



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

MONALISA MACÁRIO MAGALHÃES

**AS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL NO TRATAMENTO DE USUÁRIOS E
DEPENDENTES QUÍMICOS EM UMA UNIDADE DE ACOLHIMENTO
DE FORTALEZA - CE.**

FORTALEZA - CE

2017

MONALISA MACÁRIO MAGALHÃES

**AS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL NO TRATAMENTO DE USUÁRIOS E
DEPENDENTES QUÍMICOS EM UMA UNIDADE DE ACOLHIMENTO
DE FORTALEZA - CE.**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Graduação em Serviço Social da Faculdade Ratio, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientação: Prof. Dra. Lucili Grangeiro Cortez.

FORTALEZA - CE

2017

AS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL NO TRATAMENTO DE USUÁRIOS E
DEPENDENTES QUÍMICOS EM UMA UNIDADE DE ACOLHIMENTO
DE FORTALEZA - CE.

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica Ratio, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.
Orientador (a): Prof. Dra. Lucili Grangeiro Cortez.

FORTALEZA - CE

2017

MONALISA MACÁRIO MAGALHÃES

AS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO
TRATAMENTO DE USUÁRIOS E DEPENDENTES QUÍMICOS EM UMA UNIDADE
DE ACOLHIMENTO DE FORTALEZA - CE.

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).

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Lucili Grangeiro Cortez - Orientadora
Faculdade Ratio

Prof. Esp. Roberta Maria de Albuquerque Sá
Faculdade Ratio

Prof. Ms. Virzângela Paula Sandy Mendes
Faculdade Ratio

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família por ter me dado forças nos momentos mais difíceis;

Agradeço aos meus filhos pelo apoio;

Agradeço, especialmente, ao meu pai por sempre ter acreditado no meu potencial;

Agradeço ao meu amigo Jucélio pela mão amiga em diversos momentos do Curso de Serviço Social;

Agradeço aos professores e aos assistentes sociais que de forma direta ou indireta me deram suporte para execução deste trabalho;

Agradeço à minha orientadora, professora Lucili Grangeiro Cortez, por estar ao meu lado nesta longa caminhada me ajudando e apoiando;

Agradeço à professora Roberta Maria de Albuquerque Sá por ter aceitado participar da banca examinadora;

Agradeço à professora Virzângela Paula Sandy Mendes por ter aceitado participar da banca examinadora.

Parece improvável que a humanidade seja algum dia capaz de dispensar os paraísos artificiais, isto é... a busca e auto transcendência através das drogas ou... umas férias químicas de si mesmo...

A maioria dos indivíduos levam tão dolorosas ou tão monótonas suas vidas, pobres e limitadas, que a tentação de transcender a si mesmos, ainda que por alguns momentos, é, e sempre foi um dos principais apetites da alma.

(ALDOUS HUXLEY)

RESUMO

Este trabalho monográfico pretendeu compreender as dificuldades enfrentadas pela equipe multiprofissional no tratamento dos usuários e dependentes químicos em uma Unidade de Acolhimento do município de Fortaleza - CE. A metodologia utilizada foi de natureza qualitativa. Para tanto, utilizamos os tipos de pesquisa bibliográfica e de campo, realizada na Unidade com três profissionais de nível superior que aceitaram contribuir para construção deste trabalho. Quanto ao referencial teórico trouxemos para as discussões a visão de teóricos que apresentaram conceitos sobre a família e seu papel no tratamento dos usuários e dependentes químicos, drogadição, Política Nacional Sobre Drogas e Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Por fim, constatamos que as principais dificuldades enfrentadas pela equipe multiprofissional no atendimento às pessoas que estão em drogadição são inúmeras, tendo em vista que englobam uma série de fatores socioeconômicos, cabendo questões financeiras, familiares e de moradia. Portanto, compreendemos que são dificuldades relacionadas à situação de risco ou vulnerabilidade social em que estão inseridos esses indivíduos, sua família e até mesmo à própria comunidade onde residem.

Palavras-Chave: Drogadição; tratamento; família; políticas públicas.

ABSTRACT

This monographic work aimed to understand the difficulties faced by the multiprofessional team in the treatment of users and chemical dependents in a Reception Unit in the city of Fortaleza - CE. The methodology used was qualitative in nature. To do so, we used the types of bibliographic and field research carried out in the Unit with three professionals of higher level who accepted to contribute to the construction of this work. Regarding the theoretical reference, we brought to the discussions the vision of theorists who presented concepts about: family and its role in the treatment of users and chemical dependents, drug addiction, National Policy on Drugs and National System of Public Policies on Drugs. Finally, we find that the main difficulties faced by the multiprofessional team in the care of people who are addicted to drugs are innumerable considering that they encompass a series of socioeconomic factors, with particular emphasis on financial, family and housing issues. Therefore, we understand that they are difficulties related to the situation of risk or social vulnerability in which these individuals, their family and even the community where they live are inserted.

Keywords: Drug addiction; treatment; family; public policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS AD – Centros de Atendimento Psicossocial de Álcool e Drogas

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

Centro Pop – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito

CONAD – Conselho Nacional Antidrogas

DPF – Departamento de Polícia Federal

FIESP – Federação das Indústrias do Estado de São Paulo

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

LSD – Ácido Lisérgico Dietilamida

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAD – Política Nacional AntiDrogas

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

STF – Supremo Tribunal Federal

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. A INSERÇÃO DAS DROGAS NA SOCIEDADE.....	20
2.1 As drogas e a família.....	23
3. A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM RELAÇÃO ÀS DROGAS NO BRASIL.....	26
3.1 A Atual Política Nacional sobre Drogas.....	28
3.2 O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.....	31
4. A UNIDADE DE ACOLHIMENTO.....	35
4.1 A efetividade das ações em uma Unidade de Acolhimento no município de Fortaleza ,segundo a equipe multidisciplinar.....	37
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICE.....	57
ANEXO	59

1 INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas se dá desde os primórdios da humanidade, sendo que essas são popularmente conhecidas como drogas. De acordo com Mota, a “droga” tem origem na palavra holandesa *droog*, que significa folha seca. Portanto, são: “ substâncias naturais utilizadas na alimentação e na medicina do século XVI ao XVIII. No contexto colonial, a droga representou um conjunto de riquezas exóticas, produtos de luxo destinados ao consumo, ao uso médico e também como “adubo” da alimentação, o que hoje chamamos de especiarias” (MOTA, 2009, p. 03).

De acordo com Reis (2005), a questão das drogas não é uma novidade para a humanidade. Historicamente, as sociedades se utilizam de substâncias psicoativas, contudo, com a mercantilização da droga, a violência associou-se aos usuários gerando novas e maiores implicações. Vale lembrar que, na Antiguidade, essas substâncias já se faziam presentes, sendo usadas pelos mais diversos motivos, como por exemplo: culturais ou em cerimônias coletivas, rituais e festas (associadas à distração), superação da timidez e ao isolamento e, até mesmo, associada à medicina.

Na Antiguidade, a droga era utilizada como forma de interação, de partilhar em grupo novas experiências e sensações, de perceber o universo e o ser humano com um olhar diferenciado na sua interioridade. Portanto, o consumo dessas substâncias não é um fenômeno recente e exclusivo da sociedade contemporânea, mas uma prática milenar e universal. Um exemplo dessa prática remota é descrita por Reis (2005, p.03), o qual afirma que: “são conhecidos os relatos dos índios da América Central que utilizavam a folha da coca, no século XVI, em seus rituais religiosos: em meados do século XIX, a cocaína era bem conhecida e aceita como cura para o alcoolismo”.

Outro relato sobre o consumo de substâncias que alteram a consciência também pode ser encontrado em Oliveira (2007), o qual afirma que diversas provas arqueológicas indicam o uso de drogas como uma prática antiga: há 7.000 anos, os povos andinos mascavam folhas de coca; ao norte do Irã, foram detectados resíduos de bebida alcoólica em vasos datados entre 5.400 e 5.000 a.C; em utensílios chineses de 4.000 a. C., foram identificados resquícios de maconha.

Desse modo, fazendo uma análise sobre a questão das drogas, entendemos que a compreensão histórica não diminui o problema, só demonstra que o uso de

substâncias psicoativas, que alteram o estado normal da consciência, é algo que perpassa pelas mais diversas sociedades e pelos mais diversos períodos de tempo. Assim, para uma melhor compreensão sobre esta questão, entendemos que é preciso termos em mente que o uso abusivo dessas substâncias é algo relacionado ao contexto familiar e social. Portanto, na forma como a sociedade está organizada.

Trazendo essa realidade para a sociedade contemporânea, de acordo com Orth (2005), os mais diversos tipos de substâncias psicoativas, na atualidade, foram divididos em três grupos: de origem natural, semi-sintéticas e sintéticas.

As drogas naturais são plantas cuja matéria prima é usada diretamente como droga ou extraída e purificada, como por exemplo, a maconha. As semi-sintéticas são o resultado de reações químicas em laboratórios, a partir de drogas naturais, como acontece com a heroína. Já as sintéticas são produzidas, unicamente, por manipulações químicas em laboratórios, como por exemplo, o Ácido Lisérgico Dietilamida (LSD) (ORTH, 2005).

No Brasil, segundo definição da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD, 2010), as drogas são substâncias que produzem mudanças nas sensações, no grau de consciência e no estado emocional das pessoas. As alterações causadas por essas substâncias variam de acordo com as características da pessoa que as usa, da droga escolhida, da quantidade, da frequência, das expectativas e das circunstâncias em que é consumida (BRASIL, 2010).

Trazendo o problema do consumo de drogas, no Brasil, de acordo com Mota (2009), a partir do século XX, nas metrópoles brasileiras passou a ser constatado um aumento significativo do consumo dessas substâncias, principalmente de cocaína, haxixe, morfina, ópio e até mesmo de heroína. A esse respeito, o mesmo autor relata:

[...] entre as décadas de 1920 e 1930, no Brasil, já era possível observar muitos dos problemas sociais que hoje circundam o consumo de drogas ilícitas na atualidade: tráfico ilegal, problema com dependência, clínicas para recuperação de viciados, prostituição associada ao vício, busca por luxúria e prazeres exóticos propiciados por essas drogas por intelectuais e artistas (MOTA, 2009, p.67).

Ainda nesse período, no Brasil, o uso da maconha era uma prática inaceitável. Tanto que foram organizadas campanhas por um grupo de médicos psiquiatras, haja vista que a maconha era sinônimo de rebeldia, violência,

hostilidade e desequilíbrio. Já após a II Guerra Mundial, no Brasil, o combate ao chamado “maconhismo” se tornou uma bandeira nacional, sendo que a partir do ano 1950, a cruzada contra a maconha se intensificou por meio de inúmeros artigos publicados na imprensa, ressaltando os malefícios que essa substância causa à saúde e ao “caráter” dos indivíduos que dela fazem uso. Analisando para além dos malefícios que o uso de “drogas” traz aos indivíduos, o mesmo autor argumenta que, para compreender o fenômeno do uso de substâncias psicoativas, faz-se necessário considerar o contexto histórico e o período sociocultural em que as mesmas estão inseridas (MOTA, 2009).

Dentro dessa análise, Mota (2009) afirma que o consumo dessas substâncias psicoativas passou de simbólico¹ para um uso descontrolado, trazendo profundos problemas para os indivíduos que dessas substâncias fazem uso, bem como para a família e para a sociedade como um todo, tornando-se assim, um problema de saúde pública.

Segundo Silva (2007), que faz uma analogia sobre o uso abusivo de substâncias psicoativas e a posterior dependência da mesma, esse fenômeno ocorre devido a três fatores: o acesso ao produto (álcool e outras drogas); um indivíduo com sua história (vulnerabilidades individuais); e o contexto social, cultural, político e econômico. De acordo com as próprias palavras desse autor, o uso dessas substâncias passou a ser examinado, pelos mais diversos estudiosos da temática: “[...] dentro da perspectiva de uma dinâmica multireferencial que inclui interações do sujeito, droga consumida e meio sociocultural em que estão inseridos” (SILVA, 2007, p.27).

Diante dessa nova visão, sobre o uso das drogas e, por consequência, o tratamento² oferecido por equipes multidisciplinares foi estendido às famílias, tendo em vista que, o tratamento passou a abranger também a família dos doentes.

A partir dessa nova realidade, Silva (2007) argumenta que quando se fala em família, no contexto de álcool e drogas, assim devemos compreendê-la:

[...] um grupo de pessoas em interação, que não pode ser reduzida à descrição das características individuais de cada um dos seus membros,

¹De acordo com Mota (2009), o uso simbólico de substâncias psicoativas nas mais diversas sociedades, por milhares de anos era usada apenas em rituais.

²De acordo com Silva (2007), até meados dos anos de 1980, no Brasil, ainda prevalecia o tratamento dos dependentes químicos em hospitais psiquiátricos, que por sua vez possuíam como uma de sua principal característica o confinamento.

pois ultrapassa as somas dessas características, configurando uma totalidade diferenciada que se transforma com o tempo e os acontecimentos. Ela tem que adaptar a permanência de suas estruturas às mudanças relacionais, inerentes aos ciclos de desenvolvimento de vida. (SILVA, 2007, p.46).

Ainda com relação à questão das famílias que possuem dentre seus indivíduos, pessoas que são dependentes químicos, Silva (2007) afirma que dificilmente uma pessoa que faz uso abusivo de droga não afeta a família, além de comprometer sua vida, tanto no aspecto social como psicológico, pois o usuário de drogas também compromete a relação familiar.

De acordo com Costa (2008), é no ambiente familiar que os valores, preceitos e funções são construídos. Quando acontece alguma interferência que possa alterar esse funcionamento, como é o caso de ter um membro dependente químico, isso pode provocar distorções nos comportamentos, levando a conflitos entre os membros da família.

Portanto, como observa Silva (2007, p.4), a dependência química afeta:

[...] diretamente o sistema familiar. A maioria das famílias que convivem com a drogadição, esse problema se torna o tema central de sua existência, dominando todos os aspectos de sua vida. Sendo considerada, uma patologia social, da relação familiar e individual e que não pode ser compreendida sem uma inter-relação entre todas essas dimensões.

Diante de tudo o que foi discorrido, surgiu a indagação: quais as dificuldades enfrentadas pela equipe multiprofissional no tratamento dos usuários e dependentes químicos em uma Unidade de Acolhimento em Fortaleza – CE?

Assim, o ponto de partida que deu origem ao nosso objetivo geral da presente pesquisa foi compreender as dificuldades enfrentadas pela equipe multiprofissional no tratamento dos usuários e dependentes químicos em uma Unidade de Acolhimento, em Fortaleza, no Estado do Ceará. Como forma de alcançar este objetivo, tivemos como objetivos específicos: apontar as principais dificuldades enfrentadas pelos usuários e dependentes químicos no processo de desenvolvimento do tratamento na visão da equipe multiprofissional; identificar as principais demandas dos usuários e dependente químicos no processo de tratamento, pela ótica da equipe multidisciplinar; e identificar as Políticas Públicas direcionadas a essa população.

O interesse pessoal em pesquisar a problemática das drogas e suas consequências surgiu a partir de experiências quando visitamos um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas da Secretaria Executiva Regional e o Hospital Nosso Lar em Fortaleza. Essas instituições desenvolvem diversas atividades, dentre estas, chamou-nos à atenção a atividade com familiares de dependentes químicos denominada Grupo de Família, um trabalho voltado para os familiares de pessoas que fazem uso de drogas.

O interesse acadêmico pela temática foi construído na medida em que o Estágio Supervisionado I foi realizado no Hospital Frotinha do Antônio Bezerra e o Estágio II, na Unidade de Acolhimento Dr. Silas Munguba (Regional V), onde pudemos aprofundar o interesse, pois passamos a observar que existe um empenho dos profissionais que buscam, por meio do Grupo de Família, colaborar para que os familiares que possuem indivíduos dependentes químicos melhorem, assim como a compreensão do problema e de como devem lidar com essa questão no seio da família. Além disso, minhas experiências dentro das duas unidades foram pautadas na observação através do diálogo com alguns pacientes e familiares durante as visitas, acrescentando muito a minha visão enquanto estagiária do curso de Serviço Social.

Desse modo, nossa experiência de Estágio, possibilitou observar a importância dos vínculos familiares com os indivíduos dependentes químicos; a relação dos usuários com a família e com o meio social; bem como a presença de drogas e violência no ambiente familiar.

Entendemos, em relação à relevância social, que a presente pesquisa é importante, por trazer à luz os problemas dos indivíduos dependentes químicos e de sua família, pois sabemos que ao procurar ajuda, (tratamento) o dependente químico apresenta resistências em vários aspectos, como no biológico, psicológico e social, pois as famílias e a sociedade desconhecem tais situações, acabando assim, por criarem estereótipos, taxando essas pessoas de maneira pejorativa.

Quanto ao percurso metodológico, foi utilizada uma abordagem qualitativa, por esta ser essencialmente a mais indicada e utilizada no campo das Ciências Sociais, visto que trabalha com o conjunto de fenômenos que fazem parte da vida social. Assim, é perceptível o significado dessa abordagem para a interpretação dos fenômenos na compreensão dos sujeitos, pois de acordo com Minayo (1994, p. 32): “[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das

crenças, dos valores e das atitudes, permitindo uma maior aproximação com a realidade a ser analisada”. Desse modo, dada a temática do presente trabalho, optamos por uma pesquisa qualitativa, tendo em vista que o trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional de uma Unidade de Acolhimento, envolve fenômenos que fazem parte da vida social, ligado assim, ao universo dos significados.

Além disso, ancoramo-nos nos pressupostos de Gil (2002), pois a pesquisa qualitativa é “o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas” (GIL, 2002, p.37).

Portanto, o presente estudo deu ênfase aos relatos e vivência dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional em uma Unidade de Acolhimento situada na Avenida D, n.º 400, no bairro Prefeito José Walter, na cidade de Fortaleza.

Desse modo, a pesquisa teve início, primeiramente, por meio de um levantamento bibliográfico prévio, o qual nos propiciou conhecer teóricos como Avelino (2009) e Sluzki (1997) que tratam sobre a temática aqui abordada. Vale lembrar que a pesquisa bibliográfica é considerada um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, relacionados com o tema.

Assim, Gil (2002, p.44) esclarece o que consiste ser uma pesquisa bibliográfica:

[...] é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas. As pesquisas sobre ideologias, bem como aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema, também costumam ser desenvolvidas quase exclusivamente mediante fontes bibliográficas.

Ao adentrarmos no campo da pesquisa que materializou esta monografia, conforme já mencionado, foram realizadas entrevistas. Para tanto, nos ancoramos em Minayo (1994, p. 47), segundo a qual:

O trabalho de campo se constitui em uma etapa essencial do processo de pesquisa e necessita ser pensado a partir de referenciais teóricos e de aspectos operacionais que envolvam questões conceituais. Assim, o campo social não é transparente, tanto o pesquisador como os atores, sujeito-objeto da pesquisa, interferem dinamicamente no conhecimento da realidade.

Deste modo, previamente foi construído um roteiro de entrevista semi-estruturado com perguntas “abertas”, permitindo assim, ao entrevistado discorrer sobre um determinado tema. Essas entrevistas foram realizadas com três profissionais que integram a equipe multiprofissional da Unidade de Acolhimento, sendo os sujeitos: um enfermeiro, um psiquiatra e uma assistente social. Para tanto, durante os meses de outubro e novembro, fizemos uso de um gravador de voz, que auxiliou na execução das entrevistas, sendo que essas só foram realizadas após a autorização dos sujeitos entrevistados.

Ainda em relação às entrevistas semiestruturadas, é importante deixarmos registrado que seguimos os pressupostos de Goldenberg (2004, p. 66), pois deixa claro que esta técnica é o “instrumento mais adequado para a revelação de informação sobre assuntos complexos, como as emoções, permitindo uma maior profundidade do tema”, pois o entrevistador, a partir das respostas obtidas, possa fazer outros questionamentos.

No que diz respeito ao aspecto ético da pesquisa, à análise dos resultados, bem como à identificação dos sujeitos que aceitaram participar deste trabalho, se deram conforme as diretrizes dispostas pelo Código de Ética do Serviço Social, estando de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e com a Resolução 510/16, a qual: “considera que a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais exige respeito e garantia do pleno exercício dos participantes, devendo ser concebida, avaliada e realizada de modo a prever e evitar possíveis danos aos participantes” (BRASIL, 2016).

Dessa forma, vale esclarecer que os participantes que colaboraram para a concretização deste trabalho foram identificados apenas pela sua profissão, garantindo, assim, o sigilo profissional.

É importante lembrarmos ainda que as entrevistas foram posteriormente transcritas e submetidas ao processo de análise de conteúdo. De acordo com Minayo, além de ser um dos métodos mais utilizados na análise de dados qualitativos representa mais que um procedimento técnico, pois é “uma técnica que permite tornar aplicáveis e válidas interferências sobre dados de um determinado contexto” (MINAYO, 1994, p.55).

Por fim, vale registrarmos que elegemos as seguintes categorias de análise, tratadas ao longo dos próximos capítulos: família, drogas e as políticas públicas direcionadas para essa população, as quais são dialogadas com autores e

organismos, tais como: Silva (2007), Costa (2008), Souza (2006), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), dentre outros.

Com relação à família, entendemos que é o refúgio do indivíduo, quando nos deparamos com situações de difícil resolução. Percebemos que é dentro da família que cada um busca e deseja receber atenção, respeito e reconhecimento, pois o recinto familiar está para além do local de moradia. A família tem a magnitude do cuidado, da defesa e do acolhimento. Conforme Silva (2007, p. 32):

A família torna-se a esfera íntima de existência, o local exclusivo onde se pode exprimir a própria emoção e agregar-se aos outros. Representa ainda o lugar onde se pode refazer-se das humilhações sofridas no mundo externo, expandir a agressividade reprimida, exercitar o próprio autocontrole, repreender e vencer o outro. Diante de vários conflitos vivenciados pelos sujeitos na atual conjuntura, a família pode ainda ser um lugar onde se pode contar para extravasar suas angústias e ansiedades frente a tantos problemas (desemprego, desentendimentos com amigos, transportes, trabalho precário, baixos salários e outros).

A respeito da dependência química em decorrência do uso abusivo de drogas, segundo Mansur (2004), um número significativo de pessoas se torna dependente devido à necessidade de pertencimento a determinados grupos sociais, dos quais eles passam a integrar. É importante termos em mente que, muitas vezes, o indivíduo precisa se identificar no grupo e para tanto, passa a ingerir bebidas alcoólicas além de outras drogas lícitas ou ilícitas, com a finalidade de se inserir em determinado ciclo de amizades, ocasionando em muitos casos a dependência química. A mesma autora completa, afirmando que as dependências químicas não possuem uma única causa. Portanto, é a soma de diversos fatores que atuam e contribuem para um processo de dependência dos indivíduos.

Por fim, a última categoria tratada no percurso deste trabalho se refere às Políticas Públicas sobre drogas, que dentre elas trazemos, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), o qual foi criado pela Lei 11.343/06, e em seu Art. 1º 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 e define crimes” (BRASIL, 2006).

O presente trabalho estrutura-se da seguinte forma: o primeiro capítulo examina o histórico das drogas, como estas foram sendo inseridas na sociedade,

bem como as consequências do consumo dessas substâncias no meio familiar e o papel da família diante desse problema.

O segundo capítulo examina as políticas públicas voltadas ao combate às drogas, no qual trazemos as ações da Secretaria Nacional de Combate as Drogas (SENAD), as ações públicas de combate às drogas e as ações de assistência aos usuários e dependentes químicos.

O terceiro capítulo está concentrado no local da pesquisa, quando descrevemos a Unidade de Acolhimento, bem como suas ações e projetos desenvolvidos no atendimento aos usuários e dependentes químicos por meio da visão de três profissionais de nível superior que lá atuam.

2. A INSERÇÃO DAS DROGAS NA SOCIEDADE

Segundo Torcato (2016), as drogas estão inseridas no cotidiano da sociedade desde a pré-história, pois já naquela época várias são as substâncias psicoativas usadas para diferentes finalidades, como por exemplo: estados de êxtase, místico, religioso, prazeroso, lúdico e até curativos.

Para Bucher (1992), que também fez um resgate histórico acerca da temática, desde os primórdios, o homem faz uso de substâncias psicoativas para mudar o humor, as percepções e as sensações. Essas substâncias eram extraídas da natureza e utilizadas em ocasiões diversas e, dentre essas, destacamos: os rituais religiosos, fortalecimento do corpo para uso medicinal e até mesmo como diversão.

Já Avelino (2009) afirma que no ano de 2100 a.C, os médicos sumérios receitavam a cerveja para a cura de diversos males, conforme inscrições em tabuletas de argila. No Egito antigo, em Roma, na Grécia, nas civilizações asiáticas, sempre existiram o ópio e a *cannabis*³. Nas Américas pré-colombianas, seus habitantes já usavam o tabaco, as folhas de coca, do extrato do cacto *peyote*, da mescalina e de outras plantas alucinógenas.

Portanto, compreendemos que o uso de substâncias psicoativas, “de drogas”, sempre esteve presente na história da humanidade, nas diversas culturas e religiões, com finalidades específicas, uma vez que o homem sempre buscou maneiras de aumentar o seu prazer e diminuir o seu sofrimento.

Vale lembrar ainda que o consumo de drogas pelas sociedades é antigo, no entanto, seu uso massivo é muito recente, há apenas um século que o mesmo se tornou acentuado, tendo em vista que somente no ano de 1850, a coca passa a ser usada como uma forma de anestesia em operações de garganta. Em 1898, a empresa farmacêutica Bayer começa a produção comercial da heroína usada contra a tosse. Nos anos de 1970, o uso da cocaína torna-se popular e passa a ser glamourizado (AVELINO, 2009).

Com relação ao aumento expressivo do uso de substâncias psicoativas, Bucher (1992) deixa claro que esse fato só veio a ocorrer no Mundo Ocidental a partir da industrialização, quando o uso dessas substâncias passou a assumir novas

³Ópio, uma substância extraída da papoula, *papaver somniferum*, de efeito analgésico, narcótico e hipnótico, muito usada no desenvolvimento e na produção de morfina, heroína, codeína etc. Quanto à *Cannabis ou Canabis*, é o gênero de algumas plantas das quais a mais famosa é a Cannabis Sativa, da qual se produz a maconha e o haxixe (AVELINO, 2009).

funções, sendo preferido pelo indivíduo como algo que gerava prazer, alívio de desconfortos físicos e de sofrimentos de caráter emocional, muitas vezes devido à dinâmica da própria sociedade capitalista.

A respeito do uso abusivo de substâncias psicoativas e sua relação com o modelo de social vigente Kovadloff et al. (1999, p. 88), esclarecem que: “[...] a drogadição não é mais do que uma das conseqüências da alienação histórico-social, política e econômica, através da qual se manifesta a [...] dissociação em que vivemos”. A drogadição segundo as palavras de Kovadloff et al. (1999, p. 89) é um sintoma que exprime:

[...] fatores vinculados às múltiplas facetas da vida social, que ultrapassam as motivações dos indivíduos singulares, requerendo, assim, uma abordagem também complexa, tributária de diversas áreas das ciências, saberes humanos e sociais, que compreendam a drogadição como um fenômeno de massas, indissociável dos comportamentos sociais.

Portanto, os autores defendem que o uso de drogas se constitui em um sintoma da crise, proveniente de diversos fatores incluídos na dimensão econômica, social, familiar e individual. Assim, dentro desse sintoma, a família, ao mesmo tempo em que é muitas vezes um dos sintomas da crise, também é o meio principal do processo de recuperação de seus membros, pois essa é em primeira instância onde as pessoas que fazem uso abusivo desse tipo de substância irão encontrar apoio.

Em um segundo momento, os mais diversos equipamentos sociais, dentre esses as casas de recuperação e unidades de apoio, como por exemplo, a Unidade de Acolhimento, que se constituiu o campo de pesquisa deste trabalho, são os destinos dos indivíduos que são dependentes químicos.

Cabe nesse momento, recordarmos o que nos diz a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), para a qual a dependência química deve ser tratada como uma doença crônica e como um problema social. Pode ser caracterizada como um estado mental e, muitas vezes, físico que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga, gerando uma compulsão por tomar a substância e experimentar seu efeito psíquico e, às vezes, evitar o desconforto provocado por sua ausência.

Com relação ao tratamento desses indivíduos, Zimmerman e Osório (1997) afirmam que deve ocorrer na perspectiva do modelo biopsicossocial de saúde, considerando o usuário em sua totalidade, devendo ser observada a pessoa e a influência do uso dessas substâncias na vida social e familiar. Portanto,

compreender essa dinâmica implica refletirmos acerca da família e das transformações que caracterizam a contemporaneidade, que mudam as relações interpessoais e as composições de família. Para isso, os mesmos autores argumentam que o atendimento ao dependente químico deve inserir a família a partir de um conceito multifacetado, pois esse conceito compreende as diferentes modalidades de convivência humana.

Para este trabalho, adotamos o entendimento de família segundo a concepção de lamamoto (1994), a qual afirma que a família brasileira, para ser compreendida em sua totalidade, precisa tomar como ponto de partida a interpretação de suas demandas, como expressões de necessidades humanas não satisfeitas, decorrentes da desigualdade social própria da organização capitalista. A mesma autora enfatiza ainda que é importante termos em mente que a família, nas suas mais diversas configurações, constitui-se em um espaço complexo. É construída e reconstruída histórica e cotidianamente, por meio das relações e negociações que estabelecem entre seus membros, e entre seus membros com outras esferas da sociedade, como por exemplo, o Estado e o trabalho. Reconhece que a família expressa a sua capacidade de produção de subjetividades, constituindo-se também como uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos. Portanto, a família é uma construção privada e pública, ocupando papel importante na estruturação da sociedade em seus aspectos sociais, políticos e econômicos.

lamamoto (1994) coloca que as novas configurações demográficas incluem famílias menores, bem como famílias com idosos e as novas formas de sociabilidade desenhadas no seu interior, caracterizadas pelo aumento da tensão entre os processos de individualização e pertencimento.

Portanto, refletir sobre a família no campo da proteção social implica reconhecer a família em sua dimensão simbólica, em sua multiplicidade, buscando compreender o lugar que lhe é atribuído na configuração da proteção social de uma sociedade, em determinado momento histórico.

Com relação ao entendimento sobre a família, lamamoto (1994) afirma que o enfoque familista, adotado pelo sistema capitalista, considera que há dois canais naturais para satisfação das necessidades dos indivíduos: a família e o mercado. Portanto, quando esses falham, deve ocorrer a interferência pública de maneira transitória.

Dessa forma, a política pública acontece de forma compensatória e temporária, em decorrência do “fracasso” da família no provimento de condições materiais e imateriais de sobrevivência, de suporte afetivo e de socialização de seus membros. Essa realidade redundava em menor provisão de bem-estar por parte do Estado. Acerca da família e a questão das drogas passamos a trazer autores que discutem essa problemática no próximo tópico.

2.1 As drogas e a família

Segundo Lins e Scarparo (2010), por meio de diversos estudos no campo social, foi constatado que muitas das relações entre a família e o dependente químico estão imersas em questões, como: problema individual, questão social⁴, fenômeno transgeracional, ferramenta de prevenção e/ou coadjuvante no uso e no tratamento.

Carvalho e Almeida (2003) afirmam que diversas pesquisas na área de dependência química revelaram que a família é um fator de proteção e prevenção à recaída dessas pessoas. Além disso, é preciso ter em mente que se faz necessário relacionar o histórico da família dentre os fatores de risco com fatores sociopolíticos e culturais. Os autores destacam ainda que estudiosos observaram que em algumas famílias a convivência com a dependência química gera nessas pessoas sentimento de culpa. Dessa forma, é muito comum ouvir relatos na história dos familiares, de sofrimentos e responsabilidades, o que deve ser trabalhado pela equipe multiprofissional que atende esse grupo populacional.

Segundo Ramos e Bertolote (1997), a família é fundamental no processo de reabilitação do dependente químico. Assim, o tratamento deve incluir a família por meio de escuta qualificada, uma vez que a mesma possui demandas específicas.

A importância da família para a reabilitação dos dependentes químicos também defendida por Carlini et al (2002), tendo em vista que, após o levantamento realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicótropas, ficou constatada a importância da família para o tratamento. Segundo o mesmo estudo,

⁴Segundo Yamamoto (2012, p.27), a questão social pode ser definida como: “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

78% dos usuários de substâncias químicas declararam que a família expressava apoio e se posicionava com regras claras nos momentos de dificuldades.

Já para Schenker e Minayo (2004), existe um relacionamento conflituoso entre o dependente químico e sua família. E, para compreendermos essa relação, devemos olhar para a família a partir de sua dimensão ampla inserida em determinada cultura e sociabilidade, o que implica considerar continuamente articulações em rede que se processam nas experiências globais.

Ao refletirmos sobre o pensamento dos autores, discorridos até o momento, observamos que a dependência química pode emergir em um contexto caracterizado pelo conflito no âmbito da família. Sendo assim, é necessário compreender a dinâmica da família e do dependente químico, pois dessa forma é possível ampliar as possibilidades de intervenção, buscando a recuperação do dependente químico e de sua família.

Koller e Cecconello vão além do enfoque familiar no tratamento de dependentes químicos. Para essas autoras, as intervenções devem incluir outros membros da rede social do dependente químico, pois a literatura mostra que uma abordagem familiar ampla “contribui para qualificar a intervenção, quando comparada com tratamentos que não incluem a família, pois esse enfoque propõe a inserção de redes de apoio que poderão atuar na descoberta dos recursos emancipatórios” (KOLLER; CECCONELLO, 2003, p.78).

Sobre a relevância da rede social, Sluzki (1997, p. 33) esclarece que essa é de suma “importância, uma vez que manifesta apoio à pessoa em uso indevido de substância psicoativa, atuando nas seguintes áreas: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselheiro, regulação social, ajuda material e de serviços e acesso a contatos”.

Sobre as áreas colocadas, Sluzki (1997) esclarece que a companhia social contribui para a reconstrução dos sentidos e transmissão cultural pela reciprocidade da relação; o apoio emocional diz respeito ao intercâmbio de atitudes emocionais de compreensão, contribuindo para elevar a autoestima; o guia cognitivo e conselheiro estimula a socialização das informações pessoais e sociais, esclarecendo expectativas e modelos de papéis; a regulação social estabelece acordos e normas de convivência, reafirmando as responsabilidades de cada um; ajuda material e de serviços contribui com conhecimentos especializados ou ajuda física, oferecendo

suporte social; e o acesso a contatos possibilita que sejam criadas conexões com outras pessoas, surgindo assim, redes de contatos.

Como pode ser observado, as colocações supracitadas deixam claro que a realidade social se constrói na interação onde se deve estimular a formação de redes sociais, como um espaço para o diálogo que poderá potencializar a redução e superação do uso de substâncias psicoativas.

Segundo Lins e Scarparo (2010), a abordagem em redes sociais vem constituindo um apoio de grande importância para o planejamento, execução e gestão de políticas públicas direcionadas para esse público, dado que as intervenções familiares contribuem para fortalecer o usuário, sua família e a rede social. Dessa forma, é imprescindível a inclusão desse tipo de intervenção nos tratamentos para os dependentes químicos, pois a partir do momento em que se reconhece que a família deve ser coparticipante do tratamento, é possível ultrapassar os limites do indivíduo e da família, incluindo os mesmos em redes sociais de apoio, articuladas com as políticas públicas.

No próximo capítulo, passamos a discorrer acerca da trajetória das políticas públicas sobre as drogas no Brasil, apresentando o que essas trazem em relação aos indivíduos dependentes químicos e sua família.

3. A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM RELAÇÃO ÀS DROGAS NO BRASIL

Segundo Matos (2000), a política pública sobre drogas, no Brasil, teve sua primeira regulamentação no ano de 1938, quando foi criada a Lei de Fiscalização de Entorpecentes nº 891/38, a qual posteriormente, foi incorporada ao Art. 281 do Código Penal brasileiro, no ano de 1941. Vale lembrar que essa modificação se deu devido às preocupações do então Presidente Getúlio Vargas (1930-1945) com o uso abusivo de drogas pela classe operária. Assim, como forma de desestimular o uso desse tipo de substâncias, o governo passou a promover ações, como por exemplo, palestras, conferências e propagandas, que visavam conter esse tipo de comportamento tido como “desviante”. Matos (2000) afirma ainda que muito embora essa lei fosse na época considerada inovadora, manteve a perspectiva criminalizadora do usuário de drogas.

Para Laranjeira e Romano (2003), no ano de 1971, foi criada a Lei n. 5726, que dava o mesmo tratamento penal a usuários e traficantes, vigorando até o ano de 1976, quando foi criada a Lei 6368/76, por força de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional, iniciada no ano de 1973, após a morte de duas crianças, uma no Estado do Espírito Santo e outra em Brasília, vítimas de crimes relacionados às drogas.

De acordo com Laranjeira e Romano, todas as políticas de enfrentamento relacionadas a essa questão, principalmente a partir da década de 1960, foram baseadas em ações que buscavam a redução da oferta de drogas, restringindo-se ao campo jurídico e/ou médico. Assim, nesse período prevaleceram ações governamentais repressivas, que buscavam controlar o tráfico e o consumo de substâncias psicoativas, dando tratamento igual para os traficantes e usuários. Portanto, nesse período, o Estado atuava de maneira repressiva, tendo como seu principal objetivo restringir o acesso às drogas, por meio do controle do tráfico, resultando em uma redução na oferta visando com isso reduzir o consumo das substâncias ilícitas (LARANJEIRA; ROMANO, 2003).

Ainda na década de 1970, foi criado o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão ao uso de drogas, vinculado ao Ministério da Justiça, o

qual possuía a atribuição de prevenção, fiscalização e repressão no âmbito federal, estadual e municipal. Assim, através desse Sistema, no início da década de 1980, no governo do Presidente João Figueiredo, por meio do Decreto n. 85.110/80, foram criados os Conselhos Antidrogas, a nível: Federal, Estadual e Municipal. Essas instâncias incentivavam iniciativas que fossem focadas no binômio abstinência-repressão (LARANJEIRA; ROMANO, 2003).

A partir de 1987, no Brasil, são realizados estudos pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), e pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP), que constataram ter havido um aumento substancial no consumo de drogas no País, tanto pela população jovem como pela população adulta economicamente ativa (BRASIL, 2003). De acordo com levantamento realizado pelo CEBRID no ano de 1987 e posteriormente pela FIESP, em 1993, o consumo de drogas aumentou:

[...] o percentual de adolescentes, no ano de 1987, que já consumiram drogas entre 10 e 12 anos de idade é extremamente significativo – 51,2% já consumiram bebida alcóolica; 11% usaram tabaco; 7,8% solventes; 2% ansiolíticos e 1,8% anfetamínicos. A idade de início do consumo situa-se, entre 09 e 14 anos. A situação torna-se mais grave entre crianças e adolescentes em situação de rua. Levantamento realizado em 1987, em seis capitais brasileiras, demonstrou que, em média, 88,25% dessa população fez uso na vida de substâncias psicoativas, sendo que as drogas mais usadas, três delas consideradas lícitas, foram o tabaco, os inalantes, a maconha, o álcool, a cocaína e derivados. Registram-se, também, problemas relativos ao uso de drogas pela população adulta e economicamente ativa, afetando a segurança do trabalhador e a produtividade das empresas. [...] em 1993, mostra que 10 a 15% dos empregados têm problemas de dependência. O uso de drogas aumenta em cinco vezes as chances de acidentes do trabalho, relacionando-se com 15 a 30% das ocorrências e sendo responsável por 50% de absenteísmo e licenças médicas (BRASIL, 2003, p. 07).

Concomitantemente a tais fatos supracitados, no ano de 1998, o então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso participa de Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas, a qual foi dedicada ao enfrentamento do “Problema Mundial da Droga”. Ao final da Assembleia, o Brasil aderiu aos “Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas”, segundo o qual no Art. 14, parágrafo 4º, os países que aderiram a Convenção possuíam: “ o compromisso político, social, sanitário e educacional, de caráter permanente, no investimento em programas de redução da demanda” (BRASIL, 2003).

Diante disso, o Brasil, que já possuía o Fundo Nacional Antidrogas, passou a direcionar os recursos também para as políticas públicas no combate ao uso de drogas.

3.1 A atual Política Nacional sobre Drogas

A Política Nacional AntiDrogas (PNAD) se constitui um divisor de águas, dado sua nova abordagem sobre as drogas por parte do Governo Federal, representando assim, um grande avanço nas políticas públicas sobre drogas no Brasil (BRASIL, 2010).

É importante deixarmos registrado que, a PNAD foi elaborada pela SENAD e pelo Departamento de Polícia Federal (DPF), e posteriormente aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), no ano de 2001, sendo transformada em Lei no ano seguinte pelo Decreto Presidencial, nº 4.345 de 26 de agosto de 2002 (BRASIL, 2010).

A partir desse marco, todas as demais políticas sobre drogas do Governo Federal e Estadual e também municipal passaram a ser direcionadas para a redução da demanda, sendo considerados os contextos regionais, nacional e até mesmo internacional. Portanto, o que ocorreu foi um realinhamento das políticas públicas de combate ao uso de drogas, vigentes até o ano de 2001 (BRASIL, 2010).

A PNAD passou a ter como foco sua atuação na prevenção, atenção, reinserção social do usuário e dependente de drogas, bem como ao endurecimento das penas pelo tráfico dessas substâncias, como deixam bem claro seus pressupostos básicos, quais sejam:

1. Buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.
2. **Reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada.**
3. **Evitar a discriminação de indivíduos pelo fato de serem usuários ou dependentes de drogas.**
4. Buscar a **conscientização do usuário** de drogas ilícitas **acerca de seu papel nocivo ao alimentar as atividades e organizações criminosas** que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros.
5. **Reconhecer o direito de toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas de receber tratamento adequado.**
6. **Priorizar a prevenção** do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade.

7. Reconhecer a “**lavagem de dinheiro**” como a **principal** vulnerabilidade a ser **alvo das ações repressivas**, visando ao desmantelamento do crime organizado, em particular do relacionado com as drogas.

8. Reconhecer a necessidade de planejamentos que permitam a realização de ações coordenadas dos diversos órgãos envolvidos no problema, a fim de impedir a utilização do Território Nacional para trânsito do tráfico internacional de drogas.

9. Incentivar, por intermédio do CONAD, **o desenvolvimento de estratégias e ações integradas nos setores de educação, saúde e segurança pública**, com apoio de outros órgãos, visando executar medidas em todos os campos do problema relacionado com as drogas.

10. Orientar ações para reduzir a oferta de drogas, por intermédio de atuação coordenada e integrada dos órgãos responsáveis pela persecução criminal, dos níveis federal e estadual, permitindo o desenvolvimento de ações repressivas e processos criminais contra os responsáveis pela produção e tráfico de substâncias proscritas, de acordo com o previsto na legislação.

11. Fundamentar no princípio da “**Responsabilidade Compartilhada**” a coordenação de esforços entre os diversos segmentos do **Governo e da Sociedade**, em todos os níveis, buscando efetividade e sinergia no resultado das **ações, no sentido de obter redução da oferta e do consumo de drogas**, do custo social a elas relacionado e das consequências adversas do uso e do tráfico de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.

12. Orientar a implantação das atividades, ações e programas de redução de demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos, levando em consideração os “Determinantes de Saúde”, entendidos como: renda familiar e nível social; nível educacional; condições ocupacionais ou de emprego; meio ambiente físico; funcionamento orgânico (biológico); herança genética; habilidades sociais; práticas de saúde pessoal; desenvolvimento infantil saudável e acesso ao sistema de saúde.

13. Orientar o aperfeiçoamento da legislação para atender a implementação das ações decorrentes desta política (BRASIL, 2002. Grifos nossos⁵).

Como pode ser observado, traçando uma correlação com as políticas sobre drogas antes de ser criada a PNAD, elas visavam, essencialmente, a repressão, que tratava da mesma forma usuários e traficantes de drogas. Diante dessa nova política. Entendemos que, realmente, a PNAD passou a representar um grande avanço nessa problemática, a qual envolve toda a sociedade brasileira, independentemente de classe social.

Nossa afirmação fica evidente quando observamos os pressupostos da PNAD, em destaque acima, quais sejam: a prevenção, a atenção e a reinserção social do usuário e dos dependentes químicos. Além disso, outra questão que nos chamou a atenção diz respeito ao compartilhamento de responsabilidades, do Estado e da sociedade civil.

⁵Os negritos que constam em destaque são de nossa responsabilidade. Sendo que achamos por bem grifar como uma forma de chamarmos à atenção para algo que acreditamos ser extremamente relevante, portanto, cabendo assim destaque.

Destacamos, ainda, o fato de o Estado buscar ações de redução de dano, considerando o contexto social que as pessoas usuárias desse tipo de substância estão inseridas, como por exemplo, a renda familiar, o nível educacional, as condições ocupacionais, o meio ambiente, o acesso ao sistema de saúde, dentre outros (BRASIL, 2002).

A PNAD traz ainda uma orientação, específica, para os equipamentos sociais que atendem essa população, no que se refere ao tratamento, recuperação e reinserção social, quais sejam:

1. Estimular a assunção da responsabilidade ética pela sociedade nacional, apoiada pelos órgãos governamentais de todos os níveis.
2. Identificar **o tratamento, a recuperação e a reinserção social** como um processo de **diferentes etapas e estágios que necessitam ter continuidade** de esforços permanentemente disponibilizados para os usuários que desejam recuperar-se.
3. Vincular as iniciativas de tratamento e recuperação a pesquisas científicas pautadas em rigor metodológico, avaliações de práticas realizadas e experiências anteriores, difundindo, multiplicando e incentivando apenas aquelas que tenham obtido melhores resultados.
4. **Destacar, na etapa da recuperação, a reinserção social e ocupacional**, em razão de sua constituição como instrumento capaz de romper o vicioso ciclo consumo/tratamento para grande parte dos envolvidos (BRASIL, 2002. Grifos nossos).

Ao refletirmos sobre as orientações da PNAD, para os equipamentos sociais que atendem essa população, observamos que a mesma deixa claro que o tratamento, a recuperação e a reinserção social se dão por etapas e para que sejam eficazes devem ter continuidade e, assim, os usuários consigam romper com o ciclo consumo/tratamento.

Finalizando, é imprescindível trazeremos aqui as diretrizes da PNAD, que buscam:

1. Incentivar a **articulação, em rede nacional de assistência**, da grande gama de **intervenções para tratamento e recuperação de usuários de drogas e dependentes químicos**, incluídas as organizações **voltadas para a reinserção social e ocupacional**.
2. Desenvolver um sistema de informações que possa fornecer dados confiáveis para o planejamento e para avaliação dos diferentes planos de tratamento e recuperação sob a responsabilidade de órgãos públicos, privados ou organizações não-governamentais.
3. Definir normas mínimas que regulem o funcionamento de instituições dedicadas ao tratamento e à recuperação de dependentes, quaisquer que sejam os modelos ou formas de atuação, bem como das relacionadas à área de reinserção social e ocupacional.

4. Estabelecer procedimentos de avaliação para todas as intervenções terapêuticas e de recuperação, com base em parâmetros comuns, de forma a permitir a comparação de resultados entre as instituições.
5. Adaptar o esforço especial às características específicas dos públicos-alvo, como crianças e adolescentes, pessoas em situação de rua, gestantes e indígenas.
6. Priorizar os métodos de tratamento e recuperação que apresentem melhor relação custo-benefício, com prevalência para as intervenções em grupo, em detrimento das abordagens individuais.
7. Estimular o trabalho de Instituições Residenciais de Apoio Provisório, criadas como etapa intermediária na recuperação, dedicadas à reinserção social e ocupacional após período de intervenção terapêutica aguda, com o apoio da sociedade.
8. **Incentivar**, por meio de dispositivos legais que contemplem **parcerias e convênios em todos os níveis do Estado, a atuação de instituições e organizações públicas ou privadas que possam contribuir**, de maneira efetiva, **na reinserção social e ocupacional**.
9. Estabelecer um plano geral de reinserção social e ocupacional para pessoas que cometeram delitos em razão do uso indevido de drogas, por intermédio da criação de varas, do estímulo à aplicação de penas alternativas e de programas voltados para os reclusos nas instituições penitenciárias (BRASIL, 2002. Grifos nossos).

Como pode ser constatado, dentre as nove diretrizes da PNAD, chamamos a atenção para a primeira e a oitava diretrizes, pois tratam do atendimento à população que faz uso de substâncias químicas. Assim, destacamos que essas duas diretrizes colocam que tanto na fase do tratamento como na recuperação, as diretrizes visam à construção de articulações entre a rede nacional de assistência que sejam focadas na reinserção social e ocupacional dos usuários, bem como dos dependentes químicos. Para tanto, ainda segundo as mesmas diretrizes, o Estado, em todos os níveis, deve buscar parcerias com instituições públicas ou privadas.

Por fim, ao traçarmos correlações dos pressupostos dispostos pela PNAD, com o campo de pesquisa deste trabalho, no caso em uma Unidade de Acolhimento do município de Fortaleza⁶, podemos afirmar que a mesma é um dos equipamentos sociais que materializa parte do que está disposto na Política Nacional Anti Drogas.

3.2 O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) foi criado pela Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, com a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar medidas direcionadas à prevenção do uso indevido, atenção

⁶O equipamento social atende usuários, dependentes químicos e as famílias desses sujeitos, é apresentado, no próximo capítulo deste trabalho monográfico.

e reinserção social de usuários e dependentes de drogas no Brasil (BRASIL, 2006). Possui, de acordo com seu Art. 5, os seguintes objetivos:

- I - **contribuir para a inclusão social do cidadão**, visando torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, seu tráfico ilícito e outros comportamentos correlacionados;
- 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** e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios;
- IV - assegurar as condições para a coordenação, a integração e a articulação das atividades de que trata o art. 3º desta Lei (BRASIL, 2006. Grifos nossos).

Como pode ser observado, os objetivos do SISNAD, basicamente, são de contribuir para a inclusão social dos usuários e dependentes químicos, por meio de integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social.

É importante deixarmos registrado que o SISNAD foi criado devido a uma estratégia política do governo brasileiro, como uma forma de mostrar à comunidade internacional que o País prioriza o combate às drogas. Para tanto, o SISNAD prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, em consonância com a PNAD, o que anteriormente não existia no Brasil. Vale ressaltar que o SISNAD substituiu a Lei nº 6.368/1976 e a Lei nº 10.409/2002, passando a fazer distinção entre a figura do traficante e a do usuário e/ou dependente, os quais passaram a ser tratados de forma diferenciada (BRASIL, 2010). De acordo com a Cartilha intitulada “Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas”, o Brasil passou a seguir uma tendência mundial, entendendo que:

[...] **usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade.** Esta abordagem em relação ao porte de drogas para uso pessoal tem sido apoiada por especialistas que apontam resultados consistentes de estudos, nos quais: A atenção ao usuário/dependente deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, ao invés de encarceramento (BRASIL, 2010, p. 63. Grifos nossos).

Portanto, compreendemos que o SISNAD, construído no sentido de reafirmar uma mudança iniciada com a criação da Política Nacional AntiDrogas, passou a

fazer distinção entre usuários e dependentes químicos dos traficantes. Tal mudança de tratamento, atualmente pode ser observada por meio de um processo em tramitação no Supremo Tribunal Federal (STF), o qual julga a descriminalização das drogas no Brasil, devido ao Recurso Extraordinário nº. 635.659⁷. Tal julgamento tem repercussão geral reconhecida, pois discute se é constitucional ou não o Art. 28 da Lei de Drogas (Lei 11.343/2006), que tipifica como crime o porte de drogas para uso pessoal, frente ao inciso X do artigo 5º da Constituição Federal, que assegura o direito à intimidade e à vida privada (BRASIL, 2006).

É importante recordarmos, conforme discorrido no início deste capítulo, que as políticas públicas antes do SISNAD e da Política Nacional AntiDrogas, eram orientadas por um viés moral e não racional e científico. A partir dessas duas políticas, o tratamento dado aos usuários e dependentes de drogas ilícitas passa a ser substituído pela justiça restaurativa, que tem por objetivo a ressocialização por meio de penas alternativas, como exemplo: advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade em locais e em programas que possuam atividades ligadas à prevenção e recuperação de usuários e dependentes de drogas; e medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (BRASIL, 2010).

Destacamos que tais afirmativas podem ser observadas no Art. 28, do SISNAD. Segundo o mesmo, adquirir, guardar, manter em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: I - advertência sobre os efeitos das drogas; II - prestação de serviços à comunidade; e III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (BRASIL, 2006).

No que diz respeito ao tráfico de drogas, como forma de apresentar a distinção feita entre os usuários e os traficantes, citamos como exemplo, o Art. 33 do SISNAD:

⁷O Recurso Extraordinário proposto pelo Defensor Público Geral do Estado de São Paulo pretende a declaração de inconstitucionalidade do artigo 28 da Lei de Drogas (11.343/2006), que dispõe: Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trouxer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: I - advertência sobre os efeitos das drogas; II - prestação de serviços à comunidade; III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (BRASIL, 2006).

Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar: Pena - reclusão de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos e pagamento de 500 (quinhentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa (BRASIL, 2006).

Portanto, fica clara a distinção existente entre o tratamento, agora dado aos usuários e/ou dependentes e aos traficantes, os quais eram tratados igualmente na forma das leis anteriores ao SISNAD e à PNAD, conforme supracitado.

Além disso, o SISNAD traz como forma de tratamento diferenciado para os usuários de drogas e/ou dependentes, atividades de Atenção e de Reinserção Social, ações que estão previstas do Art. 20 ao Art. 30, incluindo também atividades de reinserção social do usuário ou do dependente de drogas e respectivos familiares. De acordo com o Art. 21 da mesma Lei: “aquelas direcionadas para sua integração ou reintegração em redes sociais” (BRASIL, 2006). Além disso, as atividades de reinserção social devem seguir os princípios e diretrizes dispostas no Art. 22, quais sejam:

- I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;
- II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;
- III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;
- IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;
- V - observância das orientações e normas emanadas do CONAD;
- VI - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas (BRASIL, 2006).

Com relação às redes de serviços de saúde, de acordo com o Art. 23, da mesma Lei, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, deverão desenvolver programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas, dentro das diretrizes do Ministério da Saúde. Assim, trazendo o que está disposto no Art. 23, para o campo de pesquisa deste estudo, podemos afirmar que, a Unidade de Acolhimento para dependentes químicos que constituiu o campo dessa pesquisa

integra os serviços de saúde oferecidos aos usuários e dependentes de drogas a nível municipal, a qual é apresentada no próximo capítulo desta pesquisa.

4. A UNIDADE DE ACOLHIMENTO

A Unidade de Acolhimento que se constituiu o campo da pesquisa, está localizada na Avenida D, número 440, na Segunda Etapa do bairro José Walter. Conforme nos relatou o Coordenador da Unidade, a mesma, foi inaugurada no dia 24 de junho de 2013, regulamentada pela Portaria GM nº 221 de janeiro de 2012, com a finalidade de promover cuidado para pessoas em situação de vulnerabilidade social. Para tanto, a Unidade dispõe de 30 leitos de internamento, como pode ser observado na figura 1 abaixo, sendo 15 para homens e 15 para mulheres com idades entre 18 a 70 anos, podendo ficar por até 6 meses em tratamento com uma equipe multiprofissional.

Figura 1. Leitos da Unidade de Acolhimento



Fonte: Pesquisa direta, 2017.

Ainda de acordo com a mesma fonte, os pacientes que chegam na Unidade são encaminhados pelos Centros de Atendimento Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPs AD), Unidade de Desintoxicação da Santa Casa, Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), Justiça, Unidade

de Desintoxicação do Hospital Mental de Messejana e do Centro de Referência sobre Drogas do Município de Fortaleza, além de demandas espontâneas.

Vale lembrar que o campo de nossa pesquisa, é um anexo do Hospital Gonzaga Mota, de onde, segundo o Coordenador, a Unidade recebe suporte de: hotelaria, como por exemplo, roupas de cama e banho para os pacientes, alimentação, medicações de acordo com a necessidade de cada indivíduo e de uma equipe multiprofissional que é vinculada ao referido hospital.

Figura 2. Saída da Unidade de Acolhimento



Fonte: Pesquisa direta, 2017.

Conforme pode ser observado na figura 2, acima, a Unidade possui um segurança que fica na saída da Unidade. Vale registrarmos que é nessa parte do equipamento social é o local que dá acesso ao Hospital Gonzaguinha.

Chamamos a atenção ainda para o fato do equipamento social possuir um caráter residencial transitório. Segundo seu Coordenador, as atividades desenvolvidas, além dos cuidados contínuos que são oferecidos aos pacientes, existe o convívio grupal, familiar e social, realizados pela equipe multidisciplinar.

Os profissionais que lá atuam no atendimento aos usuários são: um enfermeiro, quatro técnicos de enfermagem, dois administrativos, um assistente social, um massoterapeuta, um terapeuta ocupacional, um educador físico, um psicólogo, dois serviços gerais e dois vigilantes. Portanto, a referida Unidade possui

uma equipe multiprofissional que atua diariamente, além disso, possui ainda um pessoal de apoio que trabalha no setor administrativo.

4.1 A efetividade das ações em uma Unidade de Acolhimento no município de Fortaleza – CE segundo a equipe multidisciplinar

As entrevistas com os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, de uma Unidade de Acolhimento no município de Fortaleza, foram realizadas nos dias 10 e 15 de maio de 2017, com o enfermeiro, o psiquiatra e a assistente social, respectivamente. Sendo que a entrevista com a profissional assistente social foi realizada no dia 25 de outubro de 2017.

A primeira entrevista ocorreu no dia 10 de maio e foi realizada com o enfermeiro. Vale lembrarmos que antes de adentrarmos no roteiro de entrevistas propriamente dito, buscamos identificar a idade desses profissionais, se possuíam alguma especialização e tempo que atuam na área.

Dessa forma, após termos informado do que se tratava a pesquisa e apresentado o TCLE (Termo de Consentimento Lido e Esclarecido), passamos a solicitar as informações iniciais. A esse respeito, o enfermeiro nos informou que possui 47 anos de idade, especialização em Saúde Mental e que atua na área há 14 anos.

O segundo profissional que entrevistamos foi o psiquiatra, que tem 47 anos, especialização em psiquiatria e atua na área há 10 anos. Além disso, aproveitamos para deixarmos registrado que o mesmo é o coordenador desta Unidade.

Após essa breve explanação acerca do perfil profissional dos sujeitos entrevistados passamos a relatar as falas dos mesmos com base em nosso roteiro de entrevistas. Assim, perguntamos como se dá a implementação do atendimento aos usuários e dependentes químicos daquela Unidade de Acolhimento. O primeiro profissional a responder foi o enfermeiro, segundo suas palavras: “A importância seria dar uma qualidade de vida a esses pacientes, ou seja, para além da Unidade, e aos familiares”.

Entendemos, por meio das palavras do enfermeiro, que a questão da qualidade de vida está relacionada justamente o que traz o SISNAD, acerca do trabalho que deve ser desenvolvido com os dependentes químicos, usuários e a família, ou seja, um trabalho para além do tratamento dessas pessoas. Assim,

correlacionando, a fala do entrevistado com o Art. 21 do SISNAD, o qual coloca que devem ocorrer nas Unidades de atendimento, a esse tipo de problema, atividades de reinserção social do usuário ou do dependente de drogas e respectivos familiares: “direcionadas para sua integração ou reintegração em redes sociais”.

Já o segundo profissional respondeu de forma mais aprofundada a questão. Segundo o psiquiatra a importância da implementação do atendimento aos usuários e dependentes químicos na Unidade de Acolhimento se deve à mesma ser diferente de outras da rede:

[...] ela **se dedica especificamente em acolher os dependentes químicos em situação de vulnerabilidade social ou clínica**, por funcionar **em anexo a um Hospital Geral** conta com um **suporte clínico** bem mais **consolidado diferente de outros pontos** como CAPS, atenção básica, os próprios hospitais psiquiátricos, as próprias residências terapêuticas e comunidades terapêuticas, especificamente **a Unidade está mais focada para o atendimento do usuário com uma vulnerabilidade social maior** (Psiquiatra. Grifos nossos).

A partir da resposta do segundo entrevistado é possível destacarmos, em relação à importância do atendimento daquela Unidade o fato da mesma ser referência, tendo em vista que é diferente de outros tipos de instituições que oferecem esse tipo de serviço, pois se dedica apenas a acolher dependentes químicos em situação de vulnerabilidade social ou clínica. Portanto, direcionada ao atendimento de usuários que estão em situação mais debilitada, seja por estarem em vulnerabilidade social, seja por estarem clinicamente comprometidos devido ao uso abusivo de drogas. Além disso, o mesmo profissional destaca o fato de a Unidade funcionar em anexo a um Hospital Geral.

Ainda é importante salientarmos, sobre as colocações do psiquiatra o fato de sua fala relatar lacunas sobre os pressupostos básicos da PNAD, relacionados a ações de redução de danos, principalmente devido ao contexto social que as pessoas usuárias desse tipo de substância estão inseridas, como por exemplo, a renda familiar, o nível educacional, as condições ocupacionais, o meio ambiente, o acesso ao sistema de saúde, exatamente o que colocou o profissional, ou seja, a questão da vulnerabilidade social.

Com relação à resposta do terceiro entrevistado, a assistente social, achamos por bem trazermos em separado devido à fala da mesma trazer um perfil diferenciado dos demais profissionais, pois seu olhar está mais voltando para a

questão social do que para a saúde. Portanto, notamos a existência de respostas com viés diferenciado, de acordo com a profissão de cada sujeito.

Assim, a assistente social nos relatou que a implementação do atendimento aos usuários e dependentes químicos na Unidade de Acolhimento, possui:

Relação direta com o Serviço Social, pois já no primeiro contato com os usuários, que é o acolhimento, a gente percebe que eles carregam **problemas que perpassam questões biológicas**, a grande maioria dessas pessoas assim como sua família **se encontra em situação de risco ou vulnerabilidade social** e a gente tem que ajudar na melhor forma possível, muitas vezes **buscando apoio de outras áreas** pois como te falei a população que é atendida aqui é muito carente (Assistente Social. Grifos nossos).

Como pode ser observado, segundo a assistente social entrevistada o trabalho desenvolvido pela mesma possui relação direta com o Serviço Social, tendo em vista que, os usuários, os dependentes químicos, bem como as famílias que convivem com essa doença, são provenientes de comunidades carentes e se encontram em situação de risco ou de vulnerabilidade social.

Nesse momento, recordamos que o Art. 5, do SISNAD, muito embora não discorra exatamente sobre o trabalho do assistente social, deixa claro que as entidades que oferecem atendimento a esse público devem: “I - contribuir para a inclusão social do cidadão, visando torná-lo menos vulnerável” (BRASIL, 2006).

Em relação aos dois conceitos mencionados pela assistente social: risco social e vulnerabilidade social, entendemos ser importante fazer uma distinção entre os mesmos para assim não incorrerem em similarismos. Assim, de acordo com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004), vulnerabilidade social é a condição em que se encontram:

[...] famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e/ou no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advindas do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (BRASIL, 2004, p. 27).

Já o conceito de risco social está relacionado com perigo iminente, com potencialidade de dano, à vida ou não, referentes às condições fragilizadas em que se encontram os indivíduos e/ou famílias. Segundo a PNAS:

Risco social está relacionado às famílias e/ou indivíduos que se encontram: [...] com seus direitos violados e, ou ameaçados, constituindo-se situação de risco a incidência, ou a probabilidade de ocorrência dos seguintes eventos: abandono, negligência, maus tratos físicos e, ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outros. (BRASIL, 2004, p. 37).

Portanto, enquanto a vulnerabilidade social está relacionada ao conceito de suscetibilidade podendo levar a situação de risco social. Assim, o risco social está atrelado ao perigo eminente. Desse modo, compreendemos que os usuários atendidos pela Unidade estão em condição de risco ou de vulnerabilidade social.

Dando continuidade às entrevistas, buscamos desvelar as principais dificuldades enfrentadas pelos usuários e dependentes químicos no processo de desenvolvimento do tratamento, sobre isso o enfermeiro respondeu:

É a abstinência mesmo né, no começo é muito difícil principalmente os usuários de crack né. A **abstinência é muito grande. No primeiro e segundo dia eles querem desistir.** Então tem a questão de pular muro. As **primeiras 72 horas são as mais difíceis** para qualquer dependência. Na verdade, se conseguir passar pelo menos os 3 primeiros dias por causa da abstinência mesmo porque o corpo pede aquela droga (Enfermeiro. Grifos nossos).

Chamamos a atenção para a resposta do enfermeiro estar ligada ao seu cotidiano laborativo. Observamos que o mesmo destaca a abstinência como a grande barreira a ser ultrapassada, principalmente nas primeiras 72 horas.

Traçando uma correlação com a teoria construída ao longo deste trabalho, recordamos que o governo brasileiro, passou a se preocupar com o problema da abstinência dos dependentes químicos somente a partir da década de 1980, quando foram criados Conselhos Antidrogas, nas três esferas do Governo. Esses Conselhos passaram a direcionar as instituições que atendiam essa população, para a questão da abstinência, muito embora segundo Laranjeira e Romano (2003), existisse concomitantemente, um segundo foco, a repressão.

Já o psiquiatra respondeu que as principais dificuldades enfrentadas pelos usuários e dependentes químicos residem:

Na realidade a principal dificuldade está na **complexidade da doença dependência química** em si. Dependência química é uma **doença multifatorial** ela **envolve desde componentes biológicos do próprio**

indivíduo, patologias mentais associadas como depressão, bipolaridade ou até mesmo esquizofrenia, e o componente social né. A dinâmica familiar muitas vezes é uma **dinâmica familiar comprometida**, é uma dinâmica familiar que não contribui com o processo de colaboração na imensa maioria das vezes e acaba que a **permanência do paciente acaba sendo mais prolongada justamente pela inexistência de suporte sociais sejam familiares ou comunitários**. Porque do ponto de vista clínico, o período de permanência desses pacientes deveria ser menor do que de fato é, desde que fora da instituição eles tivessem um suporte familiar, comunitário e social mais capaz de aumentar a probabilidade deles se mantem sem uso de drogas (Psiquiatra. Grifos nossos).

Observamos que, diferentemente do enfermeiro que afirmou ser a abstinência a maior dificuldade enfrentada por esses indivíduos, para o psiquiatra a dependência química é muito mais complexa, pois é uma doença que envolve muitos fatores. Segundo as palavras do entrevistado é multifatorial. Portanto, pode existir uma interligação entre problemas biológicos, como por exemplo, patologias mentais e problemas de cunho social, principalmente a falta de um suporte familiar, comunitário e social.

Vale lembrarmos que, segundo o psiquiatra, muitos dos indivíduos atendidos pela Unidade, possuem uma “dinâmica familiar comprometida”, ou seja, não existe um suporte da família ou até mesmo da própria comunidade, que deem suporte a essas pessoas, o que acaba por prolongar a permanência na Unidade.

Dado o nível de complexidade dessa doença, e dos laços rompidos entre os usuários e dependentes químicos, conforme destacou o psiquiatra, recordamos que a família ocupa um papel central no tratamento. A esse respeito, Lins e Scarparo (2010) afirmam que dada a importância da família no tratamento, o poder público deve trabalhar também com as famílias desses sujeitos tendo em vista que as famílias contribuem para fortalecer o usuário, quando os laços não estiverem rompidos.

Sluzki (1997) lembra que, independentemente de ser da família ou da comunidade, a companhia social contribui para a reconstrução dos sentidos e transmissão cultural, possibilitando que seja criado um apoio emocional que contribui para elevar a autoestima dessas pessoas, o que pode levar a uma redução do tempo de tratamento, além de diminuir as chances de esses indivíduos voltarem a usar drogas.

Já a assistente social, respondeu que as principais dificuldades enfrentadas pelos usuários e dependentes químicos no processo de desenvolvimento do tratamento, são “muitas, principalmente **a questão financeira, compreender que é**

uma doença, de que é uma limitação. **A dificuldade de se responsabilizar pelo seu tratamento e a perda do vínculo com a família”** (Assistente Social. Grifos nossos).

Por meio das palavras da profissional supracitada, observamos que o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social que atende essa demanda está relacionado principalmente a problemas financeiros, na compreensão por parte desses indivíduos que a dependência química é uma doença e a inexistência de vínculos familiares.

Sobre as atividades desenvolvidas pela assistente social, no enfrentamento às dificuldades enfrentadas pelos dependentes químicos, recordamos o que traz Koller e Cecconello (2003) as quais afirmam que o enfoque vai além do atendimento às famílias, sendo necessário intervenções em rede socioassistenciais, dada às questões socioeconômicas que envolvem as dificuldades enfrentadas por essas pessoas.

Quanto à relação existente entre os dependentes químicos e usuários de drogas com sua família, os profissionais que contribuíram para este trabalho responderam da seguinte forma:

A maior dificuldade é a parte familiar, a maior parte dos familiares **não suporta mais e o maior desafio seria voltar a esse convívio familiar**, que esses pacientes já fizeram tudo de ruim nessa casa. A mãe já estaria ameaçada de morte, já praticaram furtos dentro de casa e até roubos na comunidade e os irmãos pressionam. Seria uma **relação desgastada**. Geralmente **o indivíduo já está na rua** porque ninguém aguenta mais e a única pessoa que fica até o final é a mãe. Mas **temos também familiares que ainda são presentes** (Enfermeiro. Grifos nossos).

Ela é heterogênea né. Nós **temos desde dependentes com um bom relacionamento familiar que infelizmente são exceção**, mas na **grande maioria das vezes é uma dinâmica familiar adoecida**, seja pela própria violência doméstica, relatos de abuso, desafetos, muitos relatos de abusos sexuais na infância. E existe um **outro perfil de usuário onde a família se torna codependente** por conta dos processos de mecanismos imaturos de chantagens, de ameaças para que haja na manutenção do consumo da substância, para que a família se mantenha arcando com esse custo financeiro e social. Podemos até dizer de modo empírico com base na observação, que **em famílias onde os vínculos são muito fortes**, principalmente famílias que dedicam afeto, mas também sabem colocar limites, pois têm que ter esse acompanhamento duplo; **o afeto sem limites acaba não sendo eficiente assim como o limite sem afeto, tem que ser as duas coisas combinadas**. A gente percebe que **nas famílias onde há esse vínculo bem estabelecido a probabilidade da dependência química se instalar é bem menor** (Psiquiatra. Grifos nossos).

Observando as falas dos dois sujeitos entrevistados, primeiramente chamamos a atenção para os pontos em comum dos mesmos, principalmente no que diz respeito aos laços, dos dependentes químicos e usuários e a família, estarem rompidos. Outro aspecto comum entre as duas falas se refere ao fato de existir um número pouco expressivo de indivíduos que ainda mantêm laços afetivos com sua família, quando assolados por essa doença.

A partir das falas dos dois sujeitos, é possível também traçarmos correlações com autores que fizeram parte de nosso referencial teórico. Dentre esses, retomamos Schenker e Minayo, essas autoras discorrem exatamente a situação relatada pelos entrevistados, ao afirmarem que muitas vezes existe um relacionamento conflituoso entre o dependente químico e sua família (SCHENKER; MINAYO, 2004).

Quanto ao ponto levantado pelo psiquiatra referente à família possuir equilíbrio emocional, segundo as palavras do mesmo: “o afeto sem limites acaba não sendo eficiente assim como o limite sem afeto, tem que ser as duas coisas combinadas”, também é abordado por Carlini et al (2002). A respeito desse problema, os mesmos autores afirmam que, através de pesquisas realizadas pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, ficou constatado que os usuários ou dependentes químicos que possuem apoio da família nos momentos de dificuldade, a recuperação é menos dolorosa e as chances de recaída são menores.

O último ponto relativo à mesma pergunta levantada pelo psiquiatra e que chamamos a atenção diz respeito à questão da codependência da família, portanto, o sentimento de culpa pela situação em que se encontra o dependente químico ou usuário de drogas. Sobre esse problema, retomamos Carvalho e Almeida que abordam exatamente tal situação ao afirmarem que a família é um fator de proteção e prevenção à recaída dessas pessoas. Todavia, por meio de estudos foi observado que em algumas famílias a convivência com a dependência química gera sentimento de culpa e sofrimento, pois a família se sente responsável pela situação de dependência química na qual se encontra o membro da família (CARVALHO; ALMEIDA, 2003).

Já a resposta da assistente social acerca da relação existente entre os dependentes químicos e usuários de drogas com sua família, foi da seguinte forma:

A **família é um dos eixos** que a gente faz o acompanhamento. Para que se tenha um tratamento adequado o ideal é que exista o comprometimento da família também. **Não adianta o paciente só querer se a família não ajuda, não colabora, ou não percebe que é uma doença**, que precisa chegar junto. Então, a idéia é a gente forçar esse trabalho em conjunto, exatamente com a família para que ele tenha um suporte. Então o problema na grande maioria das vezes é que **as famílias abandonam**, porque já sofreram muito com o uso abusivo do álcool e outras drogas. A gente vê que **quando tem o familiar ajudando o tratamento se torna mais fácil**, eles aderem mais fácil (Assistente Social. Grifos nossos).

Chamamos a atenção para as seguintes questões da fala da assistente social: a família é um dos eixos trabalhados, o tratamento da dependência química não depende apenas do paciente, muitas famílias abandonam o familiar que se encontra nessa situação e quando a família dá suporte o tratamento possui resultados mais positivos. Tais observações destacadas por nós são passíveis de serem compreendidas quando retomamos Costa (2008) , pois para a mesma autora, é no ambiente familiar que os valores, preceitos e funções são construídos. Quando ocorre algum tipo de interferência que altera a dinâmica da família, como é o caso de ter um membro dependente químico, isso gera conflitos entre os membros, exatamente o que constatamos nas palavras da assistente social.

Outra questão que pode ser levantada acerca desse problema enfrentado pelos indivíduos dependentes químicos e seus familiares é o perfil socioeconômico dessa população, tendo em vista que, conforme observamos no campo de pesquisa, a grande maioria dessas pessoas é proveniente de comunidades carentes de Fortaleza, onde lhes é negado o acesso à educação, ao emprego, à habitação e à saúde, consequência da dinâmica capitalista e da ausência do Estado.

Diante da realidade percorrida pela assistente social, vale retomarmos também Silva (2007) que retrata bem esse problema de conflito entre os dependentes e a família, haja vista que, para a maioria das famílias que convivem com esse problema, o mesmo se torna central, tanto é verdade que o problema da drogadição é uma patologia social.

Dando continuidade às indagações dispostas em nosso roteiro de entrevistas, buscamos compreender as principais demandas dos usuários e dependentes químicos no processo de tratamento do dependente na Unidade. O enfermeiro respondeu da seguinte forma:

A nossa política ainda não tem uma rede completa de atenção a esses pacientes, **a gente tenta muito junto ao CRAS e com outros serviços**

conseguir trabalho. Tivemos pacientes que fizeram faculdade dentro da Unidade. **Às demandas, são muitas, alguns querem estudar,** por exemplo, hoje tem umas meninas que estão indo lá como voluntários ensinar o ABC para eles. **As principais demandas seriam trabalho, educação e a continuidade do tratamento lá fora** (Enfermeiro. Grifos nossos).

Ao analisarmos as colocações do profissional supracitado, é possível destacarmos que dentre as principais demandas dos usuários e dependentes químicos é trabalho e educação. Sendo que, segundo o enfermeiro, a Unidade ainda não possui uma rede completa de atenção, de forma que os profissionais que lá atuam, como forma de viabilizar serviços complementares, entram em contato com os CRAS.

Nesse momento, verificamos que o trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional atua em consonância com o Art. 5, do SISNAD, tendo em vista que dentre seus objetivos destacamos: “I - contribuir para a inclusão social do cidadão, visando torná-lo menos vulnerável; III - promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas” (BRASIL, 2006).

Outro aspecto importante que observamos diz respeito à fala de nosso segundo entrevistado que vai ao mesmo sentido do enfermeiro, dado que o psiquiatra afirmou que, as principais demandas dos usuários e dependentes químicos são: “sociais por: emprego, moradia e também a própria reabilitação psicossocial em si”.

A partir do que foi afirmado pelos dois entrevistados compreendemos que a realidade vivenciada pelos mesmos é expressa por Kovadloff et al. (1999) quando afirmam que existem fatores multifacetados, os quais a partir de uma doença se tornam transparentes, o que acaba requerendo da equipe multiprofissional uma abordagem mais complexa, dada a amplitude das demandas dos usuários e dependentes químicos, como: emprego, moradia e reabilitação psicossocial, envolvendo assim, diferentes áreas do conhecimento.

A partir dessa realidade, observamos que as diretrizes da PNAD abarcam exatamente essas questões tratadas, sendo oportuno destacarmos:

[...] a articulação, em rede nacional de assistência, de intervenções para tratamento e recuperação de usuários de drogas e dependentes químicos, incluídas as organizações voltadas para a reinserção social e ocupacional.
[...] Incentivar, por meio de dispositivos legais que contemplem parcerias e

convênios em todos os níveis do Estado, a atuação de instituições e organizações públicas ou privadas que possam contribuir, de maneira efetiva, na reinserção social e ocupacional (BRASIL, 2002).

Portanto, ao compararmos as falas dos entrevistados com as diretrizes da PNAD, é perfeitamente plausível afirmarmos que, a PNAD, por meio de sua diretriz foi criada com o intuito de cobrir uma lacuna que existia na política pública sobre drogas, já que essa possui seu foco não apenas no tráfico, mas também busca dar suporte aos usuários e dependentes químicos, que são assolados por essa doença.

Já a assistente social, declarou que as principais demandas dos usuários e dependentes químicos no processo de tratamento do dependente na Unidade de Acolhimento são: “a **busca por internação**, mas também recebemos demandas muitas vezes pessoais, como **trabalho e educação**” (Profissional, assistente social. Grifos nossos).

Observamos, ainda, que as respostas dos demais profissionais são muito parecidas com o que trouxe a assistente social. Um destaque que é importante comentarmos diz respeito à busca por internação pelos próprios usuários ou dependentes químicos, fato esse que não havia sido relatado pelos demais profissionais, demonstrando assim, que uma das funções do trabalho do assistente social na Unidade é o acolhimento.

Outro aspecto que atentamos se refere à alteração do modo como eram atendidas as pessoas em situação de drogadição. Tal afirmativa fica evidente ao retomarmos alguns dos pressupostos básicos da PNAD, quais sejam no foco da sua atuação na prevenção, atenção, reinserção social do usuário e dependente de drogas. Tanto é crível essa constatação que, a partir da PNAD o atendimento passou a reconhecer as diferenças entre o usuário, o dependente químico e o traficante de drogas, passando assim, a tratá-los de forma diferenciada.

Portanto, é possível afirmarmos que tanto o acolhimento como as demais atividades direcionadas a atender as demandas dos usuários e dependentes químicos, realizadas pelo Serviço Social, seguem as disposições da PNAD assim como do SISNAD.

Por fim, nossa última pergunta realizada aos profissionais da equipe multiprofissional trata das Políticas Públicas direcionadas a essa população, atendida pela Unidade. Assim, buscamos saber quais as principais políticas sobre

drogas que dão embasamento ao atendimento da Unidade. De acordo com o enfermeiro:

O problema é funcionar né. Políticas públicas têm muitas, mas às vezes **não têm esse diálogo** com outros secretários, com outros secretários, com outros órgãos, tem que se trabalhar tudo junto: ONG's como o AA. Então é muito importante que haja essa articulação no sentido da inclusão social. O município disponibiliza através de algumas iniciativas como a do vereador Paulo Diógenes que conseguiu vagas tanto para ex-usuários, quanto para aqueles em tratamento. Então o município é capaz de disponibilizar através de iniciativas como essa, vagas de emprego (Enfermeiro. Grifos nossos).

Conforme destacamos acima, o enfermeiro afirma que existem muitas políticas públicas direcionadas ao atendimento aos usuários e dependentes químicos, no entanto, o mesmo não especifica quais. Outro fato que nos chamou a atenção se refere à afirmativa do enfermeiro de que, muito embora existam muitas políticas públicas relacionadas ao problema das drogas, essas não funcionam. Todavia, para o enfermeiro essas políticas deveriam ser intersetoriais, mas não dialogam entre si.

Portanto, compreendemos a fala do enfermeiro como uma crítica às políticas sobre drogas existentes no Brasil. Todavia, o enfermeiro afirma que, mesmo existindo dificuldades, a Prefeitura Municipal de Fortaleza, através de convênios procura disponibilizar meios para que essas pessoas possam voltar a trabalhar e assim haja uma reinserção social.

Acerca dessa iniciativa por parte da Prefeitura Municipal, citada pelo enfermeiro, lembramos que a PNAD, orienta os três poderes executivos, como o federal, o estadual e o municipal, para que construam mecanismos intersetoriais que possam atender às demandas dessa população, especialmente no que diz respeito ao tratamento, recuperação e reinserção social. Vale lembrar ainda que, a Política Nacional Anti Drogas, deixa claro que os entes federados devem: “identificar o tratamento, a recuperação e a reinserção social como um processo de diferentes etapas e estágios que necessitam ter continuidade de esforços permanentemente disponibilizados para os usuários que desejam recuperar-se (BRASIL, 2002).

Já nosso segundo entrevistado afirmou que as políticas públicas sobre drogas no Brasil:

São direcionadas ao acesso no SUS e ao acesso ao amparo assistencial, principalmente ao BPC. Porque um dos princípios do SUS é a equidade, dar mais atenção à quem tem mais vulnerabilidade. De fato, ele

tem tido fluxos diferenciados no acesso a exames e serviços, **a própria unidade procura dar o suporte de assistência social e até mesmo em termos de recurso financeiro** pode-se observar um aporte de investimento maior se a gente for analisar per capita do que com relação a outras especialidades do hospital, então existe sim essa equidade (Psiquiatra. Grifos nossos).

Observando as afirmações do psiquiatra, chamou-nos a atenção para as políticas públicas serem de acesso ao Sistema Único de Saúde, o amparo assistencial, principalmente para a garantia de direitos, no caso, do Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Quanto ao referido benefício, vale lembrar que o mesmo é garantido pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), o qual garante um salário mínimo mensal ao idoso com 65 anos ou mais ou à pessoa com deficiência de qualquer idade com impedimentos⁸ de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas. Vale lembrar ainda que, para ter direito ao benefício é necessário que a renda por pessoa do grupo familiar seja menor que 1/4 do salário-mínimo vigente (BRASIL, 1993).

Outro aspecto que é importante deixarmos registrado, é o fato do BPC, por ser assistencial, não é necessário que o beneficiário tenha contribuído para o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para ter direito a ele, todavia, este benefício não paga 13^o salário e não deixa pensão por morte (BRASIL, 1993).

Acerca da equidade do SUS, mencionada pelo entrevistado, lembramos que, de acordo com o Art. 22, incisos I e II, do SISNAD:

[...] o usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social; A adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais (BRASIL, 2006).

Portanto, no que se trata dessa última questão abordada com os profissionais que atuam na equipe multiprofissional da Unidade, observamos que o psiquiatra trouxe a Política de Saúde, ao mencionar o Sistema Único de Saúde, e a Política de Assistência Social, o que não deixa de estar em consonância com o SISNAD.

⁸Os impedimentos trazidos pela LOAS devem ser de longo prazo, definido por um período igual ou superior a dois anos (BRASIL, 1993).

Quanto a resposta da assistente social, em relação as principais políticas sobre drogas que dão embasamento ao atendimento da Unidade de Acolhimento, essa respondeu:

A gente tem várias políticas públicas, mas a dificuldade é de realmente implementar. Por mais que a gente faça todo um trabalho intersetorial ainda existe uma visão medicamentosa, foco no diagnóstico. A gente faz visita domiciliar, a gente tem grupos de famílias e de usuários, são políticas de agregar (Assistente Social. Grifos nossos).

Como pode ser observado as políticas públicas, trabalhadas pela assistente social, são intersetoriais, passando pelo atendimento ao usuário e dependente químico até sua família. Sendo para Lins e Scarparo (2010), trabalho em redes sociais que necessita de planejamento e gestão para sua execução, dado que, nesse modelo de intervenção contribuem para fortalecer tanto os indivíduos que estão em drogadição quanto sua família.

Finalizando nossas análises acerca das entrevistas, segundo a assistente social, muito embora as políticas públicas sobre drogas tenham dado um salto qualitativo, ainda existe um trabalho de conscientização a ser feito, pois ainda permanece uma visão da sociedade de que o tratamento deve ocorrer basicamente mediante medicamentos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas sobre drogas se deram dentro de um contexto histórico de construção da cidadania brasileira, na medida em que este processo ganhou força culminando na promulgação da Constituição Federal de 1988. Os avanços das políticas públicas sobre drogas também foram ganhando um formato, conforme discorrido ao longo da construção deste trabalho monográfico.

Lembrando que, primeiramente, o Brasil possuía uma política pública de repressão direcionada à população usuária de drogas, tanto que nos anos de 1960, o problema das drogas, no País, era tratado por meio de ações que buscavam a redução da oferta de drogas. Portanto, restringiam-se ao campo jurídico e/ou médico. Assim, nesse período prevaleceram ações governamentais repressivas que buscavam controlar o tráfico e o consumo de substâncias psicoativas, dando tratamento igual para os traficantes e usuários.

A partir do ano de 1998, com a participação do então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, o Brasil passa a aderir aos “Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas”, criado pela ONU no ano de 1988.

Desse modo, o País alterou sua forma de tratar o problema das drogas, passando de uma política repressora independentemente das pessoas serem usuárias, dependentes ou traficantes, para uma política que possui um compromisso político, social, sanitário e educacional. Tal política passou a ter um caráter permanente além de contar com um aporte financeiro destinado a programas que trabalham com o objetivo de reduzir a demanda.

Portanto, a partir da adesão do País aos Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas, estabelecido pelas Nações Unidas, o governo federal tomou medidas práticas a fim de mudar o foco das políticas públicas direcionadas a população usuária de drogas, criando a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) no ano de 2002 e o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) em 2006.

No entanto, observamos, no período em que estivemos na Unidade que o problema das drogas é uma questão a ser tratada no longo prazo, pois além de demandar um grande aporte de recursos, existe todo um trabalho de prevenção que precisa ser feito. Assim, no que se refere à implementação das políticas públicas

sobre drogas, inegavelmente houveram avanços, todavia, ainda existe um longo caminho a ser percorrido pela sociedade para que esse problema social seja amenizado.

Assim, em relação a um dos objetivos específicos deste trabalho, identificar as políticas públicas direcionadas à população usuária e dependente química, entendemos que foi alcançado, pois tivemos a oportunidade de correlacionar o referencial teórico, construído ao longo deste trabalho, com nossa observação e com as falas dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar daquela Unidade de Atendimento.

Quanto ao nosso segundo objetivo, apontar as principais dificuldades enfrentadas pelos usuários e dependentes químicos no processo de desenvolvimento do tratamento, observamos que são muitas, principalmente devido ao grau de vulnerabilidade social em que se encontram essas pessoas e a própria família. Vale deixar registrado que tal afirmativa foi relatada pelos profissionais que participaram deste trabalho. Recordamos a complexidade da doença, pois a mesma é multifacetada, sendo assim envolve componentes biológicos (patologias) e sociais (a dinâmica social e familiar).

Ao refletirmos sobre esses dois componentes, chamamos a atenção para o fato de primeiro ser inerente à pessoa, pois é uma patologia; já ao segundo existe toda uma série de fatores que envolvem a dinâmica social e familiar, por exemplo a vulnerabilidade social em que essas pessoas e sua família se encontram, o que faz necessária, nesse aspecto, a existência de um suporte social, que pode vir por meio das políticas públicas e também da própria sociedade.

Assim, chamamos a atenção para a questão da rede social, pois observamos que essa é extremamente importante, haja vista que deve relacionar todos os vínculos interpessoais de um sujeito: sua família nuclear, sua família extensa, as relações de trabalho, de estudo, de vínculos com serviços de saúde, de alguma inserção comunitária e práticas sociais.

Nosso terceiro objetivo específico, identificar as principais demandas dos usuários e dependente químicos no processo de tratamento, por meio da equipe multidisciplinar, verificamos que estas são muitas, necessitando de políticas públicas intersetoriais, portanto, totalmente condizentes com a legislação que trouxemos ao longo deste trabalho monográfico.

Destacamos que dentre as demandas citadas nos chamaram a atenção, as questões sociais, como: emprego, moradia e reabilitação psicossocial. Diante dessas questões acreditamos que o mais apropriado é dar maior ênfase às políticas públicas já existentes em relação não somente ao tratamento, mas também de programas de formação e reinserção social dos indivíduos que estão nessa situação, conforme preconiza o SISNAD, tendo em vista que o mesmo, deixa claro que o atendimento oferecido para essa população deve, além do tratamento, oferecer programas de formação profissional sobre educação e prevenção.

Assim, refletindo a respeito do nosso objetivo geral, que foi compreender as dificuldades enfrentadas pela equipe multiprofissional no tratamento dos usuários e dependentes químicos em uma Unidade de Acolhimento do município de Fortaleza - CE, observamos que as mesmas são inúmeras pois englobam uma série de fatores que vão desde recursos financeiros até fatores socioeconômicos, que perpassam pela família, comunidade, renda e moradia, dada a situação de vulnerabilidade social que se encontram essas pessoas e suas famílias.

Por fim, este estudo não pretende esgotar a temática, visto que a mesma possui um caráter dinâmico diante das transformações da sociedade, e merece explorações profundas sobre diversos outros aspectos.

REFERÊNCIAS

AVELINO, V. P. **A evolução do consumo de drogas**. 2009. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/14489/a-evolucao-do-consumo-de-drogas>>. Acesso em: 18 set 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. Política Nacional Antidrogas. **A Política e a legislação brasileira sobre drogas**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2010.

_____. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas**. Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. p.106

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social**, Brasília: 2004.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; Organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009. 48 p.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. Política Nacional Antidrogas. **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), 2014.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; UNIFESP, IME (2010). **Relatório Brasileiro sobre Drogas** P. Duarte, V. Stempliuk & L. Barroso (Orgs). Brasília: SENAD.

_____. Secretaria Nacional Antidrogas (2007). **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007**: Relatório. In. D. Carvalho (Coord). Universidade de Brasília: SENAD.

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

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Diário Oficial da União 2009; 05 jun.

_____. **Lei nº 6368, de outubro de 1976**. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física e psíquica. Brasília, 1976. Disponível em:

<http://www.010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1976/6368.htm>. Acesso em: 08 abr. 2017.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2010; 21 maio.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 05 abr. 2017.

_____. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006a**. 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em: 07 set. 2017.

_____. **Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Lei Orgânica da Assistência Social, dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências, e legislação correlata. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm. Acesso em: 19 out. 2017.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CARLINI, E. A. et al. | **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país : 2001**, São Paulo : CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARVALHO, I.; ALMEIDA, P. **Família e proteção social**. São Paulo em perspectiva, 17(2), 109-122, 2003.

COSTA, Raul Max Lucas da. **Tensões sociais no consumo de bebidas alcoólicas em Fortaleza (1915-1935): trabalhadores, boêmios, ébrios e alcoólatras**. Dissertação. (PPG – História Social/UFC), 2008.

GIL, A. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 8º ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**. Capital Financeiro, Trabalho e Questão Social, 6ª edição. Editora Cortez, 2012.

_____, Marilda Villela. O Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais. In: IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez; Lima/Peru: CELATS, 1994. p. 71-123.

KOLLER, H. Silva. & Ceconello, A. Marques. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. **Estudos de Psicologia**. 5 (1), 73-93, 2003.

KOVADLOFF, Kalina, E.; S., ROIG, P. M.; SERRAN, J. C.; CESARMAN, F. (1999). **Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade**. Porto Alegre: Artes Médicas.

LINS, M; SCARPARO, H. (2010). Drogadição na contemporaneidade: pessoas, famílias e serviços tecendo redes de complexidade. **Psicologia Argumento** (Curitiba), 28(62), 261-271.

MANSUR, Jandira. **O que é toxicomania**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

MINAYO, M.C, **Pesquisa social teoria, método e criatividade**. 10^o ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MOTA, André. **Eugenia e história: ciência, educação e regionalidades**. São Paulo: USP/UFABC/CD.G Casa de Soluções e Editora, 2009.

OLIVEIRA, Adriano. **Tráfico de drogas e crime organizado-Peças e mecanismos**. Jurua Editora, 2007.

ORTH, Anaídes Pimentel da Silva. **A dependência química e o funcionamento familiar à luz do pensamento sistêmico**, 2005.

Organização Mundial da Saúde (2001). **Transtornos devido ao uso de substâncias**. Em Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança (pp.58-61). Brasília: Gráfica Brasil.

RAMOS, S. P.; BERTOLOTE, J. M. et al, **Alcoolismo hoje**, 3 ed, Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

REIS, Rossana dos. **A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT**, 2005.

RESOLUÇÃO N° 510, De 07 de abril de 2016. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 07 de abril de 2017.

SCHENKER M; Minayo MCS. **A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica**. Ciência & Saúde Coletiva 8(1): 299-306, 2004.

SLUZKI, C. E. **As redes sociais na prática sistêmica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SILVA, Luiza Lopes da. **A Questão das Drogas: Uma perspectiva brasileira.** Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2007

TORCATO, Carlos Eduardo Martins. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República.** Dissertação. (PPG – História Social/USP), 2016

ZIMERMAN, David E.; OSÓRIO, Luiz Carlos. **Como trabalhar com grupos.** Porto Alegre: Artmed, 1997. Cap. 2, 6, 9.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Roteiro da entrevista

Roteiro referente à pesquisa: As dificuldades enfrentadas pela equipe multiprofissional no tratamento de usuários e dependentes químicos em uma Unidade de Acolhimento do município de Fortaleza - CE.

Data:

I - PERFIL DOS PROFISSIONAIS

1. Idade:
2. Profissão:
3. Especialização:
4. Tempo que atua na área:

II – Relatos da equipe multiprofissional sobre os atendimentos aos indivíduos dependentes químicos

1. Qual a importância do atendimento aos usuários e dependentes químicos aqui na Unidade de Acolhimento?
2. Quais as principais dificuldades enfrentadas pelos usuários e dependentes químicos no processo de desenvolvimento do tratamento?
3. Como é a relação dos dependentes com seus familiares?
4. Quais as principais demandas dos usuários e dependentes químicos no processo de tratamento do dependente na Unidade?
5. Quais as Políticas Públicas direcionadas a essa população, atendida pela Unidade?

ANEXO

ANEXO A

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: As dificuldades enfrentadas pela equipe multiprofissional no tratamento, dos usuários e dependente químicos em uma Unidade de Acolhimento em Fortaleza – CE por Monalisa Macário Magalhães. Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada pela Prof.^a Dr.^a Lucili Grangeiro Cortez, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (85) _____. Afirmo 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 compreender as dificuldades enfrentadas pela equipe multiprofissional no tratamento, de usuários e dependentes químicos em uma Unidade de Acolhimento em Fortaleza – CE. 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 TCLE.

Fortaleza, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do (a) participante:

Assinatura do (a) pesquisador (a):

Assinatura da testemunha:
