



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

**MUNDITA BATISTA MONTEIRO**

**A PERCEPÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL A RESPEITO DA  
CONTRIBUIÇÃO DA FAMÍLIA DO USUÁRIO DE CRACK NO SEU  
TRATAMENTO/ACOMPANHAMENTO**

FORTALEZA  
2017

**MUNDITA BATISTA MONTEIRO**

**A PERCEPÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL A RESPEITO DA  
CONTRIBUIÇÃO DA FAMÍLIA DO USUÁRIO DE CRACK NO SEU  
TRATAMENTO/ACOMPANHAMENTO**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Deocleciana Paula da Silva

FORTALEZA  
2017

**MUNDITA BATISTA MONTEIRO**

**A PERCEÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL A RESPEITO DA  
CONTRIBUIÇÃO DA FAMÍLIA DO USUÁRIO DE CRACK NO SEU  
TRATAMENTO/ACOMPANHAMENTO**

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

Data de aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. MS. Deocleciana Paula da Silva  
(Orientadora)

---

Prof<sup>a</sup> Esp. Marcela Barroso Maciel  
(Faculdade Ratio)

---

Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup> Ana Cecília Santos  
(Faculdade Ratio)

Dedico ao meu filho



## RESUMO

O presente estudo buscou compreender a percepção do assistente social do CAPS/Ad de Messejana quanto a importância da família no tratamento e na assistência do usuário. A questão do consumo de drogas, lícitas ou ilícitas é tema de debate recorrente em nossa sociedade, dada a sua complexidade a questão impõe um debate contínuo, afinal afeta indistintamente a sociedade. Nesse contexto, políticas públicas são sempre renovadas no sentido de amenizar o problema, sejam elas voltadas para a esfera jurídica, social ou de saúde. A pesquisa, voltou-se para a área da saúde, para o atendimento do usuário/dependente e sua família, a partir de uma realidade concreta, qual seja, o atendimento do Centro de Apoio Psicossocial Álcool e drogas da Messejana (CAPS de Messejana), em Fortaleza – CE. Como percurso metodológico a pesquisa teve uma abordagem qualitativa, do tipo bibliográfico e de campo. Os resultados sugerem que o crack é um problema de saúde pública, não apenas por sua prevalência, mas pelos problemas que acarreta. O uso dessa substância é descrito como relacionado a aspectos culturais, a estressores psicossociais e a várias outras condições, entre elas os conflitos familiares. As ações governamentais no combate ao uso de drogas são contraditórias, no interior do Estado residem políticas públicas praticamente antagônicas, umas criminalizam o usuário e outras o compreendem como um doente. Essa compreensão sobre a contradição é importante por que é possível analisar os limites das políticas públicas e do trabalho dos assistentes sociais e dos aparelhos do Estado, como o CAPS pesquisado. A família aparece como elemento relevante no estudo de prevenção e tratamento do usuário.

**Palavra chave.** Crack, CAPS/AD; Assistente social, família

## ABSTRACT

The present study sought to understand the perception of the social assistant of Caps/AD Messejana as the importance of the family in the treatment and assistance of the user. The question of drug use, bidding or illicit is the subject of recurring debate in our society, given its complexity the question imposes a continuous debate, ultimately affects society. In this context, public policies are always renewed in order to alleviate the problem, whether they are facing the legal, social or health sphere. The research has turned to the health area, for the attendance of the user/dependent and its family, from a concrete reality, what is the attendance of the Center for psychosocial support alcohol and drugs of Messejana (Caps de Messejana), in Fortaleza – CE. As a methodological pathway the survey had a qualitative, bibliographical and field approach. The results suggest that crack is a public health problem, not only by its prevalence, but for the problems it carries. The use of this substance is described as related to cultural aspects, psychosocial stressor and various other conditions, including family conflicts. Government actions in the fight against drug use are contradictory, within the state resides public policies practically antagonistic, some criminalize the user and others understand it as a patient. This understanding of the contradiction is important because it is possible to analyze the boundaries of public policy and the work of social workers and appliances of the state, such as the caps searched. The family appears as a relevant element in the study of prevention and treatment of the user.

**Key word.** Crack, Caps/ad; Social worker, family

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>2 A SOCIEDADE E O USO DE DROGAS NA HISTÓRIA .....</b>	<b>14</b>
2.1 Uso de drogas na sociedade .....	14
2.2 Drogas .....	18
2.3 Crack .....	20
2.4 A questão social em relação as drogas .....	23
<b>3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE ÀS DROGAS NO AMBITO FAMILIAR.....</b>	<b>31</b>
3.1 Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD.....	32
3.2 Prevenção ao uso de drogas na mídia .....	34
3.3 Prevenção ao uso de drogas na família .....	38
<b>4 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL - CAPS AD.....</b>	<b>43</b>
4.1 REDE PUBLICA DE ASSISTENCIA A SAÚDE MENTAL .....	43
4.2 CAPS Messejana .....	46
4.3 Percepção da Assitente Social.....	46
<b>4.3.1 CAPS .....</b>	<b>47</b>
<b>4.3.2 CRACK .....</b>	<b>48</b>
<b>4.4 FAMÍLIA .....</b>	<b>49</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>56</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>54</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A questão do consumo de drogas, lícitas ou ilícitas é tema de debate recorrente em nossa sociedade, dada a sua complexidade a questão impõe um debate contínuo, afinal afeta indistintamente a sociedade. Nesse contexto, políticas públicas são sempre renovadas no sentido de amenizar o problema, sejam elas voltadas para a esfera jurídica, social ou de saúde.

O presente estudo, volta-se para a área da saúde, para o atendimento do usuário/dependente e sua família, a partir de uma realidade concreta, qual seja, o atendimento do Centro de Apoio Psicossocial Álcool e drogas da Messejana (CAPS de Messejana), em Fortaleza – CE.

Neste estudo, o termo “droga” é usado para referir as substâncias psicoativas (SPA) que, quando ingeridas, afetam os processos mentais (cognição ou humor, entre outros) (Brasil, 2010). Dentre elas, encontram-se o crack, a maconha, o álcool, o cigarro. Dentre as drogas ilícitas o Crack tem relevância negativa muito em função do seu baixo custo para aquisição e de seus efeitos no organismo humano. O uso do crack e os problemas relacionados ao seu consumo não são diferentes do que acontece com outras drogas. Contudo, os usuários de cocaína e crack têm as maiores taxas de abandono do tratamento e há necessidade de se conhecer de forma mais aprofundada os problemas relacionados ao uso dessa droga para que as ações empreendidas sejam eficazes

A família se constitui socialmente em uma unidade primordial no âmbito da construção, formação e desenvolvimento dos indivíduos que a compõem, transmitindo às gerações valores, regras, costumes, ideias, além de modelos e padrões de comportamentos, inclusive hábitos nocivos à saúde.

A existência de vínculos relacionais saudáveis entre os indivíduos e as famílias, como delimitação das responsabilidades, apoio e afeto familiar, é apontada como fator protetor quanto ao uso de drogas. De modo geral, o papel da família pode ser compreendido a partir de três lócus principais. O primeiro se refere à centralidade das famílias como fator de proteção social, o que implica ter presente seu caráter ativo e participante nos processos de mudança; o segundo ressalta a família como aquela que, paradoxalmente, pode formar ou destruir, dar identidade ou desintegrar o

indivíduo em formação e o terceiro refere-se à sua importância na promoção e manutenção da saúde entre seus membros.

Autores apontam o importante papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas, tendo em vista que a negligência, o abandono e a privação de cuidados são considerados uma forma de violência familiar, que se expressa pela ausência, recusa ou falta de atenção necessária a quem deveria receber atenção e cuidados.

Partindo do pressuposto de que o vínculo está relacionado, entre outros fatores, à interação dos indivíduos com a família, o uso de drogas pode ser também compreendido a partir dessa perspectiva. A pesquisa sobre os fatores contextuais de risco e de proteção, relacionados ao ambiente familiar, é relevante para a compreensão do uso de drogas e, portanto, constitui-se uma necessidade, pois contribui para ação efetiva em relação às possibilidades de prevenção.

Diante dessa percepção sobre a importância da família no tratamento da dependência química decorrente do uso de drogas, que as instituições, sejam elas públicas ou privadas envolvem a família em tratamentos de usuários/dependentes.

O atendimento aos usuários de drogas no Sistema Único de Saúde (SUS) tem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como referência. Os CAPS garantem a oferta de atendimento especializado próximo ao local de moradia dos usuários, mas têm sido descritos problemas no acesso, além de evidências de estigmatização no vínculo com os CAPS

Em função da necessidade de um serviço de saúde que atendesse tanto o aumento da demanda de usuários de álcool e outras drogas como a necessidade de atendimento diário a estes usuários, foram criados os Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas (CAPS AD), como um dos serviços substitutivos à internação. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, buscando promover a reabilitação psicossocial de seus usuários, os CAPS são serviços de atenção psicossocial que se caracterizam pelo cuidado e atenção diária e articulação de toda a rede de atenção. Nesses serviços, trabalham equipes de diversas áreas de formação (Duarte & Dalbosco, 2011; Figueiredo & Rodrigues, 2004; Kantorski, Jardim, Wetzell, Olschowsky, Schneider, et al, 2009). Através de um trabalho interdisciplinar e integral, diversas ações são desenvolvidas nos CAPS AD no intuito de cuidado aos usuários de drogas, como o acolhimento universal e incondicional ao paciente e seus familiares.

Especificamente com relação ao crack, busca-se acolher usuários de crack que demandem ajuda mesmo aqueles que não demonstrem desejo de interromper o consumo, tratar abstinências leves de crack em nível ambulatorial, realizar busca ativa em articulação com atenção básica em casos de abandono de tratamento; desenvolver oficinas terapêuticas; e apoiar um trabalho dentro da perspectiva de Redução de Danos (RD), suporte e apoio a familiares (Brasil, 2010).

Para garantir a atenção integral a usuários de crack e outras drogas, os serviços de saúde devem estar articulados, de forma funcional e complementar, com os diversos dispositivos da rede. Os principais dispositivos da rede de atenção são os CAPS AD, os CAPS AD 24 horas, a Atenção Básica (AB), os Ambulatórios de Saúde Mental, os Hospitais Gerais (com leitos de atenção integral), os Consultórios de Rua (CR), entre outros (Brasil, 2010).

O CAPS AD de Messejana insere-se nesse contexto, segundo informações da própria instituição, O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS GERAL SER VI foi criado em maio de 2001 e fica localizado na cidade de Fortaleza, Estado do Ceará, região nordeste do Brasil, especificamente no bairro de Messejana/Regional VI da cidade. É um serviço em saúde mental que tem como perspectiva o tratamento e acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico e uma proposta de tratamento anti manicomial (CAPS,2017).

As atividades desenvolvidas no CAPS GERAL VI são: grupos de arte terapia, grupos terapêuticos, atendimento em psiquiatria e psicologia, terapia ocupacional, acompanhamento e orientação familiar, visita domiciliar, atendimento de enfermagem, orientação nutricional, grupos de produção e comercialização em economia solidária, inserções em arte e cultura (CAPS,2017).

Durante sua trajetória histórica realizou participações importantes na luta anti manicomial na cidade de Fortaleza, resultando na criação da 1ª Associação de Usuários e familiares, assim como participação na criação de grupos de produção e comercialização solidárias (CAPS,2017).

O CAPS tem como missão ser um suporte terapêutico na travessia do sofrimento psíquico de usuários de saúde mental. Para isso possui uma equipe técnica multidisciplinar formada em sua maioria por servidores públicos, comprometidos com a construção de uma política pública em saúde mental que tenha como pano de fundo a formada de uma rede assistencial em construção e ainda não consolidada no município (CAPS,2017).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi compreender a importância dos vínculos familiares no tratamento de usuários de Crack a partir da percepção do assistente social do CAPS Messejana.

De forma específica os objetivos foram, discutir os efeitos das drogas lícitas e ilícitas; examinar a importância dos vínculos familiares no tratamento de usuários de drogas; descrever a atuação do CAPS na rede de acompanhamento e tratamento de usuários de Crack.

Para tanto, o percurso metodológico desenvolvido nesta monografia partiu de uma pesquisa bibliográfica e de uma abordagem direta com o objeto da pesquisa que é a CAPS Messejana, então, uma pesquisa também de campo. Importa também reconhecer os limites da pesquisa. O que se buscou foi compreender e descrever as percepções do assistente social, uma atitude passiva que não visou intervenções no objeto pesquisado. Sendo assim, a pesquisa teve finalidade descritiva.

Quanto ao universo da pesquisa, este foi o CAPS Messejana. Nesse sentido, a presente pesquisa assumiu características qualitativa, bibliográfica, de campo e descritiva.

Na busca por compreender melhor o papel dos profissionais que atuam neste ambiente específico, foram desenvolvidas as pesquisas bibliográficas sobre o tema. O que se observou foi que os estudos sobre a questão das drogas nas escolas são desenvolvidos pelo Governo Federal, pelo Ministério da Educação e da Justiça, coordenados pela SENAD que produz e distribui subsídios sobre o tema. Essas foram fontes primeiras da presente pesquisa, pois, tem conteúdos abrangentes e são atuais.

Diante disso, a presente pesquisa visa relacionar os conceitos relativos à questão das drogas: conceito de droga lícita e ilícita; dependência química; uso ocasional. A metodologia para responder a tais conceitos parte segundo Gil do que vem a ser pesquisa: “Pesquisa é um conjunto de ações, propostas para encontrar a solução para um problema, que têm por base procedimentos racionais e sistemáticos. A pesquisa é realizada quando se tem um problema e não se tem informações para solucioná-lo”. (GIL,2002, p.42).

Somando-se a essa afirmação, Minayo (2003) destaca que o questionamento deve ser um processo constante na caminhada do pesquisador uma “atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade” (MINAYO,2003 p.23). O autor afirma que a pesquisa é uma ação prática teórica de constante, que se renova constantemente numa busca permanente pela aproximação

com a verdade, uma ação que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e os resultados obtidos (MINAYO,2003). Tendo uma abordagem qualitativa da pesquisa, qualitativa, porque de acordo Minayo “possibilita uma maior aproximação com o cotidiano e as experiências vividas pelos próprios sujeitos”. (MINAYO 2003, p.33). A base desse aprofundamento é a pesquisa bibliográfica, que segundo o autor Gil (2002, p 27) “em virtude da disseminação de novos formatos de informações, estas pesquisas passaram a incluir outros tipos de fontes, como livros, artigos, revistas, bem como material disponibilizado na internet.”

A postura foi a de descrever o objeto, não tendo a pretensão de intervir com qualquer ação, por isso foi adotada a metodologia descritiva. A metodologia de pesquisa descritiva “realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador” (GIL, 2002, p.61). O autor cita como exemplos de pesquisa descritiva as pesquisas “mercadológicas e de opinião. A finalidade é observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos”. (GIL, 2002, p.61)

Reconhecer os limites não é restringir as ações do pesquisador, o que se busca é dar condições para a análise da pesquisa e posterior continuidade da pesquisa. Daí a opção por, num primeiro momento, a pesquisa ser descritiva. Entendendo como pesquisa descritiva “Nesse tipo de pesquisa não pode haver interferência do pesquisador, que deverá apenas descobrir a frequência com que o fenômeno acontece ou como se estrutura e funciona um sistema, método, processo ou realidade operacional.” (GIL, 2002, p.61)

A opção pelo método descritivo é o que ajusta a presente pesquisa. O processo descritivo visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo. Esse tipo de pesquisa pode ser entendida como um “estudo de caso onde, após a coleta de dados, é realizada uma análise das relações entre as variáveis para uma posterior determinação do efeitos resultantes”. (GIL 2002, p.61)

Quanto à técnica de coleta de informações, os dados foram como referência o número de alunos das séries atingidas pelo projeto. A partir desses dados foram medidas as participações dos alunos nas palestras e oficinas. Quanto à satisfação em participar, foi aplicado um questionário semiestruturado entre os alunos para compreender o grau de interesse dos mesmos em relação ao projeto e à satisfação em participar, bem como se o projeto tem relevância pessoal para o aluno.

A técnica de coleta por meio de entrevistas partiu de um roteiro de entrevista contendo as perguntas abertas, o objetivo foi compreender a percepção dos alunos quanto ao projeto.

Logo, a pesquisa foi de natureza qualitativa, tendo por tipos de pesquisa o bibliográfica e o de campo e suas técnicas foram a observação e a entrevista, tendo por instrumentos o roteiro e o gravador gravação. O universo da pesquisa constituiu dos alunos matriculados e que participam do projeto da escola.

O presente estudo monográfico discute três categorias, quais sejam: drogas, Família, políticas públicas. Para tanto, o estudo foi dividido em três capítulos, inicialmente buscou-se esclarecer o conceito de drogas por meio de um breve histórico sobre o tema e distinguir o que vem a ser drogas lícitas e ilícitas e suas potenciais consequências ao universo escolar.

O segundo capítulo trata das políticas públicas desenvolvidas pelas instituições.

O terceiro e último capítulo concentra-se no campo de pesquisa, o CAPS Messejana

O estudo não teve a pretensão de esgotar a análise sobre a temática, o que se buscou, fundamentalmente, foi compreender como se dá o processo de participação da família no processo terapêutico desenvolvido pelo CAPS de Messejana a partir de um olhar crítico de sua assistente social

## 2 A SOCIEDADE E O USO DE DROGAS NA HISTÓRIA

O uso de produtos externos ao seres humanos que quando ingeridos proporcionam alterações psicológicas e sensações de prazer e alucinações, são relatadas ao longo da história. O uso de drogas psicoativas é uma realidade que acompanha os seres humanos há séculos.

Contudo, na contemporaneidade a questão das drogas assume consequências patológicas, envolvendo indivíduo, família e a sociedade, com consequências negativas para todo o conjunto da sociedade.

Neste estudo, discutimos especificamente do consumo de Crack, uma droga derivada da cocaína, com baixo custo para o consumidor e de efeito devastador para o usuário, família e a sociedade. O uso do Crack, segundo Castro (2017) tornou-se uma “epidemia” dado a sua abrangência na sociedade brasileira. Diante dessa realidade Governo e sociedade civil buscam alternativas de combate e de diminuição de danos relativos ao uso de drogas.

A presente pesquisa, trata inicialmente da questão das drogas de uma maneira geral, compreendendo as que tem reconhecidos sua licitude e aquelas que são proibidas de ser consumidas segundo o Poder Público.

### 2.1 USO DE DROGA NA SOCIEDADE

Historicamente as drogas convivem com os seres humanos há milênios, inicialmente compreendidas substâncias naturais ou sintéticas que, absorvidas pelo organismo humano, seja pela ingestão, injeção, inalação ou absorção da pele, penetram na corrente sanguínea e alcançam o cérebro, afetando o seu equilíbrio e provocando em seus usuários reações que variam da apatia à agressividade. São consideradas drogas psicoativas. Desde desde a pré-história, várias substâncias psicoativas vêm sendo usadas para diferentes finalidades, estados de êxtase místico/religioso, prazeroso, lúdico e até curativos.( MACRAE 2003)

Na atualidade, voltam-se o olhar para a droga no sentido mais voltado para a prevenção contra o uso, abuso, mau uso, com tendência ao bem estar do indivíduo, da sociedade onde as políticas públicas possam contemplar a sua eficácia. Neste contexto insere-se as drogas lícitas e ilícitas, desde o cigarro, passando por medicamentos até as mais pesadas como a heroína e o crack

Historicamente, o álcool é a droga mais antiga que muda mentes e emoções. Através do avanço nas técnicas de fermentação das matérias primas como

cevada e frutas, originou-se a produção de bebidas alcoólicas por vários povos. Na Idade Média, como droga saudável e utilizada para fins terapêuticos foi denominada *aqua vitae*. No século XIX, com a Revolução Industrial ocorreu sua popularidade e consequências. No Brasil, uma bebida de fabricação indígena pela fermentação da mandioca chamada cauim foi encontrada pelos portugueses, mais tarde fabricaram a cachaça da cana de açúcar. Atualmente, a bebida alcoólica no país é usada na alegria e na tristeza, em todas as classes sociais em todos os contextos (ANDRADE et al., 2010).

O cigarro (tabaco), droga lícita que afeta significativamente a saúde da população, era, segundo Amaral (2000), era um remédio para a cura de várias doenças, infalível para as enxaquecas, pneumonia, chagas, gota, raiva, servindo como lazer. Sua origem é confusa já que muitos continentes a requerem para si. Cultivada em quase todos os países não possui a visão curativa e sim nociva ao ser humano.

O álcool e o tabaco podem matar, embora sejam menos perigosos. Neste sentido, fortes polêmicas remetem às reflexões. O jornal O Globo (19/2003) publicou a frase: “Alcoolismo e tabagismo matam mais que drogas ilícitas”.

As drogas sintéticas (anfetaminas), que passaram a ser sintetizadas na década de 1930 para o tratamento de déficit de atenção e hiperatividade, nos últimos 20 anos fabricadas para fins não médicos. Ecstasy é a mais usada em festas conhecidas como *raves*. O mesmo autor estima que 50 milhões de pessoas usem benzodiazepínicos (ansiolíticos). Na década de 1970 com uso nocivo e dependência. Os opiáceos são usados desde a pré história. O natural, ópio, morfina, codeína. O sintético, metadona, meperidina, petidina ou semi-sintética a heroína. (LARANJEIRA, 2003).

A cocaína, droga surgida na década de 1970 teve um auge em 1980 e deste produto deriva-se o crack e a merla que podem ser cheirados, injetados ou fumados.

Quanto a maconha, de acordo com Laranjeiras (2003) é um arbusto que cresce em regiões tropicais. Efeitos medicinais e euforizantes são conhecidos há mais de quatro mil anos. No século XX foi considerada um “problema social”. Seu uso e abuso estão associados com a degeneração psíquica, ao crime e à marginalização. No Brasil em 1997 era a droga mais usada por estudantes do ensino fundamental e do ensino médio.

Os solventes, hidrocarbonetos alifáticos e aromáticos são voláteis, presentes em produtos como, tinta, gasolina, cola, esmalte, removedor, aerossol, verniz. Na Revolução Industrial aperfeiçoados e inalados por trabalhadores, apresentavam problemas neurológicos graves (LARANJEIRA, 2003).

Cada droga utilizada exerce um efeito no organismo. O conhecimento destes é de grande importância na prevenção. Jovens, devem ter conhecimento desses dados antes de se aventurar a experimentá-las induzidos pela curiosidade. Sobre esses aspectos descreve o autor

Cocaína – grande potencial de dependência. O crack, derivado da cocaína, causa dependência compulsiva com rapidez. Provoca a vaso-constricção periférica, dilatação das pupilas, aumento da temperatura, da frequência cardíaca e da pressão arterial. Quanto maior for a absorção maior a intensidade dos efeitos hiperestimulantes, como a euforia. (BS, 2006, p.03). Ecstasy possui propriedades estimulantes e alucinógenas. Apresenta efeitos no SNC, agitação, perda de percepção, da realidade, elevação da temperatura corporal, lesão muscular, insuficiência renal, cardiovascular, lesão cerebral, podendo resultar em um tipo de paralisia. (BS,2006, p.03). Heroína – leva facilmente à dependência. Está associada a graves distúrbios físicos, overdose fatal, aborto espontâneo, colapso venoso e doenças infecciosas, incluindo HIV e hepatite. Causa complicação pulmonar, pneumonia. Provoca a obstrução dos vasos sanguíneos dos pulmões, fígado, rins e cérebro. Causando infecção e morte desses órgãos. (BS,2006, p.03).

A maconha que passa por campanhas pela descriminalização, tem efeitos nocivos ao ser humano que não podem deixar de serem esclarecidos.

Maconha – o composto químico da maconha, o THC (delta-9-tetrahidrocanabiol) é responsável pelos efeitos causados no SNC. Ao ser fumado, passa rapidamente dos pulmões para o sangue, e daí ao cérebro. Causa dependência. Seus efeitos incluem: distúrbios da memória, da aprendizagem, da percepção, dificuldade reflexivas, laborativas, sociais, perda da coordenação e aumento da frequência cardíaca. O sistema imune é prejudicado não respondendo às infecções e o câncer. Transtornos mentais e de comportamento, depressão, ansiedade e de personalidade também estão associados. (BS,2006, p.03).

Solvente –. Para muitos não é droga, mas possui efeito intoxicante. De uso doméstico, causa efeitos anestésicos reduzindo as funções do organismo levando à perda de consciência. Pode induzir a parada cardíaca, morte rápida. O abuso crônico pode causar danos graves ao cérebro, fígado e rins. (BS,2006, p.03).

Atualmente, a questão da droga envolve fatores múltiplos que afetam a sociedade e a economia de muitos países. A economia de alguns países, segundo Gabinete de Política Nacional de Fiscalização das Drogas (ONDCP, 2009) são sustentados pelo consumo e comércio de drogas mundial.

Nos Estados Unidos foi lançado um relatório sobre os efeitos planetários do consumo e suas consequências econômicas e sociais. O aumento da produção nos países em desenvolvimento tem preocupado. O mesmo relatório informa que a

maconha continua sendo a droga mais cultivada e consumida em todo o mundo. Os dados mostram também que ela é mais danosa à saúde do que o que se costuma acreditar. O índice médio de THC<sup>1</sup> observado na maconha na América do Norte quase dobrou na última década. Essa mudança traz grandes implicações à saúde, evidenciada por um aumento significativo no número de pessoas em busca de tratamento. (UNODC, 2009)

Segundo o Relatório Mundial (UNODC, 2009, p.03), outras nações passaram a desenvolver plantações de bases para drogas e inseriram-se no lucrativo mercado internacional da droga, com destaque para a Colômbia, Peru e Bolívia, países vizinho ao Brasil

O cultivo de ópio no Afeganistão, país responsável por 93% da produção mundial de ópio, diminuiu 19% em 2008. A Colômbia, país que produz a metade da cocaína no mundo, observou uma redução de 18% no cultivo e uma redução de 28% na produção da droga, em comparação com 2007. A produção global de cocaína foi estimada em 845 toneladas, a mais baixa em cinco anos, apesar de terem sido observados aumentos no cultivo no Peru e na Bolívia.

As rotas de tráfico também estão mudando, pois na Arábia Saudita foi apreendido um grande volume de produtos maiores do que as apreensões na China e nos Estados Unidos (UNODC, 2009, p.03). Por outro lado,

Os índices de pureza e o número de apreensões (nos principais países consumidores) estão diminuindo, os preços estão aumentando, e os padrões de consumo estão em evolução. Isso pode ajudar a explicar o terrível aumento nos índices de violência em países como o México [...] (UNODC, 2009).

Diante dessa realidade planetária, alguns países tem adotado políticas de diminuição de danos e por vezes a legalização do consumo de drogas, em particular o da Maconha.<sup>2</sup>

Estudiosos sobre a temática afirma que a legalização das drogas, como medidas que visam à redução de consumo. Amaral (2009, p.13) comenta que: “Legalizar significa liberar o acesso, tornar legal o seu uso. Inevitável, então, a discussão quando uma questão tão perturbadora é lançada. Impossível uma resposta imediata à questão, posto que, é necessário sopesar os prós e os contras [...]”

---

<sup>1</sup> **THC**(*tetrahidrocannabinol*), substância ativa com poder narcótico presente nas plantas desse gênero. (MUNDOEDUCAÇÃO, 2016)

<sup>2</sup> O Uruguai, em 2015, egalizou o consumo e a comercialização da maconha. Foi o primeiro país da América do Sul a adotar tal posicionamento. Os resultados sobre tal política ainda não podem ser mensurados, entretanto o objetivo é retirar da comercialização o traficante e a violência decorrente.

De acordo com Carakushansky (2008), os índices de óbitos causados pelo álcool e tabaco foram superiores aos provocados pelas drogas ilícitas, um comentário que deu espaços para outras interpretações, tais como: drogas ilícitas são menos perigosas.

Nas duas abordagens, a legalização do uso da droga pode ter dois efeitos, a redução de consumo por não ser um ato proibido ou o consumo exagerado, por ser liberado como o são o álcool e o tabaco. Pensar que o álcool e o tabaco “matam mais”, que as drogas ilícitas, não por serem mais nocivos e sim porque são consumidos em muito maior escala porque são legais.

## 2.2 DROGAS

No tópico anterior discorreremos sobre o histórico das drogas e suas consequências sociais e econômicas, no entanto para a assistência a saúde do indivíduo importa compreendermos a questão da licitude do consumo, pois esse fator determina em grande medida as ações de redução de danos e de combate ao uso de droga.

O conceito de drogas ilícitas podem ser descritos como substâncias proibidas de serem produzidas, comercializadas e consumidas. Em alguns países, determinadas drogas são permitidas sendo que seu uso é considerado normal e integrante da cultura. Tais substâncias podem ser estimulantes, depressivas ou perturbadoras do sistema nervoso central, o que perceptivelmente altera em grande escala o organismo.

São consideradas drogas ilícitas: maconha, cocaína, crack, ecstasy, LSD, inalantes, heroína, barbitúricos, morfina, skank, chá de cogumelo, anfetaminas, clorofórmio, ópio e outras. Por serem proibidas, as drogas ilícitas entram no país de forma ilegal através do tráfico que promove a comercialização negra, ou seja, a comercialização feita sem a autorização das autoridades.

Dentre as consequências que as drogas ilícitas trazem pode-se dar ênfase à violência gerada por elas em todas as fases de produção até o consumidor final. As demais consequências são: arritmia cardíaca, trombose, AVC, necrose cerebral, insuficiência renal e cardíaca, depressão, disforia, alterações nas funções motoras,

perda de memória, disfunções no sistema reprodutor e respiratório, câncer, espinhas, convulsões, desidratação, náuseas e exaustão. (MUNDO DA EDUCAÇÃO, 2017, p 03)

A distinção sobre lícitas e ilícitas serve para a realidade jurídica e de política de combate as drogas, para o universo da saúde e da assistência social, consideram-se mais os efeitos nocivos da droga do que se são proibidas ou não. Num projeto de prevenção ou de tratamento ressaltam-se as consequências do uso de drogas sejam elas lícitas ou ilícitas, todas têm consequências negativas, danosas às pessoas e provocam a dependência.

O Governo Federal, por meio da Secretaria Nacional de Combate as Drogas - SENAD orienta inicialmente quanto aos aspectos relacionados ao próprio conceito de dependência química. Nem toda pessoa que consome drogas pode ser “rotulado” de dependente químico, até porque há diferentes níveis de progressão do uso e que precisam ser considerados tanto pela escola como pela família. (SENAD, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a dependência química como doença, porque há alteração da estrutura e no funcionamento normal da pessoa, sendo-lhe prejudicial. Segundo a OMS, a dependência química, não tem causa única, mas

É produto de uma série de fatores (físicos, emocionais, psíquicos e sociais) que atuam ao mesmo tempo, sendo que às vezes, uns são mais predominantes em uma pessoa específica, do que em outras. Atinge o ser humano nas suas três dimensões básicas (biológica, psíquica e social), e atualmente, é reconhecida como uma séria questão social, à medida que atinge o mundo inteiro, e todas as classes sociais. (BRASIL, 2014, p. 03).

De forma mais sintética a definição de dependência feita por Carlini colabora na compreensão do tema, que afirma que dependência é “uso compulsivo da substância, priorização do seu consumo em detrimento dos danos que causa e de outros interesses pessoais, sociais ou profissionais (perda de controle).” (CARLINI, 2001, p.23).

Quando analisamos o conceito de dependência afirmado anteriormente, podemos demonstrar que a droga lícita causa a “perda de controle” do indivíduo em relação à sua vida. Essa droga é o álcool. Logo, uma abordagem sobre o tema deve considerar que o uso de drogas lícitas, “uso ocasional”, não extingue o risco a saúde do indivíduo e ao bem estar da sociedade.

Portanto, os conceitos de drogas lícitas e ilícitas, a dependência química e o uso ocasional, devem ser tratados de forma muito clara e demonstrando que as

intervenções devem ser pautadas de acordo com as peculiaridades de cada situação. Segundo orienta a SENAD.

De acordo com a SENAD programas de prevenção e tratamento de dependentes de drogas seguem alguns princípios básicos:

modelos de programas de prevenção devem ser desenvolvidos com filosofias definidas: que ofereçam aos alunos informações sobre os efeitos das drogas; devem quando dirigidos à família, valorizar o vínculo familiar, relações familiares, técnicas de comunicação, etc; devem quando para ensino fundamental e médio aumentar as habilidades sociais; proporcionar aos alunos sentimentos positivos de autoestima; oferecer aos alunos habilidades de resistência às pressões negativas; ser vantajosos do ponto de vista do custo-benefício; ser específicos para as diferentes idades e culturas. (SENAD, 2014).

Segundo o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID (2014) as intervenções podem ser feitas em três níveis: prevenção primária, secundária e terciária:

Na prevenção primária o objetivo é evitar que o uso de drogas se instale ou retardar o seu início. A prevenção secundária destina-se a pessoas que já experimentaram drogas ou usam-nas moderadamente e tem como objetivo evitar a evolução para usos mais frequentes e prejudiciais. Isso implica um diagnóstico e o reconhecimento precoce daqueles que estão em risco de evoluir para usos mais prejudiciais. Já a prevenção terciária diz respeito às abordagens necessárias no processo de recuperação e reinserção dos indivíduos que já têm problemas com o uso ou que apresentam dependência. (BRASIL, 2014).

No caso do CAPS de Messejana, as ações são reparativas, tendem a auxiliar o usuário à desvencilhar-se do uso do entorpecente. Porém, para organismos que atuam nos três níveis de prevenção ao uso de drogas, a Instituição recomenda que “Os níveis de prevenção são um contínuo, sem limites claros, muitas vezes, entre prevenção primária, secundária e terciária”. Portanto, exige que as ações sejam desenvolvidas em vários âmbitos, integradas entre as diferentes áreas sociais. (BRASIL, 2014).

Importa compreender todos os níveis de prevenção, mesmo que o CAPS limite-se à prevenção terciária, pois, mesmo que indiretamente, acaba por vincular-se às múltiplas ações desenvolvidas no município, no estado, no país e no mundo em ações de prevenção ao uso de drogas por indivíduos.

### 2.3 CRACK

No espaço de menos de 20 anos, o crack se difundiu para todo o Brasil, tornando-se um sério problema de saúde pública. No Brasil, levantamentos

epidemiológicos têm apontado que o aumento do uso de crack é, possivelmente, em razão de mudanças de seu acesso, estratégias de mercado e formas de uso (Oliveira e Nappo, 2008b).

O crack surgiu nos Estados Unidos no início da década de 80 e, no Brasil, no final da mesma. Portanto, não é considerada uma nova droga, o acesso a ela é facilitado, já que o valor é muito inferior ao da cocaína aspirada e injetada (Rodrigues, Caminha & Horta, 2006; United Nation Office on Drugs and Crime [UNODC], 2009). A cocaína e o crack são extraídos das folhas da planta coca, sendo que o crack é feito a partir dos restos do refino da cocaína (Castaño, 2000; Nappo, Sanches, Oliveira, Santos, Coradete Jr, et al, 2004).

A vontade irresistível de usar a droga (fissura) acompanha o usuário por muito tempo, mesmo quando ele para de consumi-la. Isso faz do crack uma droga com alto potencial de induzir à dependência (compulsão) ou a comportamentos de uso continuado (Brasil, 2009a; Duailibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008; Leite, 1999; Ribeiro & Laranjeira, 2012; Nappo, et al, 2004; Oliveira, 2007). Este dado é confirmado por Falck, Wang, Siegal e Carlson (2004) numa pesquisa longitudinal, desenvolvida nos Estados Unidos, na qual 172 usuários de crack foram entrevistados periodicamente ao longo de oito anos, indicou que os usuários podem se tornar dependentes rapidamente.

O uso do crack provoca diversos comprometimentos nas funções cognitivas (déficits na memória, na atenção, nas funções executivas e nas soluções de problemas). A existência da combinação de crack a outras substâncias tende a piorar o quadro de saúde do usuário, pois possibilita o desenvolvimento de dependências múltiplas, dificultando a sua recuperação e retardando sua reinserção social (Ribeiro et al, 2006; Rodrigues et al, 2006, Oliveira & Nappo, 2008).

O consumo de crack é considerado problema emergente, na saúde pública. Embora os primeiros registros de sua introdução no Brasil tenham ocorrido no final da década de 1980, observa-se crescente aumento na prevalência de seu uso (SELEHIM, 2016).

A complexidade que envolve o fenômeno do uso de crack, e o fato de suas consequências atingirem os usuários, as famílias e a sociedade, com elevação de índices de violências, indicam a necessidade de investigações nos múltiplos aspectos dessa temática, na tentativa de contribuir para a formulação de políticas públicas específicas para o seu controle e tratamento.

O crack é um subproduto da cocaína, substância extraída das folhas da planta denominada *Erythroxylon coca*, encontrada em países da América do Sul e da América Central, e é uma pasta de coca combinada com o bicarbonato de sódio(3).

Apresenta como principais características potente efeito recompensador, de curta duração, estimulando a administração repetida, de tal forma que, depois de sua experimentação, deflagra-se o uso intenso e compulsivo, passando ele a desempenhar papel central na vida do usuário, ou seja, torna-se prioritário em detrimento de comportamentos que antes tinham relevância.

Pela fissura, ou seja, o desejo incontável em usar a droga, os usuários relatam a venda de pertences próprios e de familiares, roubos, sequestros, atividades ligadas ao tráfico e à prostituição, seja feminina ou masculina, a qual, pelos inúmeros parceiros sexuais e a baixa adesão ao uso de preservativos, tem exposto os usuários ao risco de adquirir doenças sexualmente transmissíveis e infecção pelo HIV.

O uso compulsivo do crack interfere na dimensão individual do usuário, comprometendo também seu relacionamento social, de forma que os vínculos sociais e familiares estáveis e normalizados se fragilizam e rompem-se, marginalizando-o progressivamente. Considerando-se que os fatores que levam à adesão ou não do uso de drogas são influenciados principalmente pelo contexto sociocultural em que se inserem os indivíduos, a família é de extrema importância para a iniciação, manutenção e resolução do uso de drogas entre seus membros.

O consumo de substâncias tem elevada prevalência no Brasil, gerando diferentes demandas em atenção à saúde. O crack, cocaína fumada, tem elevado potencial de gerar danos diversos. Sintomas depressivos e ansiosos, sejam comorbidades ou decorrência do consumo, determinam menos motivação para a mudança e menor adesão ao tratamento.

O alerta da OMS e os dados confirmam que a depressão é um problema de saúde pública, fato já reconhecido pelo governo federal, que, por meio do Sistema Único de Saúde – SUS, desenvolve e cria redes de assistência à saúde mental inclusas na Reforma Psiquiátrica.

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutiva ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. A rede de atenção à saúde

mental do SUS define-se assim como de base comunitária. É, portanto fundamento para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2016, p.25).

Nessa “rede”, como afirma o Ministério da Saúde, está contido o CAPS, que atua de forma a atender as demandas relativas à saúde mental. A rede de atenção psicossocial é uma articulação em rede dos serviços de saúde mental, com outros setores e com os variados espaços da cidade. É um processo - contínuo, compartilhado, com o envolvimento de todos os setores sociais, níveis de poderes públicos e do setor privado. (BRASIL, 2016).

O Governo Federal busca envolver todos os setores da sociedade, promovendo uma “Rede de Proteção”, nesse conceito pautam-se as políticas de assistência ao usuário de crack e familiares.

## 2.4 A QUESTÃO SOCIAL E RELAÇÃO AS DROGAS

A questão da legalidade e ilegalidade do consumo de drogas é o que determina as ações de combate à droga. Para o presente estudo importa, mesmo que superficialmente, adentrar nessa questão, pois as ações de combate ao uso de drogas também são ações repressivas e, por vezes violenta. Uma ação repressora do Poder Público. Esse diálogo importa, ao dirigir-se ao CAPS o usuário não pode ser entendido como “criminoso”, o que se busca é acolhe-lo com dependente. Entretanto, o estigma pode acompanhar a pessoa viciada em droga. Logo, sabermos, mesmo que superficialmente da criminalização das drogas importa ao estudo aqui desenvolvido.

Souza (2013) argumenta que as ações criminalizadoras do Estado não são as únicas ações, trabalhos de prevenção também são feitos. O Estado busca para a solução do problema das “toxicomanias” é a aplicação de medidas de criminalização, por um lado, e de educação, por outro – o embrião de um binômio que se reproduz até os dias atuais, através da relação de dependência estabelecida, no âmbito das políticas públicas sobre drogas, entre ações repressivas e preventivas.

As ações do Poder Público no combate as drogas são contraditórias, segundo os autores pesquisados, o Estado por meio da SENAD reconhece os danos sociais do consumo e incentiva uma política de redução de danos, entretanto o mesmo

Estado por meio da Segurança Pública desenvolve atividades que criminalizam os usuários e dependentes. De acordo com Souza (2013),

A política de criminalização de determinadas substâncias psicoativas é um sistema autorreferenciado, ou seja, “um sistema que se autorreproduz ideológica e materialmente” (1993, p. 197). Por reprodução ideológica, o autor entende o processo pelo qual cada ator ou grupo de atores de um sistema confirma a imagem que têm da realidade na atitude dos outros atores, estabelecendo uma relação de dependência ideológica uns pelos outros. Já a reprodução material, para Baratta, é o processo pelo qual esse mesmo sistema produz uma realidade cada vez mais parecida com a imagem inicial na qual se baseia e se legitima. Para o sociólogo, é possível entender esse movimento de autorreprodução como uma “profecia autorrealizável”, em que a “reação social criminalizadora” produz a mesma realidade que lhe dá, inicialmente, aval para existir (SOUZA, 2013, p. 199).

O mesmo autor afirma que a exclusão social, acaba por levar ao consumo de drogas, que o uso de drogas leve levam ao consumo de drogas mais pesadas, uma estigmatização do usuário de drogas. Segundo Souza (2013)

Essa realidade inicial que se autorreproduz é composta, basicamente, por quatro elementos principais: (1) uma relação necessária entre consumo de drogas e dependência (e a noção de que, necessariamente, o uso de drogas mais leves leva ao uso das mais pesadas); (2) a ideia de que os usuários de drogas, em geral, pertencem a uma subcultura diferente da maioria da sociedade, que seria “normal”; (3) a certeza do comportamento antissocial e delitivo dos usuários de drogas, que os impediria de ter uma vida produtiva e que os leva à criminalidade; e (4) a noção de que os usuários de drogas se encontram em um estado de doença psicofísica, em que a dependência é irreversível (BARATTA, 1993, p. 198 apud SOUZA, 1993, p. 22).

Entende-se assim, que a própria ação repressora do Estado tende a levar há um processo de exclusão social do indivíduo, e estando a margem da sociedade pode vir a delinquir. Diante dessa situação o ciclo vicioso se fecha. Como afirma Souza(2013) “ autoreproduz”. Essas concepções prévias não podem ser tomadas de forma absoluta, políticas públicas consideram a questão das drogas como uma questão social, contudo, não podemos deixar de reconhecer que as ações repressoras de combate ao uso de drogas por meio da violência atingem mais fortemente as comunidades mais pobres.

Essas ação repressiva pode levar a dificultar uma abordagem mais terapêutica junto aos usuários de drogas, para o autor “a própria dinâmica da criminalização cria efeitos parecidos com a imagem inicial – como a marginalização do usuário de drogas, a dificuldade de abordagem sanitária ao uso problemático e a exposição à violência e a drogas mais pesadas – que, em última instância, legitimaram sua existência.” (SOUZA, 2013, p. 22).

Sendo assim, “punir e amedrontar foram os procedimentos ‘profiláticos’ privilegiados pela medicina para livrar a sociedade dos viciados” (MORAIS, 2005, p. 186, apud SOUZA, 2013, p.23). A legislação punitiva, nesse sentido, é entendida como uma parte importante – senão essencial – da própria lógica da prevenção, assumindo caráter pedagógico e moralmente doutrinador.

Essas ações punitivas estão incorporadas a realidade de comunidades pobres e também no imaginário da maioria da população, onde em “favelas” e periferias urbanas é justificável as ações repressoras, por parte de Estado ao consumo e comercialização de drogas. Segundo Souza (2013, p.36) “o que se vê é que, no campo das políticas públicas sobre drogas no Brasil, estratégias de educação ou prevenção, por um lado, e terapêuticas ou de cuidado, por outro, são coadunadas e, em última instância, subordinadas a ações de repressão.”

Exemplo dessa postura criminalizadora do usuário de drogas e da justificativa por parte do Estado de ações repressoras foi a substituição da lei 6.368, de 1976, que vigorou até meados dos anos 2000, quando foi substituída pela lei 11.343, de 2006. Chamada, à época, de “Lei de Tóxicos”.

Segundo Souza (2013) a legislação trazia em seu texto disposições sobre medidas de prevenção e repressão, incluindo um capítulo sobre “tratamento e recuperação” e algumas considerações sobre medidas educativas. No entanto, largamente influenciada pelas tratativas internacionais sobre drogas, a lei conservava em si o aspecto jurídico-médico das leis brasileiras anteriores sobre o tema – em que a prevenção do “mal das drogas” era instrumentalizada pela repressão criminal – ao mesmo tempo em que trazia um novo elemento ao contexto brasileiro, de cunho jurídico político – em que a figura do “traficante de drogas” ganhava ênfase como inimigo político a ser combatido:

No que concerne ao plano político-criminal, mantém-se o discurso médico-jurídico, com a diferenciação básica entre dependente e criminoso e a manutenção dos estereótipos consumidor-doente e traficante-delinquente, instaurando-se, gradualmente, o discurso jurídico-político (plano da segurança) onde surgirá a figura do inimigo, igualmente encarnada no traficante. Percebe-se, nesse ponto, o porquê da excessiva exacerbação da pena ao traficante em relação aos estatutos pretéritos (SOUZA, 2013, p. 32)

A partir dessa lógica de combate ao “mal das drogas”, a forma escolhida historicamente pelo Estado brasileiro, pelos tomadores de decisão para lidar com a questão não passava pela lógica das políticas públicas. Segundo Souza

Ao abordar questões relativas ao uso e ao comércio de drogas a partir de um viés jurídico-criminal, não apenas se colocavam em segundo plano ações de

saúde e assistência social a problemas como o abuso e o uso problemático de drogas, como elas mesmas operavam subordinadas à lógica do sistema penal, atuando como medidas encarceradoras ou disciplinares – e não de cuidado e autonomia – e inseridas em marcos normativos repressivos. (SOUZA, 2013, p. 38)

Desta forma, pode-se compreender que a ação Jurídico-médico tem prevalecido em detrimento de ações de prevenção e educação. E essas opções políticas repercutem socialmente, levando aquilo que Barata (apud Souza) sugere como “autoreprodução”. Onde quanto maior a repressão maior também é o processo de exclusão, afastando a possibilidade de tratamento, e maior o risco da inserção em ações criminosas.

Entendemos que essa concepção não deve ser compreendida como absoluta, contudo é presente em nossa sociedade. Haja vista o investimento em ações repressoras, ações de polícia e os investimentos em ações de prevenção ao uso de drogas. A opção política do Estado é uma opção repressora em detrimento as ações sociais.

Em estudo que fundamenta a presente pesquisa o SENAD, afirma que a questão das drogas devem ser tratadas como são, ou seja, sem o moralismo e o preconceito que os cerca, nem tão pouco a vitimização da pobreza.

Dito isto, citamos para referencia o estudo artigo publicado por Fernandes (2012) em que discute a relação das drogas, pobreza e mídia. O autor descreve um breve histórico que colabora para compreendermos como as ações de combate a droga podem estar criminalizando a pobreza, em detrimento de ações de inclusão social. Fernandes argumenta:

Nos anos 60 é instituído o modelo médico-sanitário que define o usuário de drogas como sinônimo de dependência e o traficante como criminoso. Em 1972, o então presidente dos Estados Unidos Richard Nixon, declara a “guerra às drogas” influenciando a abordagem internacional dessa temática onde “o tema do controle mundial de psicoativos havia alcançado um patamar de alta regulamentação, cujo documento maior era a Convenção Unica da ONU sobre Psicotrópicos, de 1961”. Esse discurso é assumido pelos países Latino Americanos, dentre eles o Brasil, que passam a tratar a “questão das drogas como um problema de segurança nacional” (FERNANDES, 2012, p.02).

O que destacamos é que a questão das drogas não é tratado com um problema de saúde pública, pior situação, argumenta D’Elia Filho (2007) foram as ações da Ditadura Militar no Brasil,

Durante a ditadura militar a “conduta dos usuários de drogas foi equiparada legalmente em suas penas à conduta de traficantes, um “comunista”, um “traficante” e um “maconheiro” representavam o mesmo perigo para os valores estabelecidos pela ditadura militar” (D’ELIA FILHO, 2007, p. 98).

Contudo, mesmo com a democratização do Estado Brasileiro, a questão das drogas não muda de percepção, continua sendo um problema de segurança, “com a ascensão do neoliberalismo em escala mundial surge um Estado mínimo, não intervencionista na ordem econômica, que se reveste no controle social máximo da crescente massa dos excluídos” (D’ELIA FILHO, 2007, p. 103).

Segundo Fernandes (2012), no atual contexto da desresponsabilização estatal pelas condições de vida da população, onde o neoliberalismo como sistema político-econômico traz a intervenção mínima do Estado, as relações sociais são pautadas pelo “individualismo, emergente no bojo da sociedade de consumo, troca antigos valores como família e o trabalho, projetos de longo prazo, pelo imediatismo da autorealização através de expectativas materiais”.

Nesse contexto, se insere a atual “guerra as drogas” onde D’Elia Filho (2007) aponta que no Brasil a criminalização da pobreza tem raízes profundas na chamada “guerra as drogas”:

a concentração da repressão penal na última ponta do comércio de substâncias entorpecentes, ou seja, naquele setor mais débil, incapaz de reagir aos comandos de prisão é uma realidade. (...) Hoje, a grande maioria dos presos por tráfico de drogas é formada pelos chamados “aviões”, “esticas”, “mulas”, verdadeiros “sacoleiros” das drogas, detidos com uma “carga” de substância proibida, através da qual visam obter lucros insignificantes em relação à totalidade do negócio (D’ELIA FILHO, 2007, p. 116-7)

Fernandes (2012) argumenta que a questão das drogas insere-se num contexto capitalista, numa relação de “oferta e demanda”. Para o autor o sistema capitalista cria a necessidade de consumo, o que se reflete no processo dialético que traz “de um lado, jovens policiais na luta para se manterem no nível mínimo de consumo(...); do outro, grupos de jovens excluídos do mercado de consumo que, armados, lutam entre si e contra a polícia para se estabelecerem como “empresários” no mercado ilícito das drogas”. Onde a proibição de qualquer substância que contenha demanda na sociedade dá origem a um mercado ilegal para suprir seu consumo.

Nesse contexto de proibição e criminalização das drogas tem por consequência, segundo Fernandes (2012) a criminalização da pobreza embutida nesse processo. De forma a sustentar tal argumentação o autor cita um estudo recente denominado “Prisão Provisória e Lei de Drogas: um estudo sobre os flagrantes de tráfico de drogas na cidade de São Paulo” realizado no ano de 2011 pelo Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo aponta dados atuais quanto à

realidade de criminalização da pobreza no contexto do combate ao tráfico de drogas no Brasil.

Jesus (2011) aponta que em 2006, quando é alterada a Lei de Drogas no Brasil,

o sistema penitenciário brasileiro contava com 47.472 pessoas presas por tráfico no país. Já em 2010, registrou-se 106.491 presos pelo mesmo motivo, número 124% maior. Em São Paulo, o cenário observado não é muito diferente. Em 2006, havia 17.668 presos por tráfico de drogas, enquanto, em 2010, este número saltou para 42.849, valor 142% superior a 2006. Em geral, a população carcerária no Brasil tem crescido em um ritmo vertiginoso nos últimos anos e o tráfico está relacionado a este fenômeno. Atualmente o Brasil apresenta a 4ª maior população carcerária do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos, Rússia e China, segundo dados da International Bar Association (2010) (JESUS, 2011, p. 7).

Esse estudo traz o recorte dessa realidade na análise de 667 Autos de Prisão em Flagrante da cidade de São Paulo apontando a realidade de criminalização da pobreza no país:

Dados da pesquisa trazem que 82% dos casos de flagrantes ocorreram em via pública, sendo 62% durante patrulhamento de rotina da Polícia Militar, 69% dos flagrantes resultaram na prisão de uma pessoa. Quanto à quantidade de drogas apreendidas nos flagrantes Jesus (2011) aponta que a média das apreensões é de 66,5 gramas de drogas. Ainda, a autora aponta que a Polícia Militar é responsável por 87% das apreensões que fazem parte do “tráfico “varejista”, ou seja, em sua atuação ostensiva costuma apreender apenas o pequeno traficante, que comercializa drogas nas ruas” (JESUS, 2011, p. 16).

Quanto a sua idade tem-se 75,6% jovens na faixa etária de 18 à 29 anos, sendo 54% do total na faixa de 18 à 24 anos. Quanto à escolaridade observa-se 61% possui o ensino fundamental completo, seguido de 19% que possui o ensino fundamental incompleto. Tem-se um quadro onde as prisões em sua maioria são realizadas pela Polícia Militar apreendendo pequenas quantidades portadas por jovens de baixa escolaridade, persistindo a situação onde criminaliza-se “as principais vítimas dos efeitos perversos da exclusão globalizada: a juventude pobre de nossas cidades recrutada pelo mercado ilegal e pela falta de oportunidades imposta pelo atual modelo econômico” (BATISTA, 2004, p. 4).

A associação entre o tráfico de drogas e a violência é um sentido construído pela mídia que aponta que as pessoas envolvidas nessas atividades têm como único caminho a privação de liberdade. O discurso expresso é o de que “poderemos diminuir significativamente a violência urbana enterrando todo o mal-estar da nossa liberdade consumista através do encarceramento dos “traficantes”, que outrora fora destinado a hereges, judeus e comunistas” (D’ELIA FILHO 2007, p. 124).

Fernandes (2012 p. 31) busca demonstrar e desconstruir uma relação do senso comum de causa e efeito onde a pobreza leva ao tráfico, para o autor essa é uma relação falsa, contudo não excludente. A pobreza, segundo o autor é o “empobrecimento”, é parte de um processo de exclusão.

Contudo, ressalta Fernandes( 2012), a cultura do medo é introjetada na sociedade, é criada a figura do “traficante” no imaginário coletivo da sociedade: homens e mulheres taxados como pessoas “sem nenhum limite moral, que ganha a vida a partir dos lucros imensuráveis à custa da desgraça alheia, que age de forma violenta e bárbara, ou seja, uma espécie de incivilizado, aos quais a prisão é destinada na metáfora de jaula”.

Mesmo que “a grande maioria de traficantes desarmados e não violentos são encarcerados, os veículos de comunicação justificam as ações do sistema penal através do “combate a violência”” (D’ELIA FILHO, 2007, p. 119, apud FERNADES, 2012, p. 03).

Essas ações midiáticas são exploradas cotidianamente, programas policiais enaltecem a política repressora, num discurso moralista e discriminatório. Uma retórica, que segundo D’Elia Filho (2007, p. 124) “tem sido uma constante nos veículos de comunicação, que encontram na sociedade da era pós-industrial um caminho natural para o encarceramento dos pobres”. Assim, o autor aponta que a “política de guerra contra as drogas, para além de revelar um verdadeiro fracasso naquilo que se propõe, oculta sua real função que cumpre com magnitude: o controle social das classes perigosas” (p. 125).

O termo controle social das classes perigosas, segundo Fernandes (2012) é utilizado referindo-se a parcela da população que demonstram as debilidades do sistema capitalista, a pauperização da população e a desigualdade social, onde a sociedade não está como deveria, afetando sua forjada harmonia.

Entendemos assim, que a violência decorrente do tráfico de drogas afeta as camadas mais pobres, dificultado a sociabilização, o desenvolvimento econômico, social e conseqüentemente dificultando o ensino em escolas das comunidades afetadas pelo tráfico, contudo, o discurso de combate às drogas esconde a incompetência do Poder Público em proporcionar melhores condições de vida à população mais pobre e serve de instrumento de repressão a totalidade das comunidades pobres. A contradição da atuação fica exposta quando comparamos a realidade do combate desenvolvido pelas Secretarias de Segurança Pública e a

idealizada pelo SENAD, a primeira criminaliza e a segunda trata como uma questão de saúde e social.

### 3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE ÀS DROGAS NO ÂMBITO FAMILIAR

Compreender as políticas públicas no combate as drogas passa, necessariamente por compreender a estrutura dessas políticas. No presente estudos nos concentramos nas políticas voltadas a assistência a saúde mental, desenvolvida pelo CAPSAD de Messejana, contudo, as políticas públicas são mais abrangentes e inter-relacionam-se entre si. Nesse sentido, importa, mesmo de forma breve, desenvolvermos um breve panorama das políticas públicas de combate as drogas, para tanto desenvolvemos um breve relato das ações desenvolvidas pela SENAD.

Dito isto, destacamos as políticas estatais empregadas no combate as drogas e na prevenção residem no conceito de Políticas Públicas. De acordo com Souza (2006), tendemos a acreditar que as políticas públicas são as ações de governo (municipal, estadual ou federal) dirigidas a população, contudo é mais complexo que isso.

Do ponto de vista teórico-conceitual, a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares, e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos. Por isso, uma teoria geral da política pública implica a busca de sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia. As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí porque qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade. Tal é também a razão pela qual pesquisadores de tantas disciplinas - economia, ciência política, sociologia, antropologia, geografia, planejamento, gestão e ciências sociais aplicadas - partilham um interesse comum na área e têm contribuído para avanços teóricos e empíricos. Pode-se então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). (SOUZA, 2006, p. 05)

O autor esclarece que a efetivação das políticas públicas seguem os propósitos do Estado Democrático, fato que colabora para compreendermos o paradoxo das políticas de combate as drogas, onde reside no interior do Estado formulas distintas de atuação, uma criminaliza e outra entende como uma questão de saúde publica. Souza (2006) afirma que as políticas públicas representam os princípios ideológicos do Governo eleito.

A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real. Das diversas definições e modelos sobre políticas públicas, podemos extrair e sintetizar seus elementos principais: \*A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz; \*A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através

dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes; \*A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras; \*A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados; \*A política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo; \*A política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação. (SOUZA, 2006, p. 05)

De forma semelhante, Teixeira (2002) esclarece que cabe a sociedade pressionar para que as políticas públicas respondam efetivamente as necessidades das pessoas e não as “vontades” do governo

As políticas públicas visam responder a demandas, principalmente dos setores marginalizados da sociedade, considerados como vulneráveis. Essas demandas, são interpretadas por aqueles que ocupam o poder, mas influenciadas por uma agenda que se cria na sociedade civil através da pressão e mobilização social. Visam ampliar e efetivar direitos de cidadania, também gestados nas lutas sociais e que passam a ser reconhecidos institucionalmente. (TEIXEIRA 2002, p.02)

Ainda, no conceito de políticas públicas, temos a definição dada por Höfling, que diz que "políticas públicas são aqui entendidas como o Estado em ação, é o Estado implantando um projeto de governo, através de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade" (apud, DIAS, 2012, P.21)

Diante dessa conceituação compreendemos que as políticas (ações) desenvolvidas pelo SENAD, inserem-se numa concepção de Estado, onde decorrem as políticas públicas, e do que venha a ser ações de combate à droga. Ressaltamos, que nas discussões anteriores enfatizamos que boa parte das ações de combate as drogas estigmatizam a pobreza e a criminalizam, contudo, no interior do próprio Estado existem as contradições, pois nas políticas do SENAD são expostas as questões da criminalização da pobreza e da questão da droga como uma questão de saúde pública e não somente de segurança.

### 3.1 SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGA – SENAD

O atendimento ao usuário de Crack no CAPS/AD da Messejana insere-se naquilo que o Governo denomina como “rede de Proteção”, mesmo com as contradições que discutimos aqui, as políticas de assistência social e de saúde representam um avanço no combate as drogas, diferentemente da marginalização e criminalização do usuário esses aparelhos do Estado voltam-se para os indivíduo que

usam drogas como dependentes químicos, ou seja, pessoas que estão patologicamente afetadas.

As políticas públicas sobre drogas, esta inserem-se no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, criado pela Lei 11.343/06, que em seu artigo 1º descreve o que vem a ser o SISNAD e suas atribuições

Art. 1º Esta Lei 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 e define crimes.

O SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, criado pela Lei 11.343/2006, foi regulamentado pelo Decreto nº 5.912/0636 . Referido Sistema foi criado para cumprir metas e estratégias que estão elencadas em sua lei instituidora (Lei 11.343/06), mais precisamente no Art. 3º, onde diz que o mesmo tem finalidade de "articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas e a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas." (MJ, 2016).

Os órgãos integrantes do SISNAD são:

I- Conselho Nacional Antidrogas - CONAD, órgão normativo e de deliberação coletiva do sistema, vinculado ao Ministério da Justiça.

II- Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD

A Secretaria Nacional Antidrogas- SENAD, é ligado ao Ministério da Justiça e além de outras atribuições, acompanha atividades que visem a prevenção do uso de drogas; organiza metas e planos de estratégias para conseguir cumprir e acompanhar a Política Nacional Antidrogas; é também responsável em gerir o Fundo Nacional Antidrogas- FUNAD e fiscalizar o que é feito com a verba desse fundo que é transferida para órgãos que são conveniados.

III- Conjunto de órgãos e entidades públicos, do Poder Executivo Federal, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, mediante ajustes específicos, que exerçam atividades destinadas à prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas;

IV- as organizações, instituições ou entidades da sociedade civil que atuam nas áreas de atenção à saúde e da assistência social e atendam usuários ou dependentes de drogas e respectivos familiares, mediante ajustes específicos. (MJ, 2016)

O esclarecimento do Ministério da Justiça sobre os organismos que compõe as políticas públicas voltadas ao combate as drogas demonstra o seu IV item onde se localiza os organismos da sociedade civil que atuam conjuntamente com os demais órgãos da esfera pública. Esse é o local, na estrutura de organizacional de governo dos CAPS, em particular do CAPSAD de Messejana, são esses os aparelhos estatais que compõe a rede de assistência ao dependente químico e à seus familiares.

### 3.2 PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS NA MÍDIA

Há uma crítica contundente em relação as campanhas publicitárias que incentivam o consumo de álcool e tabaco (drogas). Discutimos neste estudo que essas drogas, mesmo que lícitas causam danos graves ao indivíduo e custos enormes para o Estado.

Diante desse constatação as campanhas dos Governos tentam combater as propagandas que incentivavam o consumo dessas drogas citadas.

Antigamente as campanhas do cigarro direcionaram-se para o segmento jovem, exibindo esportes radicais, patrocinando festivais de música etc. Os anúncios passaram associar a vida dos fumantes à aventura, ao perigo, à juventude, ao mesmo tempo em que produziam um novo conceito sobre o comportamento do fumante, até então relacionado à categoria dos produtos que revelariam maturidade no indivíduo. Hoje, n Brasil, essas campanhas publicitárias de cigarros não são mais aceitas. Há uma proibição de campanhas publicitárias que incentivem o consumo de tabaco.

Entretanto, na publicidade de bebidas alcoólicas são apresentados estilos de vida, que se diferenciam segundo a modalidade da bebida ou ainda segundo o público-alvo. No caso da cerveja, prevalece o apelo ao seu caráter democrático, como a bebida de todas as idades, classes, estilos. Quanto às mulheres, estas continuam sendo o ingrediente básico no apelo erótico das cenas; com as modelos possuindo atributos semelhantes ao da cerveja: refrescante, relaxante, sedutora.

Os anúncios de álcool seguem à risca os preceitos da publicidade, valorizando o produto, tornando-o o mais atrativo possível. Enfatizam ou valorizam comportamentos positivos associados ao produto, prescindindo de posicionamentos críticos ou motivações racionais. Mexem com a emoção ou remetem a situações de prazer para convencer determinado público-alvo. Isto se explica, em parte, pela percepção que o mundo publicitário tem, de que a emoção contribui para o impulso da compra (MOLINÉ, 1980, p. 31).

A preocupação em realçar os aspectos positivos e atrativos da identidade dos protagonistas dos anúncios coincide com o mecanismo que Bougnoux (1994) considera típico da publicidade: o de um espelho, no qual são projetadas imagens que sugerem um modo de ser e estar diferente e mais atraente do que a realidade do espectador – através da mercadoria, ganha-se uma identidade, nada mais sedutor do que poder ser o que não se é.

Ao contrário da publicidade comercial, os anúncios de prevenção às drogas procuram apelar para a razão, ao mesmo tempo em que reforçam valores dominantes no imaginário social. Aqui nenhuma concessão é feita ao lúdico ou aprazível, prevalecendo imagens dramáticas e, por vezes, repulsivas, confirmando a visão de MacDermott (1995, p. 258) sobre o papel da mídia na prevenção: “é evidente que a exageração e a distorção são acionadas para descrever o fenômeno de modo a reorientar a resposta intelectual e emocional do público”, encontrando um culpado para o problema, tentando “remediar a questão mediante mudanças na cultura do controle”.

Figura 1 – Campanha Governamental



Fonte: SENAD, 2017

As campanhas governamentais, a partir da década de 1990 passaram a informar os danos causados pelo cigarro e também pelas bebidas. A figura 1 demonstra, por meio de imagens o potencial nefasto do consumo de tabaco.

Com relação às drogas em si, os anúncios de prevenção não costumam trazer informações sobre efeitos fisiológicos e a abstinência é apontada como o único caminho válido, inclusive para as bebidas alcoólicas, o que é bastante irreal, em uma sociedade onde tradicionalmente consomem-se diversas bebidas alcoólicas. Está aí

um diferencial importante entre a abordagem da publicidade brasileira e o conceito de redução de danos, que, ao contrário, não preconiza a abstinência nas ações de prevenção, optando por ações mais coerentes com a realidade social e o respeito à liberdade individual, buscando alternativas que minimizem os danos em aqueles que consomem drogas e outras implicações que não são inerentes às drogas em si.

Fazendo uma síntese das representações recorrentes na publicidade de prevenção acerca do usuário e do contexto, considera-se que, no primeiro caso, são reforçadas as imagens de perdedor, delinquente ou enfermo que aparecem de forma exclusiva ou combinada. No limite, exacerba-se o caráter ilícito do uso das drogas e suas implicações com o tráfico e o crime organizado. O contexto, por sua vez, em consonância com esses arquétipos, alia elementos mórbidos e tenebrosos.

Dessa forma, sobressaem imagens e textos que se complementam na construção de uma visão das drogas carregada de dramaticidade e carga moral, com os anúncios utilizando certos recursos verbais como o emprego reiterado do superlativo, sem a presença de provas, além de utilizarem figuras como metáfora e metonímia, que reforçam o impacto persuasivo dos enunciados.

A figura 2 ilustra o exemplo negativo da droga, a campanha do Ministério Público Federal é um exemplo.

Figura 2 – Campanha contra o consumo de crack

O crack é uma droga tão devastadora que pode viciar logo na primeira vez.

O cérebro sofre danos irreparáveis, a saúde fica debilitada e a vida se transforma em momentos intermináveis de dor e sofrimento. Por uma pedra, o usuário é capaz de mentir, de roubar e de se desfazer de qualquer objeto que passa por trocado pela droga, inclusive o próprio corpo, quando já não há mais nada a que vender. Ouça os mais sofridos, os mais destruídos e os mais arrependidos por terem experimentado a droga pela primeira vez.

**CRACK. NEM PENSAR.**

CNJ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

INSTITUTO CRACK NEM PENSAR

181P

www.institutocracknempensar.org.br - www.cnj.jus.br

Fonte, SENAD, 2017

Essa matriz discursiva, hegemônica entre os anúncios de prevenção, marcada por um cunho autoritário, fundamenta-se mais nos mitos do que em evidências científicas e é questionada por parte da comunidade científica, que, por exemplo, descarta a hipótese de que as drogas tenham uma ação fisiológica simples, igual em todos os seres humanos, como sugerem algumas peças. Entende-se que os efeitos podem variar muito, dependendo das características fisiológicas, psicológicas do usuário, do estado em que se encontra quando ingere a droga, de sua situação social e do seu estoque de conhecimento (BECKER, 1977, p. 181).

As diferenças entre os anúncios comerciais e os de prevenção não se limitam às dimensões discursivas e imagéticas. Outra diferença marcante está no âmbito dos recursos para produzir um filme publicitário. Enquanto a agência lança mão de todo um arsenal tecnológico para executar uma campanha comercial, nas campanhas de prevenção, predomina o baixo orçamento. Em relação ao planejamento, fundamentos básicos de qualquer campanha publicitária são deixados de lado ou negligenciados: como a definição de objetivos/metapas, identificação do público-alvo e delineamento do seu perfil; avaliação do impacto dos anúncios produzidos e critério para a escolha dos horários de inserção.

Destacamos uma imagem governamental e outra da indústria de bebidas de forma a comparar as narrativas que constam na peça publicitária e, assim, evidenciar o apelo que a indústria tem sobre o indivíduo comparando com a peça publicitária que desestimula o consumo:



Como adverte Lluch (1989)

Desenvolver campanhas de prevenção nestas circunstâncias serve apenas para tranquilizar a consciência dos responsáveis pela prevenção e daqueles que pedem contas aos poderes públicos, ou seja, serve para quem jamais será dependente. Quais seriam então os reais interesses dos clientes e das campanhas de prevenção? Estabelecer uma situação de catarse com o receptor e tranquilizar os anseios do público que está preocupado com o fenômeno das drogas? Alcançar aqueles que estão ou estarão envolvidos com drogas e possibilitar que possam reduzir os possíveis danos e conseqüências no uso, seja fisiológico, psicológico ou social? (LLUCH, 1989, p.10)

Compreendendo as campanhas publicitárias e o potencial comercial e apelativo das mesmas, nos possibilita entender a real dimensão do enfrentamento a dependência das drogas. A seguir trataremos do papel das famílias frente ao desafio das drogas.

### 3.3 PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS NA FAMÍLIA

No contexto social dos dias atuais o uso abusivo drogas ou das substâncias psicoativas (SPA) constitui um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial, considerando-se a magnitude e a diversidade de aspectos envolvidos (MORAIS et al., 2001, PRATTA, SANTOS, 2006) e tem aumentado significativamente nas últimas décadas (FACUNDO, CASTILHO, 2005).

O consumo das SPA percorre diferentes países, contextos geográficos e culturais, classes sociais e faixas etárias; provoca prejuízos pessoais, familiares e sociais, alto custo econômico, assim como retroalimenta a violência urbana, familiar e interpessoal (COSTA et al., 2007).

A adolescência é a faixa etária de maior vulnerabilidade para experimentação e uso abusivo das SPA (BAUS, KUPEK, PIRES, 2002, FIGLIE, MORAES, 2004), tanto as lícitas (bebidas alcoólicas e cigarros), como a associação com outras SPA, consideradas ilícitas (BAUS, KUPEK, PIRES, 2002).

Segundo NEWCOMB, BENTLER, (1989), a infância e a adolescência são períodos críticos para o desenvolvimento de competências pessoais e interpessoais, aquisição de habilidades para atuar e tomar decisões. O uso de drogas é uma forma de lidar com as situações problemáticas da vida. FIGLIE, MORAES, (2004) salientam, ainda, que esse é o período no qual o jovem experimenta novas condutas,

abandonando um lugar infantil, buscando autoafirmação social através de sua inserção em diferentes grupos e começa a ter relações de amizade e íntimas com pessoas que não integram o meio familiar.

A vulnerabilidade da faixa adolescente (experimentação e uso precoces), em geral, está relacionada a diversos fatores, inerentes à juventude - onipotência, busca de novas experiências, ser aceito pelo grupo, independência, desafio da estrutura familiar e social, conflitos psicossociais e existenciais – assim como aspectos relacionados à família – estrutura, apoio, presença de drogadição. No que diz respeito a outros determinantes, destacam-se a facilidade de acesso, a permissividade e a falta de fiscalização no cumprimento das leis (TAVARES, BÉRIA, LIMA, 2004).

Nesse sentido, ressalta-se a importância da inserção da família priorizando a adolescência como o momento do ciclo vital mais fértil para o uso indevido de drogas (SCHENKER, MINAYO, 2004).

Assim, a família está implicada no desenvolvimento saudável, ou não, de seus membros, já que ela é entendida como sendo o elo que os une às diversas esferas da sociedade. A linguagem familiar imprime a sintaxe, a semântica e a pragmática do como se relacionar, interagir e se comportar no seio da cultura. Os estudos apontam para a complexa influência da família no caso da manifestação do uso abusivo de drogas, principalmente na adolescência (SCHENKER, MINAYO, 2004, ORTH, MORÉ, 2008).

Estudos realizados com adolescentes que consomem drogas têm demonstrado que diversos aspectos do universo familiar podem atuar como fatores que propiciam o envolvimento dos adolescentes com substâncias psicoativas (RECIO, 1999), enquanto existem aspectos deste mesmo contexto que podem funcionar como fatores preventivos.

A pesquisa sobre os fatores contextuais, de risco e de proteção, relacionados ao uso indevido ou abusivo de drogas é uma necessidade, pois contribui para o entendimento e para uma ação efetiva em relação às possibilidades de prevenção (OZECOWSKI, LIDDLE, 2000).

Nessa perspectiva, esse estudo se propôs a revisar o conhecimento científico acerca do papel da família enquanto fator de prevenção ao uso de substâncias psicoativas.

A drogadição se expressa no indivíduo através da conduta adicta que, por sua vez, sustenta o processo da dependência química, constituindo um circuito que

se retroalimenta constantemente e que está presente, seja na presença de drogas lícitas ou socialmente aceitas, ou ilícitas. Esse circuito, uma vez estabelecido, afeta diretamente as relações interpessoais, sendo a família o primeiro e principal sistema, onde se observam as consequências, tanto na saúde de seus membros, como na extrema fragilização das relações familiares (ORTH, MORÉ, 2008).

Entre os fatores de risco e de proteção em relação ao uso de SPA, os fatores familiares, pois, chamam a atenção. As experiências familiares durante a infância e a adolescência têm sido reconhecidas como influências importantes no tocante à delinqüência juvenil e ao comportamento criminoso do adulto, bem como em relação ao abuso de drogas, tanto entre adolescentes quanto entre adultos (PRATTA, SANTOS, 2006). PRATTA, SANTOS, (2006) estabeleceram os principais fatores familiares de risco identificados em diversas pesquisas.

COSTA et al., (2001) aplicaram um questionário à escolares da cidade de Feira de Santana, Bahia. Verificaram que 24% dos adolescentes apontaram pessoas da família com problemas de alcoolismo, assim como 6,1% relacionados às outras SPA, sendo os pais, os irmãos e amigos os mais citados. Esses achados ratificam a prévia discussão e estudos que mostram a importância da família e do grupo de amigos para experimentação e consumo precoce das SPA.

Corroborando esses resultados, o IV levantamento do CEBRID com estudantes de 1o e 2o graus apontou 28,6% da iniciação às drogas com bebidas alcoólicas no domicílio, sendo 21,8% ofertados pelos pais e 23,8% dos amigos (GALDURÓZ, NOTO, CARLINI, 1997).

Em contrário, a família pode atuar também no sentido de proteção à criança ou ao adolescente antes mesmo que ele tenha um primeiro contato com as drogas. Essa é umas das principais premissas que um ambiente familiar agradável e harmonioso pode gerar, estando o diálogo e outros fatores como filosofia basilar.

RECIO, (1999) salienta que as condutas dos pais podem estar associadas ao consumo ou não de drogas pelos filhos. Os pais com menor probabilidade de terem filhos adolescentes envolvidos com drogas ou que desenvolvam condutas anti-sociais são aqueles que estabelecem uma boa relação afetiva e de apego com os filhos, que não consomem nenhum tipo de drogas (lícitas ou ilícitas) e “que não possuem atitudes convencionais ou de conformidade com as normas sociais estabelecidas, entre elas a intolerância com as drogas”.

GOMIDE, (2004) aponta que a família ainda é um lugar privilegiado para a promoção da educação. Mesmo que o jovem passe a conviver mais em outros ambientes, como escola, clubes e shoppings, é no seio da família que os valores morais e os padrões de conduta são adquiridos. Somente quando esses valores morais não são adquiridos adequadamente durante a infância é que os outros ambientes poderão ter influência de risco na adolescência.

Dessa forma, pode-se verificar que o bom funcionamento familiar, que tenha coesão (GUIMARÃES et al., 2009, RECIO, 1999) e adaptabilidade moderadas, correlaciona-se positivamente com os fatores protetores e preventivos do consumo de drogas na adolescência (RECIO, 1999).

Vale salientar, ainda, que não é a quantidade de tempo disponível por parte dos pais que vai determinar como o adolescente vai vivenciar e enfrentar as inseguranças próprias desta fase, mas sim a qualidade das relações estabelecidas entre pais e filhos no tempo que dispõem para ficarem juntos (DRUMMOND, DRUMMOND FILHO, 1998).

É fundamental a presença dos pais no cotidiano dos adolescentes, pois eles necessitam perceber que os pais se preocupam com eles, que existe uma identidade familiar e que os problemas que surgirem são enfrentados pelo grupo e não pelos indivíduos isoladamente (PRATTA, SANTOS, 2006).

O estabelecimento de limites e o diálogo correspondem fatores importantes na constituição do indivíduo, exigindo uma reflexão sobre a questão da educação dos filhos e, conseqüentemente, do relacionamento entre pais e filhos na atualidade (PRATTA, SANTOS, 2006).

A presença do pai, mãe ou ambos no domicílio parece ter efeito protetor contra o uso de tabaco e, possivelmente, tenha o mesmo efeito com relação às drogas ilícitas, como atestam os estudos de HORTA, HORTA, PINHEIRO, (2006).

Assim, a preocupação com os filhos, com a forma de educá-los, de orientá-los e as maneiras de conduzi-los com segurança apresenta relevância insofismável.

Para o adolescente é importante perceber que os pais têm interesse sobre suas atividades, suas preocupações, seus medos, enfim, sua vida de uma forma geral. Os pais, por sua vez, fazendo uso do diálogo desde cedo, podem orientar constantemente os filhos a respeito das mais variadas temáticas, impondo limites claros a serem levados em consideração, podendo expor sentimentos (PRATTA, SANTOS, 2006).

É necessário que a família estabeleça regras claras para seus membros. “O importante para as crianças e os jovens não são as normas que balizarão seu cotidiano, mas (...) normas válidas para todos, e que haja coerência entre elas e os valores que lhe servem de base”. Quando a família estabelece regras claras, fornece ao jovem parâmetros para agir, assumindo desde cedo responsabilidades de acordo com as suas capacidades, além de aprender a ser responsável pelas suas escolhas e seus atos (DRUMMOND, DRUMMOND FILHO, 1998).

Assim, por meio do diálogo, os membros da família tornam-se mais próximos, aspecto que transmite segurança tanto para os pais (pois estão atentos ao dia-a-dia dos filhos) quanto para os adolescentes (os quais se sentem seguros e valorizados pelos pais), pois tendo uma relação mais próxima, é mais fácil para os pais detectarem mudanças no comportamento dos filhos (PRATTA, SANTOS, 2006).

Por outro lado, a falta de diálogo na família pode acarretar conflitos de relacionamento, e problemas relativos à comunicação com os pais e a falta de compreensão na família podem afetar o bem-estar dos adolescentes, conduzindo-os a outros ambientes fora de casa.

Diante disso, o diálogo constitui ferramenta chave para a prevenção ao uso de drogas de quaisquer naturezas e permite o bom relacionamento entre todos os membros da família.

A grande contribuição resultante da discussão desses diversos estudos é a comprovação da importância da família para a formação e o desenvolvimento dos indivíduos, atuando potencialmente como fator de prevenção ao uso de substâncias psicoativas.

A conduta e o exemplo dos pais bem como o ambiente e as relações familiares são fatores peremptórios para o uso ou não de drogas lícitas ou ilícitas, especialmente na adolescência.

Como principal fator envolvido na formação familiar destaca-se o diálogo. Por meio do diálogo, os membros da família tornam-se mais próximos e estabelecem uma relação de confiança e apoio, diminuindo as chances de envolvimento de algum membro com drogas de quaisquer naturezas. Assim, relações familiares saudáveis desde o nascimento da criança servem como fator de proteção para toda a vida.

## **4 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL - CAPS AD**

### **4.1 REDE PUBLICA DE ASSISTENCIA A SAÚDE MENTAL**

O município de Fortaleza, Capital do Estado do Ceará, possui atualmente uma população de 2.416.920 habitantes, sendo a quarta maior capital do Brasil, segundo dados do ano de 2006 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Andrade et. al. 2007).

O município é subdividido em regiões administrativas, caracterizadas em seis secretarias, compostas por distritos de saúde, educação, meio ambiente, assistência social e infraestrutura. Encontra-se habilitada na gestão plena do sistema municipal, cabendo à secretaria municipal de saúde a responsabilidade de gestão do sistema de saúde. Segundo Andrade (2006), cada SER “representa a divisão da cidade em seis regiões administrativas, criando assim secretarias executoras”, que tem a o papel de executar as políticas setoriais, prestando serviços em uma rede de proteção social.

Conforme descrito nos relatórios de gestão (2005-2008), o modelo assistencial do sistema municipal de saúde de Fortaleza, apresenta uma proposta de estruturação do sistema representada pelo desenho de cinco Redes Assistenciais (RAs): Estratégia Saúde da Família, Ambulatorial Especializada, Urgência e Emergência, Hospitalar e Saúde Mental.

A Secretaria de Saúde de Fortaleza adota um conjunto de políticas e estratégias estruturantes do seu sistema municipal de saúde, pautada nas seguintes diretrizes: Ética do Cuidado e Humanização, Participação Social e Gestão Compartilhada, Estratégia Saúde da Família, Sistema Municipal de Saúde Escola e Gestão do Trabalho. (FORTALEZA, 2006, 2007, 2008).

Até 2004, a rede de atenção e cuidados em saúde mental em Fortaleza constituíase de apenas três CAPS Geral e sete hospitais psiquiátricos, sendo um público e seis conveniados com o SUS, prevalecendo uma assistência mais focada em ações ambulatoriais, com prevalência do modelo hospitalocêntrico.

Em 2004 os CAPS existentes contavam com 54 profissionais em suas equipes, com infraestrutura precária para realização de atendimentos e visitas domiciliares e institucionais, não havendo articulação com o território e pouca articulação com as redes sociais de apoio. A partir de 2005, importantes ações foram realizadas, tais como ampliação e recuperação dos CAPS já existentes e implantação

de novos serviços (ANDRADE, et.all, 2007). De 2004 para 2010, houve uma ampliação para 482 profissionais de saúde, correspondendo a mais de 90% de ampliação. (FORTALEZA, 2010).

Na divisão de competências das redes assistenciais, a Rede Ambulatorial Especializada a função de acompanhar os dois hospitais-dia, as duas emergências psiquiátricas especializadas, uma privada que funciona no Instituto de Psiquiatria do Ceará- IPC, e outra pública, no Hospital de Saúde Mental de Messejana, vinculada à Secretária de Saúde do Estado do Ceará, e os quatro hospitais psiquiátricos vinculados a Fortaleza, com apoio da Rede Assistencial de Saúde Mental. O município de Fortaleza tem 686 leitos psiquiátricos conveniados pelo o SUS, 150 leitos em Hospital Dia. No município de Fortaleza, os investimentos nos serviços substitutivos abertos e comunitários já superaram os investimentos nos Hospitais Psiquiátricos. (FORTALEZA, 2010).

A Rede Assistencial de Saúde Mental de Fortaleza tem está composta, atualmente, dos seguintes serviços:

14 CAPS, sendo seis CAPS Gerais, para transtornos mentais de um modo geral, seis CAPSad para pessoas que apresentam uso ou abuso de álcool ou outras drogas, e dois CAPSi, que tratam de transtornos mentais referentes à infância e à adolescência.

Uma residência terapêutica e uma em processo de implantação, em parceria com o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim.

18 equipes de apoio matricial em saúde mental apoiando ações de saúde mental na atenção básica.

Quatro Ocas de Saúde Comunitária que realizam atividades de promoção de saúde com grupos de resgate da autoestima, terapia comunitária e massoterapia, funcionando nas SER's V e VI, e duas Ocas de Saúde Comunitária, que são parcerias entre os movimentos sociais Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim - MSMCBJ, e Movimento de Saúde Mental Comunitária do Pirambu - Projeto Quatro Varas.

Um consultório de rua e dois contemplados pelo MS e em processo de implantação; Um Serviço Hospitalar de Referência para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – SHRad em processo de implantação. (FORTALEZA, 2010).

E ainda conta com serviços coordenados por outras redes assistenciais que são:

Duas emergências Psiquiátricas Especializadas, nove emergências clínicas em hospitais municipais, que estão iniciando atendimento às situações de crise psicótica e alterações pelo uso ou abuso de álcool ou outras drogas.

Uma ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU específica para saúde mental.

A Rede de Atenção à Saúde Mental (RASM) estabeleceu parcerias com movimentos comunitários de saúde mental, 06 Comunidades Terapêuticas, onde serão acompanhadas 120 vagas de acolhimento, universidades, institutos e outros serviços para fortalecer e dar capilaridade à política municipal de saúde mental na lógica do território, articulando as iniciativas comunitárias existentes. A partir deste cenário vem realizando a ampliação da rede de atenção em saúde mental para pessoas com transtornos mentais e/ou que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, gradualmente estruturando espaços acolhedores, com oferta de atendimentos individuais e grupais, atividades comunitárias, visitas domiciliares, institucionais priorizando as articulações intersetoriais.

A RASM ampliou o acesso ao atendimento em saúde mental e reduziu em 29,9% as internações psiquiátricas ao longo dos anos de 2005 a 2010. Verificou-se redução de internação de usuários, conforme descrição no CID-10, de diagnosticados como transtornos mentais esquizotípicos e delirantes e transtornos do humor (afetivo), redução das internações por transtornos mentais e comportamentais devido ao álcool, redução das internações decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas, definindo uma tendência à redução ao longo da implantação da RASM.

Considerando os anos de 2005 a 2009 em relação às atividades nos CAPS pode-se perceber um incremento em todos os tipos de atendimentos. Houve cerca de 280% de aumento das visitas domiciliares e institucionais; um acréscimo de aproximadamente 590% no número de atendimentos individuais, possibilitando maior acessibilidade dos usuários aos serviços. Em relação ao número de atendimentos grupais/atividades comunitárias houve um aumento de cerca de 390%, comparando-se os anos de 2006 a 2008 (FORTALEZA, 2009).

Os resultados alcançados demonstram o tensionamento na busca da reversão do modelo hospitalocêntrico para um modo de atenção psicossocial, com assistência direcionada não apenas à promoção de saúde, prevenção de doenças,

reabilitação, mas também à mudança cultural necessária para a desconstrução do estigma que ainda recai sobre a loucura.

#### 4.2 CAPS AD Messejana

O Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM) é um hospital psiquiátrico estadual, fundado em 1963. Atualmente é o único hospital público dessa natureza no estado do Ceará, funcionando também como central reguladora de leitos psiquiátricos da rede de saúde. Conta atualmente com 180 leitos de internação, divididos em 02 unidades de internação masculina (40 leitos cada), 02 unidades de internação feminina (40 leitos cada) e 01 unidade masculina de desintoxicação para dependentes químicos (20 leitos). Conta ainda com um hospital-dia para pacientes psicóticos adultos e outro para dependentes químicos (20 leitos cada), assim como um ambulatório vinculado à residência médica em psiquiatria, dividido em diferentes especialidades: infantil, geriátrico, primeiro surto, psicoses de difícil controle, transtornos sexuais, transtornos afetivos, dentre outros.

O HSMM emprega 113 profissionais de saúde de nível médio e 146 profissionais de saúde de nível superior, contando com 32 médicos psiquiatras, 26 enfermeiros, 13 psicólogos, 09 assistentes sociais, 06 terapeutas ocupacionais e 03 farmacêuticos, dentre outras categorias.

O HSMM é um local de referência na formação de recursos humanos, sendo sede da residência em psiquiatria, assim como campo de internato de faculdades de medicina e campo de estágio de diversos outros cursos da área da saúde. Semestralmente, em torno de 300 estudantes desenvolvem atividades no hospital.

#### 4.3 PERCEPÇÃO DA ASSISTENTE SOCIAL

Na presente pesquisa destacamos três momentos da fala da assistente social do CAPS/AD de Messejana, o primeiro compreende o CAPS/D em si, como a profissional vem a atuação do aparelho e como este se comporta frente a Rede de proteção ao dependente químico. O segundo momento aborda especificamente o

Crack. Qual o significado e a incidência do consumo dessa droga junto as pessoas atendidas naquele aparelho. O terceiro momento trata da importância da família no atendimento ao usuário.

#### 4.3.1 CAPS

O CAPS é uma ferramenta importantíssima no processo de assistência aos usuários de droga, sejam elas lícitas e ilícitas. Alias, para mim, droga é droga, essa diferença fica pra polícia, por que aqui no CAPS a gente só vê os malefícios que essas drogas causam, sejam elas legais ou ilegais.

A profissional assume a mesma conceituação do SENAD quanto aos uso de drogas, a questão que toca e importa a profissional é o dano causado pela droga e não se essa é lícita ou ilícita.

O CAPS é fruto da evolução do conceito de saúde e, principalmente da Reforma Sanitária, é uma conquista da luta por melhores condições de atendimento aos pacientes da saúde mental. Hoje a gente fala muito da questão das drogas, e tem que falar mesmo, mas o CAPS é uma evolução dos manicômios.

A Reforma Sanitária teve papel importante na assistência a saúde mental. A existência de aparelhos como o CAPS e sua filosofia de atendimento tem origem na Reforma Sanitária, que buscou acabar com a internação compulsória, com o afastamento da sociedade. O tratamento deve ser compreendido como uma forma de dar qualidade de vida ao paciente e não tira-lo do convívio social, essa prática resguarda a dignidade da pessoa humana, como preconiza a Constituição de 1988.

Diante disso, eu vejo o CAPS hoje como uma evolução do atendimento a população, principalmente relacionada a saúde mental. Temos muito o que evoluir, principalmente no reconhecimento da importância dos CAPS e a necessidade de investimentos

A solução não está dada em relação a assistência ao usuário de droga, contudo o fato de existir os CAPS/AD já é uma avanço no atendimento ao usuário, entretanto, há a necessidade de maiores investimentos, tanto na parte de estrutura quanto na formação de profissionais. A especificidade do atendimento a saúde mental impõe aos profissionais um conhecimento sobre essa realidade.

### 4.3.2 CRACK

Sobre a droga a assistente social afirma:

*O Crack é o pior de tudo o que eu já vi.*

Com mais de 5 anos de experiência a Assistente social é enfática quanto ao poder de destruição da droga.

*Não existe nada igual ao crack aqui em Fortaleza, tanto pelo poder de destruição do indivíduo quanto pela abrangência do consumo. Hoje atendemos pessoas de diferentes classes sociais, pessoa totalmente destruídas e com muita dificuldade de reabilitação. Pois as consequências psicológicas e sociais são muito profundas.*

O Crack, como afirmado anteriormente é um subproduto da cocaína, segundo os pesquisadores é o “resto”. Contudo, o potencial da droga é enorme, fragiliza e vicia o indivíduo rapidamente, lendo-o a decadência e a entrega completa ao vício.

*Recebo aqui indivíduos que consomem a droga há anos, que já comprometeram o convívio social (perderam emprego, abandonaram estudo) e desvinculam-se da família. A reincidência é altíssima.*

A assistência social ressalta o caráter epidêmico do consumo, destaca que sua abrangência não se resume a uma classe social ou grupo específico, é um problema social

*Um problema do crack é o preço, é uma droga baratíssima, comparada as outras, uma “pedra” custa é média R\$ 5,00. Isso faz com que o usuário fique sempre consumindo, basta pedir esmola no farol que se consegue um pouco de dinheiro, ou ainda a prostituição.*

*Hoje, esse é o maior problema de saúde mental na minha opinião*

A resposta resume a importância de se ter políticas específicas no atendimento aos usuários do Crack. Como droga de efeito rápido e de preço baixo, descobrir instrumentos e políticas sócias que minimizem o seu consumo é fundamental

#### 4.4 FAMÍLIA

A assistência do CAPS/AD de Messejana no atendimento ao usuário de drogas busca, sempre que possível envolver a família, essa é uma política de assistência do CAPS/AD.

Segundo a assistente social:

*A família é tão afetada quanto o usuário. Não consigo diferenciar o impacto que o crack faz no usuário e na família. Todos tem suas vidas comprometidas.*

A assistente social não fala só da importância da família no tratamento, segundo a profissional, existem crianças em situação de vício em função da família, pois, os pais dão droga aos filhos.

*Tem famílias viciadas, os pais e os filhos são usuários da droga.*

A profissional destaca o fator econômico

*As famílias são afetadas na sua integralidade, algumas mães tem que afastar-se do trabalho para cuidar de filhos viciados, com isso a renda da família diminui, e o que já era difícil fica pior*

Quanto a importância da família no tratamento do usuário a assistência social é enfática.

*Eu só vejo melhora com a ajuda da família. São muito os fatores que envolvem a recuperação de um usuário de crack, são questões psicológicas, financeiras e sociais. O CAPS sozinho não tem condições de assistir o individuo 24 horas por dias em todas as suas necessidades, Importa também lembrar que o tratamento pode levar anos. Logo, sem o apoio da família fica tudo mais difícil, quase impossível, na minha opinião*

Destacamos as consequências sociais do uso do crack, segundo a assistente social o empobrecimento das famílias em função do vício de um único indivíduo. A fala da profissional expõe a complexidade do tratamento e as exigências decorrentes do vício.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou compreender a percepção do assistente social do CAPS/AD de Messejana quanto a importância da família no tratamento e na assistência do usuário.

Para tanto, discutiu-se e verificou-se que o crack é um problema de saúde pública, não apenas por sua prevalência, mas pelos problemas que acarreta. O uso dessa substância é descrito como relacionado a aspectos culturais, a estressores psicossociais e a várias outras condições, entre elas os conflitos familiares.

As ações governamentais no combate ao uso de drogas são contraditórias, no interior do Estado residem políticas públicas praticamente antagônicas, umas criminalizam o usuário e outras o compreendem como um doente. Essa compreensão sobre a contradição é importante por que é possível analisar os limites das políticas públicas e do trabalho dos assistentes sociais e dos aparelhos do Estado, como o CAPS pesquisado.

A família aparece como elemento relevante no estudo de prevenção e tratamento do usuário, contudo, a fala da assistente social, afirma que a epidemia do uso de crack se alastrou de forma significativa e atingi a totalidade da família, afirmando que existem “famílias viciadas”. Essa realidade é dramática, pois espoe o potencia permissivo do crack.

Pensar em ações que previna o uso da droga é importante, contudo, deve-se buscar um enfrentamento concreto e real, afinal não é possível admitir campanhas mínimas sobre as consequências do uso de droga, bem como, não é possível concentrar as ações e recursos público unicamente em ações de Segurança Pública, afinal a questão do crack é uma questão de saúde pública.

Diante disso, importa avançar estudos sobre a temática e reforçar a compreensão dos avanços no atendimento a saúde mental, acreditamos que a Reforma sanitária representou um avanço significativo no atendimento aos dependentes químicos, contudo a caminhada ainda é longa, superar preconceitos e estigmas é de fundamental importância para que os tratamentos obtenham resultados mais eficientes.

E, principalmente, deve-se reforçar a “Rede de Proteção” que atendente o dependente químico, criar mecanismos que o auxiliem na superação do vicio é fundamental.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. SAÚDE MENTAL NO SUS. **Os Centros de Atendimento Psicossocial**. Disponível em [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso em 19 de junho de 2017.

SELEGHIM, Maycon Rogério. **Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica**. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt\\_14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_14.pdf). Acesso em 19 de junho de 2017.

ALMEIDA, Cleide Rita Silvério. **Drogas: uma abordagem educacional**. São Paulo: Editora Olho d' Água, 2000.

AMARAL, R. S. D. **Prós e contras da legalização das drogas: uma discussão**. Julho de 2009. Disponível <http://www.artigonal.com/psicologia>. Acesso em 19 de junho de 2017.

BRASIL. **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID**. Disponível em: [http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id\\_conteudo=11431&rastro=PREVEN%C3%87%C3%83O%2FTipos+de+Preven%C3%A7%C3%A3o/Preven%C3%A7%C3%A3o+prim%C3%A1ria%2C+secundaria+e+terci%C3%A1ria](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11431&rastro=PREVEN%C3%87%C3%83O%2FTipos+de+Preven%C3%A7%C3%A3o/Preven%C3%A7%C3%A3o+prim%C3%A1ria%2C+secundaria+e+terci%C3%A1ria). Acesso em 19 de junho de 2017.

BRASIL. **Programa de combate às drogas chega ao Ceará**. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/08/programa-de-combate-as-drogas-chega-ao-ceara>. Acesso em 19 de outubro de 2014.

CARLINI, E. A. I **Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2001.

CARLINI-COTRIM, B. et al. **Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo**. Rev Saúde Pública, 2000.

CARLINI-COTRIM, B. et al. **O consumo de drogas psicoativas por estudantes secundários: o Brasil frente à situação internacional**. Revista ABP-APAL. 1991.

CARLINI-COTRIM, Beatriz; ROSEMBERG, Fúlvia. **Os livros didáticos e o ensino para a saúde: o caso das drogas psicotrópicas**. Revista Saúde Pública. São Paulo, v. 25, n. 4, agosto 1991, p. 299-305. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acesso em 19 de junho de 2017.

CASTRO. Magali S. **Prevenção do uso de drogas: adolescência, família e escola**. Disponível em [http://www.ufpi.br/subsiteFilesd/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.7/GT\\_07\\_10\\_2010.pdf](http://www.ufpi.br/subsiteFilesd/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.7/GT_07_10_2010.pdf). Acesso em 19 de junho de 2017..

CARVALHO, Ana C. T. C. **O USO DE DROGAS COMO QUESTÃO SOCIAL: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA DE “ACOLHIMENTO” COMPULSÓRIO DE CRIANÇAS E**

**ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**  
Disponível em [http://neip.info/novo/wp-content/uploads/2015/04/c\\_souza\\_acolhimento\\_crianças\\_adolescentes\\_rj\\_2013.pdf](http://neip.info/novo/wp-content/uploads/2015/04/c_souza_acolhimento_crianças_adolescentes_rj_2013.pdf). Acesso em 19 de junho de 2017.

CRUZ, Amadeu Roselli. **A análise do discurso da prevenção do abuso de drogas**. Belo Horizonte: 2002. Tese. Faculdade de Letras da UFMG.

D'ELIA FILHO, Orlando Zaccone. **Acionistas do nada**: quem são os traficantes de drogas. Rio de Janeiro: Reavan, 2007.

DIAS, Maria Angélica B. **Políticas públicas para o combate às drogas no Brasil**. Disponível em <http://www.unipac.br/site/bb/tcc/tcc-0635f6ff3a902553a60464031931a8fe.pdf>. Acesso em 19 de junho de 2017.

FERNANDES, Vagner Ribeiro. **Drogas: proibição, criminalização da pobreza e mídia**. Disponível em <http://coral.ufsm.br/congressodireito/anais/2012/4.pdf>. Acesso em 19 de junho de 2017.

FERREIRA, Aurélio Buarque De Holanda. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Ed. Positivo: São Paulo, 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 2010.

LARANJEIRAS, R.; OLIVEIRA, R. A.; NOBRE, M. R. C.; BERNARDO, W. M.; **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2ª Ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira, 2003.

LDB. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, nº 9394, de 20 de dezembro de 1996 MEC: Introdução. Disponível: <HTTP://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/introducao.pdf>. - Acesso em 19 de junho de 2017..

LOPES, rita de Cássia Soares. A RELAÇÃO PROFESSOR ALUNO E O PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM. Disponível em <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/1534-8.pdf>. Acesso em 19 de junho de 2017.

MALHEIROS, Irene de Jesus A. **UMA PROPOSTA PEDAGÓGICA SOBRE PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE DROGAS**. Disponível em [http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/923\\_956.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/923_956.pdf). Acesso em 19 de junho de 2017.

MEC, Ministério de Educação e Cultura. **Curso de prevenção do uso de drogas para**

**educadores de escolas públicas** / Secretaria Nacional Antidrogas, Ministerio da Educação,  
Universidade de Brasilia; Brasília: Editora Universidade de Brasilia, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MJ. Ministério da Justiça do Brasil. **Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas esclarece seu trabalho em 2014**. Disponível em <http://www.justica.gov.br/noticias/conselho-nacional-de-politicas-sobre-drogas-esclarece-seu-trabalho-em-2014>. Acesso em 19 de junho de 2017.

MUNDODAEDUCAÇÃO. **Drogas Lícitas e Ilícitas**. Disponível em <http://www.mundoeducacao.com/drogas/drogas-licitas-ilicitas.htm>. Acesso em 19 de junho de 2017.

UNODC - Nações Unidas: Escritório sobre Drogas e Crime. **O Relatório Mundial sobre Drogas 2009**. Disponível em: [http://www.antidrogas.com.br/ind\\_unodc.php](http://www.antidrogas.com.br/ind_unodc.php). Acesso em 19 de junho de 2017.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 22. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

SENAD. Curso de **PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS** para Educadores de Escolas Públicas. Disponível em [http://educadores.senad.gov.br/images/Caderno\\_de\\_orientacoes\\_completo.pdf](http://educadores.senad.gov.br/images/Caderno_de_orientacoes_completo.pdf). Acesso em 19 de junho de 2017.

SILVA, Gerlane Barbosa da. et al., (2008). **Intervindo na relação escola e drogas**. Centro de Educação/Departamento de Fundamentação de Educação/PROLICEN.

UNESCO **Pesquisa Drogas nas Escolas**. Disponível em <http://www.unesco.org/new/pt/brasil/about-this-office/unesco-resources-in-brazil/studies-and-evaluations/violence/drugs-in-schools/>. Acesso em 19 de junho de 2017.

## **APÊNDICES**









