-se a capacidade para o tratamento de até 20 adolescentes oriundos da realidade informada acima, assim, os adolescentes são encaminhados pelo Poder Judiciário, Conselhos Tutelares, Ministério Público, Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) dos municípios do Estado do Ceará, bem como de outros Estados e da Associação Shalom de Promoção Humana.

OBJETIVO

Tratar a dependência química de substâncias psicoativas de adolescentes egressos de medidas socioeducativas e de abrigos, em regime de internato por um período médio de oito meses.

ÁREA DE ABRANGÊNCIA

Capital e Interior

MATRIZ INSTITUCIONAL

STDS/Ministério Público/Justiça da Infância e da Juventude/Conselho Tutelar e Associação Shalom de Promoção Humana

INDICADORES DE DESEMPENHO

Descrição	maio/2016	Jan- maio/2016
Adolescentes atendidos	11	28
Atendimento a familiares	06	25
Adolescentes desligados por concluir tratamento	-	08
Adolescentes desligados por desistência	02	14
Adolescentes desligados por alta administrativa	01	04
Adolescentes que retornaram à unidade	-	10
Adolescentes desligados por evasão	01	01

FONTES DE FINANCIAMENTO

Governo do Estado do Ceará - Tesouro (00)

Associação Shalom de Promoção Humana