UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

DANIELA CRISTINA SOARES GOULART

REDES DE APOIO ÀS FAMÍLIAS DE DEPENDENTES DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: uma interface com as políticas públicas intersetoriais

FRANCA
2014

DANIELA CRISTINA SOARES GOULART

REDES DE APOIO ÀS FAMÍLIAS DE DEPENDENTES DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: uma interface com as políticas públicas intersetoriais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" como pré-requisito para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social – Trabalho e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Nassif Soares

FRANCA

2014

Goulart, Daniela Cristina Soares
Redes de apoio às famílias de dependentes de álcool e outras drogas : uma interface com as políticas públicas intersetoriais / Daniela Cristina Soares Goulart. – Franca : [s.n.], 2014.
181 f.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
Orientador: Ana Cristina Nassif Soares

1. Serviço social com a familia. 2. Alcoolismo. 3. Famílias com problemas. 4. Politicas publicas. I. Título.
CDD – 362.292

DANIELA CRISTINA SOARES GOULART

REDES DE APOIO ÀS FAMÍLIAS DE DEPENDENTES DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: uma interface com as políticas públicas intersetoriais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", como pré-requisito para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social – Trabalho e Sociedade.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____
Profa. Dra. Ana Cristina Nassif Soares

1° Examinador: _____

2° Examinador: _____

Franca, _____ de _____ de 2014.

Dedico este trabalho à minha amada família, que espelha afeto, cuidado e proteção!

Ao meu filho Henrique, pequeno grande aprendiz, que me ensina a cada instante o significado do amor incondicional, a quem amo do tamanho do universo!

AGRADECIMENTOS

> Deus é como o vento. Sentimos na pele quando ele passa, ouvimos sua música nas folhas das árvores e o seu assobio nas gretas das portas. Mas não sabemos de onde vem nem para onde vai. **(Rubem Alves)**

O tempo passou e muitos desafios foram superados. Hoje, comemoro mais esta vitória que não teria conseguido sozinha. Aproveito o ensejo para agradecer a todos que de forma direta ou indireta me apoiaram neste percurso.

Em primeiro lugar, a Deus por possibilitar a realização deste projeto sonhado e as bênçãos recebidas quando a caminhada tornava-se árdua e cansativa, quando parecia que o fôlego já havia acabado; sentia que minhas ideias mais uma vez se oxigenavam, uma força que vinha Dele.

Agradeço aos novos amigos que conquistei e aos “velhos” amigos pela compreensão de minha ausência nos momentos de estudo.

Aos familiares pela torcida e apoio, que me fortaleceu e me possibilitou chegar até aqui.

Ao meu marido Alexandre, pelo companheirismo e serenidade, por me acalentar e tranquilizar nas horas mais difíceis, pelo amor e apoio para que eu pudesse alcançar mais este objetivo.

Grata aos meus amados pais, Wilson e Vânia por me darem a vida, pelos ensinamentos, exemplos, incentivos, apoio incondicional ao longo desta trajetória de lutas, avanços e desafios, e por espelhar meu caminho com amor, força e fé.

Aos meus queridos irmãos, Denner e Ana Paula, cunhada Janaína e afilhado Pietro, que não pouparam esforços para me ajudar, acolhendo-me em suas casas e corações. Obrigada por me amarem e serem parte desta abençoada família.

Ao meu irmão Diego e tio/irmão Valdeir, que já se ausentaram da jornada desta vida, mas que continuam sendo parte preciosa da minha história, por serem luz que ainda hoje iluminam meu caminho. Pelo brilho do olhar e abraço aconchegante guardados na lembrança. Obrigada pelo muito que deixaram no pouco tempo que estiveram presente em nossas vidas. Obrigada por terem existido!

À turma do mestrado, ingressantes em 2012, pelos momentos de aprendizagem, trocas, angústias e conquistas compartilhadas, em especial às colegas.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Famílias (GEPEFA), importante espaço de crescimento profissional pelas reflexões, partilhas e as vivências dos diferentes profissionais membros do grupo. Nas pessoas das líderes Profa. Dra. Ana Cristina Nassif Soares e Profa. Dra. Nayara Hakime Dutra Oliveira, meus agradecimentos pelos valiosos ensinamentos.

Ao saudoso Prof. Pe. Mário José Filho, por me iniciar nos caminhos da pesquisa científica. Pelo incentivo que me fez descobrir outros e novos horizontes. Obrigada por ter sido presente.

Aos professores da Pós-Graduação que por vezes nos assustaram, e outras tantas nos tranquilizaram. Obrigada pelo processo de aprendizagem e conhecimento; por nos proporcionar reflexões que nos fizeram acreditar que nem tudo que é dado como imutável é impossível de ser transformado.

Em especial à professora e orientadora Profa. Dra. Ana Cristina Nassif Soares que, com muita paciência e atenção, dedicou o seu valioso tempo para me orientar em cada passo deste processo. Posso dizer que a minha formação, inclusive pessoal, não teria sido a mesma sem a sua pessoa e seus sorrisos, que por si só já acolhem os que perto de você estão. É seu também, o mérito desse trabalho.

À Instituição onde trabalhei: CAPS II de Piumhi e atualmente onde trabalho: UNIFOR-MG e INSS, Agência de Formiga (MG), cujas chefias: Sandra Síris, Flávia Canesqui, Margarida Vaz, Fernando de Souza e Rosângela Guimarães colaboraram com minha liberação para que eu pudesse estar presente e realizar as atividades do mestrado em Serviço Social.

Aos meus colegas de docência, em especial Flávia Canesqui, Neliane, Suênya e Warles que estiveram ao meu lado nesta etapa da minha vida. Aos meus alunos e às minhas alunas do Curso de Serviço Social do UNIFOR-MG, que tem colaborado cada dia mais no meu processo de ensino-aprendizagem, especialmente minha monitora Raquel e meus antigos e atuais orientandos de Trabalho de Conclusão de Curso.

Aos sujeitos da pesquisa: assistentes sociais e coordenadores de instituições por permitirem a aproximação da realidade estudada e vivida no município de Piumhi (MG), e pela colaboração e disposição. Obrigada por serem protagonistas fundamentais para a realização desta pesquisa.

E, por último, mas não menos importante, agradeço ao meu filho Henrique: O meu amado pequeno aprendiz! Você, que apesar da pouca idade soube

compreender as ausências da mamãe, inclusive em casa, quando eu passava horas a fio na frente do computador, simplesmente soube esperar e tentava em silêncio brincar para não me atrapalhar... Rimou! Como você gosta de dizer.

Hoje, com esta etapa concluída, olho para trás e vejo que valeu a pena cada dia: segundas, terças, quartas, quintas, sextas, sábados e domingos, literalmente dedicados à construção desta pesquisa.

Aprendi com as primaveras a me deixar cortar para poder voltar inteira. **(Cecília Meirelles)**

GOULART, Daniela Cristina Soares**. Redes de apoio às famílias de dependentes de álcool e outras drogas:** uma interface com as políticas públicas intersetoriais. 2014. 181 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2014.

RESUMO

Esta dissertação discorre sobre a dependência de álcool e outras drogas, mais particularmente suas implicações no contexto familiar, apresentando fundamentações teóricas e legais a este respeito, além das considerações feitas pelos sujeitos sociais acessados na pesquisa de campo. Tece um breve histórico da dependência de substâncias psicoativas, conceituando “famílias” e, em seguida, apresenta considerações acerca da rede de apoio e solidariedade voltada às famílias no trato da drogadição. Ressalta a necessidade de se potencializar a atenção a famílias de dependentes de álcool e outras drogas em municípios de pequeno porte, onde existem ações relacionadas às políticas públicas de saúde mental e de álcool e outras drogas de forma desarticulada e ainda incipiente. Para isso, foi realizada pesquisa de campo com os assistentes sociais e coordenadores de diferentes serviços socioassistenciais no município de Piumhi (MG). Com o objetivo de analisar a rede de apoio existente às famílias de usuários, mediante a interface com as políticas públicas intersetoriais nesta localidade. Os resultados apontam para a defesa da importância do fortalecimento das famílias através da instituição de políticas sociais prioritariamente de iniciativa pública, com ações consistentes e programas que as atendam em suas necessidades integrais, numa perspectiva de totalidade, respeito à sua pluralidade e diversidade, independentemente da forma que estejam configuradas, para o enfrentamento das questões inerentes à dependência de álcool e outras drogas.

Palavras-chave: famílias. dependência de drogas. políticas públicas. intersetorialidade.

GOULART, Daniela Cristina Soares**. Support network for the families of those addicted to alcohol and other drugs:** an interface with intersectoral public policies. 2014. 181 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2014.

ABSTRACT

This paper discusses about the dependence of alcohol and other drugs, specifically its implications on the family context, introducing theoretical and legal elements, in addition to the considerations stated by the social subjects accessed in this research. It shows a brief history of psychoactive substance dependence, conceptualizing “families” and, then, presents the preamble upon the support and solidarity networks destined to families under drug addiction treatment. It emphasizes the necessity of enhancing the attention that should be drawn to the families of those addicted to alcohol and other drugs in small towns, where there are actions related to public policies regarding mental health, alcohol and other drugs in a disarticulated and incipient manner. Therefore, a field research was conducted with social workers and coordinators from different social service programs, in the city of Piumhi, state of Minas Gerais, with the purpose of analyzing the existing support network provided to the families of users, through interfacing with intersectoral public policies on this location. The results aim at defending the importance of reinforcing families through the foundation of social policies undertaken by the public initiative, with consistent actions and programs which meet all their needs, permeated by totality, respect towards its plurality and diversity, regardless of how they have been set, in order to face issues related to the dependence of alcohol and other drugs.

Keywords: families**.** drug dependence. public policies. intersectoriality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Vista parcial de Piumhi (MG) 29
Figura 2 – Localização geográfica de Piumhi (MG) 31
Figura 3 – Rede de Atenção à Saúde Mental 130

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perfil dos sujeitos da pesquisa (assistentes sociais) 34
Quadro 2 – Perfil dos sujeitos da pesquisa (coordenadores) 35
Quadro 3 – Identificação das instituições pesquisadas no município de Piumhi (MG) 38
Quadro 4 – Fatores de risco para o consumo de drogas 80
Quadro 5 – Fatores de proteção para o consumo de drogas 81

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Formação profissional 37
Gráfico 2 – Instituições representadas..... 41
Gráfico 3 – Formas de atendimento 42
Gráfico 4 – Fontes de financiamento..... 42
Gráfico 5 – Instituições que desenvolvem trabalho com as famílias dos dependentes 43
Gráfico 6 – Apresentação da demanda..... 43
Gráfico 7 – Instituições que informaram número de famílias atendidas..... 44
Gráfico 8 – Responsabilidade da instituição 44
Gráfico 9 – Profissionais nas instituições 45
Gráfico 10 – Formas de encaminhamento 46
Gráfico 11 – Serviços para onde são encaminhadas as famílias..... 47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A.C.	Antes de Cristo
ADR	Alternative Dispute Resolution
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AS	Assistente Social
BA	Bahia
BPC	Benefício de Prestação Continuada
C	Coordenador
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CEAAS	Centro Especializado de Atendimento à Assistência Social
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMT	Centro Mineiro de Toxicomania
COMAD	Conselho Municipal Antidrogas
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
EUA	Estados Unidos da América
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FBI	Federal Bureau of Investigations
FCHS	Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
FHDSS	Faculdade de Direito, História e Serviço Social
FMDDH	Frente Mineira sobre Drogas e Direitos Humanos
GEPEFA	Grupo de Estudos e Pesquisas sobre famílias
GM	Gabinete do Ministro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde

MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NA	Narcóticos Anônimos
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAD	Programa de Apoio à Desospitalização
PAE	Programa de Apoio ao Estudante
PNAD	Política Nacional Antidrogas
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PPGSS	Programa de Pós-graduação em Serviço Social
PROERD	Programa Educacional de Resistência às Drogas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SISNAD	Sistema Nacional Antidrogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEMG	Universidade do Estado de Minas Gerais
UFSJ	Universidade Federal de São João Del Rei
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 16

CAPÍTULO 1 A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA 20

1.1 O início da pesquisa 20

1.2 O percurso teórico-metodológico da pesquisa 22

1.3 Piumhi (MG) - o contexto da pesquisa 29

1.3.1 Piumhi (MG) 29

1.3.2 Considerações 33

1.3.2.1 Sobre os sujeitos da pesquisa 33

1.3.2.2 Sobre as instituições pesquisadas 38

1.3.2.3 Sobre a prática profissional dos assistentes sociais e dos coordenadores 43

CAPÍTULO 2 FAMÍLIAS 48

2.1 Famílias: construção sócio-histórica e conceitos 48

2.2 O lugar das famílias nas políticas públicas na cena contemporânea 54

2.3 Famílias no contexto da dependência de drogas 68

CAPÍTULO 3 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL 95

3.1 As drogas na história 95

3.2 Drogas no Brasil: origem, conceitos e definições de uso 105

3.3 Políticas públicas brasileiras sobre drogas: atuais modelos de prevenção e tratamento 121

3.4 Drogas, redes e a intersetorialidade no trabalho social com famílias 137

CONSIDERAÇÕES FINAIS 149

REFERÊNCIAS 158

APÊNDICES

APÊNDICE A –DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO 173

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA (COORDENADORES) 174

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA (ASSISTENTES SOCIAIS) 177

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 181

INTRODUÇÃO

> É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar. É melhor tentar ainda em vão, que sentar-se fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias tristes em casa me esconder. Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver.
>
> ***Martin Luther King***

O presente estudo tem como objetivo analisar as redes de apoio voltadas às famílias no contexto da dependência de álcool e outras drogas em um município de pequeno porte, realizando uma interface com as políticas públicas intersetoriais. Também propõe trazer à tona as diferentes dimensões do fenômeno da dependência de drogas e suas repercussões no espaço familiar, independentemente das inúmeras configurações e jeitos de se viver em família.

A dependência de álcool e outras drogas pode ser considerada uma importante expressão da Questão Social[1], que, por sua vez, é desenhada pela correlação de forças sociais, cujos rebatimentos materializam-se no território onde as pessoas e suas famílias estão inseridas e vivem, alimentam e relacionam-se etc. Por isso, faz-se necessário que diferentes profissionais em seu cotidiano de trabalho lancem o devido olhar sobre estas famílias, visando assim, decifrar as particularidades sócio-históricas que compõem a realidade social em sua concretude.

No decorrer deste trabalho, desenvolveu-se uma pesquisa teórico-bibliográfica sobre o tema proposto. Considerando-se as amplitudes dos conceitos abordados, buscou-se focar a discussão sobre os seguintes temas: famílias; dependência de álcool e outras drogas; políticas públicas de atenção na área de drogas e redes de apoio intersetoriais.

Realizou-se também pesquisa empírica, com o desenvolvimento das entrevistas com os seguintes profissionais: assistentes sociais e coordenadores de instituições socioassistenciais no município de Piumhi (MG), à partir de um processo

---

[1] Esclarece-se que "[...] o cerne da questão social está enraizado no conflito entre capital *versus* trabalho, suscitado entre a compra (detentores dos meios de produção) e venda da força de trabalho (trabalhadores), que geram manifestações e expressões. Estas manifestações e expressões, por sua vez, são subdivididas entre a geração de desigualdades: desemprego, exploração, analfabetismo, fome, pobreza, entre outras formas de exclusão e segregação social que constituem as demandas de trabalho dos assistentes sociais; também se expressa pelas diferentes formas de rebeldia e resistência: todas as maneiras encontradas pelos sujeitos para se opor e resistir às desigualdades, como, por exemplo, conselhos de direitos, sindicatos, políticas, associações, programas e projetos sociais." (FRAGA, 2010, p. 45).

de análise quanti e qualitativo. Inserida em um programa de Pós-Graduação em Serviço Social, esta pesquisa tem o intuito de apresentar alternativas que possam contribuir para o trabalho social com famílias, especialmente no contexto da dependência de drogas e do Serviço Social. Contribuições para estudos de outras áreas de formação também podem advir deste referido trabalho.

Compreende-se família como uma importante instituição social e *lócus* onde inicialmente desenvolvem-se as relações pessoais, socialização e educação, sendo merecedora de destaque no que refere-se ao tratamento de dependentes de álcool e outras drogas. Defende-se a necessidade de acompanhamento profissional voltado para a mesma, para que suas competências possam ser fortalecidas ao lidar com a sobrecarga e com os rebatimentos do uso de drogas, entre outras questões.

Inicialmente foi possível identificar que a relação do homem com as drogas é bastante antiga; seu uso está relacionado a diferentes aspectos: religiosos, místicos, culturais, festivos, científicos, médicos entre outros.

Historicamente, a questão da dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada em diferentes áreas do saber por uma ótica predominantemente biológica, especialmente psiquiátrica ou médica. Contudo, as implicações sociais, culturais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes e devem também ser consideradas na compreensão da problemática.

Os problemas relacionados às drogas - sejam aqueles ligados ao tráfico ou às consequências individuais ou coletivas do consumo – estão visíveis no cotidiano das pessoas, tornando-se inclusive um importante problema de saúde pública em todo o mundo.

Atualmente, em panoramas legais, é possível se deparar com legislações que discorrem sobre a atenção psicossocial das pessoas que usam, abusam e/ou são dependentes de álcool e outras drogas, as quais devem basear-se em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Aponta-se que o capítulo inicial desta dissertação apresenta informações sobre a construção da pesquisa, o percurso teórico metodológico percorrido e tece considerações sobre o universo da pesquisa, os sujeitos e as instituições acessadas, bem como a prática profissional desenvolvida pelos assistentes sociais e pelos coordenadores que contribuíram para o desenvolvimento do estudo em tela.

No segundo capítulo são elaboradas sínteses reflexivas acerca de temáticas que convergem para o foco do estudo proposto; há destaque para os momentos históricos que refletiram em modificações na composição das famílias e levaram à multiplicidade de suas configurações existentes na atualidade. Pauta-se em literaturas e considerações dos sujeitos da pesquisa que tratam sobre a centralidade das famílias nas políticas públicas na cena contemporânea e sobre o lugar que ocupam no contexto da dependência de drogas, trazendo elementos como: a importância do vínculo familiar na prevenção e tratamento do uso de drogas, além da necessidade do acompanhamento interdisciplinar e intersetorial às famílias que vivenciam diferentes situações e problemas relacionados ao fenômeno da dependência.

No último capítulo, reporta-se às políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas. Para tal, abrange-se o contexto histórico e cultural das drogas e sua proibição no Brasil e no mundo. Aponta-se definições de diferentes autores e entrevistados sobre a dependência de álcool e outras drogas, apresentando os atuais modelos de prevenção e tratamento, elencando alguns dos fatores (de risco e de proteção) que influenciam o uso problemático de drogas. Este capítulo foi encerrado com a discussão da interface das drogas, com as redes e a intersetorialidade no trabalho social com famílias.

O trabalho finaliza-se através de alguns aspectos reflexivos. Há um comparativo das respostas dos dois grupos de profissionais entrevistados (assistentes sociais e coordenadores), procurando apontar subsídios para posteriores aprofundamentos teórico-práticos da temática proposta.

Foi possível entender que dentro desse contexto, os dependentes de álcool e outras drogas precisam encontrar serviços que ofereçam condições para o repouso e desintoxicação e também cuidados aos familiares dos usuários. Além disso, deve promover, mediante diversas ações (que envolvam saúde, assistência social, trabalho, renda, cultura, lazer, educação, esclarecimento da população etc); a reinserção social dos usuários. Para tanto, seriam utilizados recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas (BRASIL, 2004).

E ainda, a equipe profissional destes serviços, através da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, deve trabalhar junto aos usuários e seus familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando

minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo e contribuir com a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo (BRASIL, 2004).

Contudo, destaca-se que os serviços intersetoriais de atenção ao uso problemático de álcool e outras drogas têm sido frequentemente considerados insuficientes e fragmentados; têm enfrentado dificuldades em fornecer um atendimento que atenda efetivamente às pessoas e suas famílias no contexto da dependência de drogas.

Manifesta-se o desejo de que a leitura destas páginas possa colaborar para profícuas reflexões acerca do fenômeno da drogadição no contexto das famílias, colaborando para aquisição de outros conhecimentos que possam se vincular à sua prática profissional, junto aos diferentes sujeitos envolvidos com esta temática nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais.

CAPÍTULO 1 A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

> A vida inventa! A gente principia as coisas, no não saber por que, e desde aí perde o poder de continuação, porque a vida é mutirão de todos, por todos remexida e temperada.
> ***Guimarães Rosa***

1.1 O início da pesquisa

Experiências advindas na graduação em Serviço Social foram essenciais para a aproximação do universo desta pesquisa. Inicialmente como bolsista do Programa de Apoio ao Estudante (PAE) e posteriormente da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), viabilizou-se a participação da pesquisadora em congressos e outros de eventos acadêmicos, viagens para apresentação de trabalhos científicos, em forma oral ou em formato de *pôster*, em diferentes estados e cidades do Brasil. Após a graduação no curso de Serviço Social, em 2001, na então Faculdade de Direito, História e Serviço Social (FHDSS), da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), campus de Franca, o estudo tornou-se constante em sua vida profissional, ainda que fora dos âmbitos acadêmicos.

É necessário ressaltar que ocorreu a maturação através do exercício profissional para que, posteriormente, fosse feita novamente a inserção na vida acadêmica, buscando-se assim, o ingresso no Programa de Pós-graduação em Serviço Social (PPGSS) da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS) da UNESP, campus de Franca.

Importante destacar que durante sua trajetória profissional a pesquisadora realizou duas pós-graduações *latu sensu*: a primeira, em Saúde da Família pela Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), campus de Passos/MG, e a segunda em Dependência Química pela Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ), quando houve uma maior aproximação com a discussão de políticas sobre drogas, despertando o interesse em aprimorar os estudos sobre a questão.

A pesquisa partiu ainda das inquietações acerca de contatos e experiências vivenciadas pela pesquisadora, no que diz respeito à atenção às famílias e aos usuários de álcool e outras drogas que cotidianamente acessavam os diferentes serviços da denominada rede de apoio do município, onde a mesma atuava como

Assistente Social no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) de Piumhi/MG.

Tal tema surgiu a partir da necessidade de avaliar o que efetivamente existia e tinha sido articulado no atendimento às famílias dos dependentes de álcool e outras drogas, especialmente a partir de iniciativas do poder público, em termos de políticas públicas intersetoriais.

Acredita-se que a temática ligada a drogas precisava ser mais bem explorada no âmbito das políticas sociais e do Serviço Social; o presente trabalho pretende contribuir para a reflexão e surgimento de outras propostas que contemplem a efetivação de políticas públicas intersetoriais que atendam às diferentes necessidades das famílias de dependentes de álcool e outras drogas na contemporaneidade.

Estas reflexões impulsionaram a busca do conhecimento dos aspectos da realidade enfrentada por estas famílias que vivenciam a dependência de drogas.

A construção do projeto de pesquisa foi iniciada no ano de 2011, com o ingresso no Programa de Pós-graduação em Serviço Social (PPGSS – FCHS – UNESP – Franca) no final do referido ano, com a indicação da Prof. Dra. Ana Cristina Nassif Soares como orientadora. Após as etapas de seleção, obteve aprovação e ingressou no mestrado em Março de 2012, ano em que foram cursadas as disciplinas oferecidas pelo programa; houve a participação em eventos científicos, o que muito contribuiu para fomentar a pesquisa proposta.

É oportuno ressaltar a importância do processo de orientação no mestrado: além do acolhimento e direcionamento à pesquisadora, a relação orientanda/orientadora possibilitou o processo de amadurecimento da postura investigativo-científica necessária a este nível da vida acadêmica, possibilitando o aprimoramento destas ideias e o início efetivo do trabalho de pesquisa, cujo desenvolvimento e resultados serão apresentados nas próximas páginas desta dissertação.

Destaca-se ainda que as disciplinas cursadas pela pesquisadora e o espaço de ensino-aprendizagem oferecido em sala de aula e a participação no Grupo de Estudos e Pesquisas sobre famílias (GEPEFA), que de forma coletiva permitiram a construção do conhecimento. Também mostraram-se importantes na delimitação final do projeto e no desenvolvimento da pesquisa do mestrado, permitindo o norteamento das ideias e aprofundamento teórico-metodológico para a construção da mesma.

Relatar os caminhos percorridos pela e na pesquisa possibilitam revisitas às vivências, desde alegrias a ansiedades, em meio a *flashes* de memórias e lembranças nunca antes alcançadas, mediante o exercício da construção do memorial para possibilitar a qualificação do mestrado em Serviço Social e a escrita da dissertação da pesquisa.

Notoriamente, é fato que a pesquisadora tenha sempre buscado e defendido os espaços que garantissem a atualização de conhecimentos, assim como novos aprendizados, acreditando que só através deste caminho seja possível o desenvolvimento de uma prática profissional comprometida, propositiva e que contribua de fato para a construção de uma sociedade mais justa e emancipada.

Contudo, uma vez que a realidade social é complexa e está em constante movimento, direcionando e projetando diversos anseios e expectativas, espera-se que as palavras registradas nesta dissertação possam contribuir para ampliar horizontes e trazer retornos para as comunidades acadêmica e social.

1.2 O percurso teórico-metodológico da pesquisa

Ressalta-se a importância da teoria como princípio norteador para o desenvolvimento e reflexões da pesquisa. Neste sentido, os subsídios teóricos ofereceram fundamentação aos aspectos que foram pesquisados, contribuindo para a análise dos problemas propostos, das hipóteses em investigação, bem como sua constatação/refutação na realidade abordada.

O presente estudo foi realizado à luz da pesquisa bibliográfica e de campo, perpassando por revisões de estudos e discussões de produções de outros autores, além do diálogo com os sujeitos da pesquisa, relevantes para o universo em análise; ressalta-se também as contribuições para a pesquisa em Serviço Social, abordando temáticas diversas como drogas, famílias, políticas, a ética na pesquisa entre outras.

Segundo Minayo (2010), a pesquisa bibliográfica é um recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando a realidade social materializada a ser estudada a partir de concepções teóricas que fundamentam o objeto de investigação, propiciando a criação de novos conhecimentos.

Ao optar pela realização da pesquisa de campo, inspirou-se em Martinelli (1999, p. 5) ao afirmar que “[...] a prática é uma construção coletiva. O construtor da prática não é apenas o profissional que a realiza, mas sim o conjunto de sujeitos

que, articuladamente com o (profissional), dá vida e concretude a prática.”

Inicialmente, valeu-se da pesquisa bibliográfica, mediante material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos, que permitiram à pesquisadora acessar com maior cobertura os fenômenos em estudo. A revisão teórica proporcionou identificar na literatura já produzida as condições históricas e culturais que contribuíram para a construção e conceituação da temática sobre drogas no âmbito das vivências das famílias, assim como das medidas interventivas por parte do Estado e/ou sociedade civil sobre esta questão ao longo da história.

Já a pesquisa de campo buscou contemplar as categorias de estudo da pesquisa, problematizando junto aos sujeitos da pesquisa o tema em questão, a fim de encontrar respostas para os questionamentos propostos.

Assim, metodologicamente, a pesquisa foi desenvolvida sob um enfoque teórico-bibliográfico e empírico que abrangeu a natureza das políticas públicas intersetoriais sobre álcool e outras drogas, mais especificamente o trabalho com famílias de dependentes, desenvolvido pela rede de apoio existente em Piumhi (MG), onde a pesquisadora atuou como Assistente Social junto ao CAPS II. Tal pesquisa teve o intuito de levantar e analisar dados referentes à rede voltada às famílias de dependentes, a partir da interface com as políticas públicas intersetoriais; também a questão da drogadição no município supracitado e, consequentemente, sua contribuição no processo de implantação das mesmas.

Destaca-se que na atualidade, a teoria metodológica de análise comumente utilizada pelo Serviço Social é a “[...] teoria social e do método materialista-histórico-dialético.” (COSTA, 2008, p. 53). Essa permite compreender a totalidade que se apresenta dividida em diversos segmentos que, por sua vez, estão em movimento, portanto, a cada momento existe mais conhecimento a ser apreendido nessa estrutura social que está continuamente se processando:

> Tal orientação sustenta-se na leitura da realidade como uma totalidade formada de vários complexos (múltiplas determinações), dinâmica (em constante transformação) e passível de ser apreendida pela razão, embora sempre de maneira parcial e sucessiva, uma vez que é sempre mais rica do que o que podemos pensar dela. [...] O entendimento é que o método dialético permite ao assistente social apreender na dinâmica social, o processo de construção da demanda em suas singularidades, compreendida na e a partir das determinações universais da realidade, em que se encontram os espaços sócio-ocupacionais. (COSTA, 2008, p. 52-53).

Frente ao exposto hipotético da correlação entre teoria e prática na efetivação

das políticas públicas voltadas para a temática em estudo através da rede de apoio, utilizou-se uma metodologia de base racionalista, um método hipotético-dedutivo e histórico, a qual consiste em leitura crítica da realidade, baseada na abordagem dialética dos sujeitos que configuram e fazem parte do processo de formação das redes, com a compreensão das representações sociais, analisando as ideias que fundamentaram este estudo, de maneira a mantê-las ou não.

Pretendeu-se apontar determinados aspectos teórico-práticos mediante a pesquisa quanti/qualitativa da temática. A opção pela pesquisa qualitativa considerou o entendimento da realidade como algo em constante movimento, os seus aspectos históricos, sociais, econômicos, políticos e culturais, como elementos interagentes em um mesmo meio. Contudo, reconheceu-se a validade dos aspectos passíveis de quantificação como instrumentos que venham complementar e enriquecer a perspectiva qualitativa e também enquanto fonte de dados e análise para a produção do conhecimento (MINAYO, 2010).

Mediante o método dialético adotado, a quantidade é vista como uma das qualidades dos fatos e fenômenos, compreendida enquanto relação intrínseca de oposição e complementaridade entre o mundo natural e social, entre o pensamento e a base material. O mesmo método advoga ainda a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os problemas e/ou “objetos sociais” apresentam (MINAYO, 2010).

O cunho qualitativo da temática buscou desvendar o fenômeno das drogas no contexto das famílias a partir do seu significado e, principalmente, compreender os fatores que estão intrinsecamente relacionados à implementação de políticas públicas voltadas para os cuidados da demanda de álcool e outras drogas.

A pesquisa empírica foi desenvolvida no município de Piumhi (MG) através da coleta de dados junto aos sujeitos sociais envolvidos na rede de apoio voltada para as questões referentes ao uso/abuso/dependência de álcool e outras drogas, no município supracitado: assistentes sociais e coordenadores dos serviços desta rede, problematizando o tema em questão, a fim de encontrarem respostas para os questionamentos propostos, objetivando mapear as ações desenvolvidas junto às famílias que colaboram ou colaboraram com a prevenção; o tratamento e a redução das complicações relacionadas ao uso do álcool e outras drogas, atualmente realizadas neste território, somando forças à uma rede de apoio integrada e capacitada para lidar com os aspectos relacionados às dependências.

Assim, fica a expectativa que esta pesquisa possa contribuir para a realização de outros estudos que contemplem a implementação de políticas públicas intersetoriais voltadas para a dependência de álcool e outras drogas.

Para a obtenção de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista por ser considerado, conforme apontado por Minayo (2008, p. 109):

> [...] um instrumento privilegiado de coleta de informações para as Ciências Sociais [por possibilitar uma interação social entre o entrevistador e o entrevistado e possuir na fala um aspecto revelador] de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos.

Desta forma, realizou-se como parte integrante da pesquisa empírica a entrevista, com roteiro previamente elaborado com os coordenadores e assistentes sociais de diferentes serviços sócio assistenciais do município de Piumhi (MG), entendidos como sujeitos significativos para a compreensão da rede de atenção às famílias das pessoas com dependência de álcool e drogas desta cidade; transcrição das entrevistas; análises e interpretação dos dados.

Explica-se que a amostragem utilizada foi por acessibilidade, a qual Gil (2010) considera aquela em que o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes representem de certa forma, os sujeitos da pesquisa. Dessa forma, estes sujeitos foram motivadores deste estudo e foram os seus posicionamentos que deram retorno e interpretação às hipóteses levantadas.

A construção das categorias de análise voltou-se aos objetivos propostos referindo-se à compreensão do funcionamento e organização dos serviços socioassistenciais de Piumhi (MG), enquanto instrumento de atenção às famílias dos dependentes de álcool e outras drogas neste município. Assim como no mapeamento das principais demandas apresentadas pelas famílias no contexto da dependência de drogas e consequentemente, identificação das respostas apresentadas pelos diferentes serviços da rede intersetorial a tais demandas, buscando o levantamento das diferenças e similaridades dos objetos investigados.

Diante do material obtido através das entrevistas, tornou-se necessário organizar os dados agrupando-os em categorias, que serão melhor apresentadas no desenvolvimento deste trabalho.

Enfatiza-se que a pesquisa só prosseguiu após o projeto de pesquisa ser submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências

Humanas e Sociais – UNESP - Franca, atendendo aos preceitos éticos e de preservação dos sujeitos envolvidos na pesquisa de campo, conforme parecer n°. 476.970, com relatoria datada em 11 de dezembro de 2013.

Após a coleta dos dados partiu-se para a análise de conteúdo a partir da fala dos entrevistados, onde se buscou analisar o seu conteúdo à luz do referencial teórico. Para Minayo (2008), a análise de conteúdo pode fornecer respostas para as questões apresentadas; com ela pode-se confirmar ou refutar as informações estabelecidas antes da obtenção dos dados, possibilitando a descoberta do que está atrás dos conteúdos manifestos, indo além do que está aparente daquilo está sendo comunicado.

A mesma autora enfatiza que a análise de conteúdo visa verificar hipóteses e/ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto. “[...] o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (seja ele explícito e/ou latente).” (MINAYO, 2008, p. 74).

Para a seleção da amostra pesquisada, inicialmente foram propostas a realização de dezoito (18) entrevistas em oito (8) instituições diferentes, solicitando-se autorização por escrito à coordenação das oito (8) instituições acessadas, cuja declaração de consentimento da instituição encontra-se em apêndice (Apêndice A), as quais foram concedidas e assinadas entre os meses de outubro e novembro de 2013.

As instituições pesquisadas foram respectivamente: Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), Centro Especializado de Atendimento à Assistência Social (CEAAS), Casa de Maria, Santa Casa de Misericórdia de Piumhi, Conselho Municipal AntiDrogas (COMAD) e o Fórum da Comarca de Piumhi. Destaca-se que no item 1.3.2.2 desta pesquisa serão apresentados mais detalhes sobre tais instituições.

Utilizou-se a técnica de entrevista por entender que esta é de fundamental importância na fase investigativa do estudo, optando por realizá-las com roteiros diferenciados e semiestruturados para os coordenadores e para os assistentes sociais; foram previamente elaboradas, fundamentadas nos objetivos da pesquisa, enfatizando perguntas abertas, as quais se encontram disponibilizadas em apêndice (Apêndices B e C).

Começou-se, então, o agendamento e realização das entrevistas entre os meses de janeiro e março de 2014. O primeiro contato com os entrevistados foi feito através de telefonemas, quando já se adiantava os objetivos da pesquisa e solicitava-se seu consentimento para participarem do trabalho, bem como sua autorização para que se utilizasse o gravador. Optou-se por este recurso, por entender que o mesmo possibilitaria o registro de todo o material fornecido pelo entrevistado, evitando que dados se perdessem, caso a opção fosse anotar as falas dos entrevistados.

Foram realizadas quatorze (14) entrevistas nos locais, horários e datas estabelecidos pelos sujeitos da pesquisa. As entrevistas aconteceram em oito (8) Instituições diferentes, com a participação de sete (7) assistentes sociais e sete (7) coordenadores, que se dispuseram a participar após informados sobre as intenções da pesquisa, mediante o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - cujo modelo também se encontra disponibilizado no Apêndice D. Os mesmos responderam às questões organizadas pela pesquisadora, aplicadas em forma de entrevista com roteiro semiestruturado, cujos posicionamentos deram retorno e interpretação às hipóteses levantadas. Esclarece-se que, posteriormente, no item 1.3.2.1 desta dissertação, serão fornecidas maiores considerações sobre o perfil dos sujeitos da pesquisa.

No início das entrevistas, lendo e assinando o TCLE do CEP, foram relembrados os objetivos e os propósitos da pesquisa aos sujeitos, esclarecendo que o material obtido seria utilizado para apresentação da dissertação, observando os princípios éticos da pesquisa científica e seguindo procedimentos de garantia de sigilo e discrição em relação à identidade dos mesmos. Os sujeitos ainda foram esclarecidos a respeito dos procedimentos que seriam utilizados, dos riscos e a garantia do anonimato e de esclarecimentos constantes, além de terem o direito assegurado de interromperem suas participações caso julgassem necessário.

As entrevistas duraram em média sessenta minutos (60’) e adotou-se como recurso técnico para a captação de dados o uso do gravador para 79% dos entrevistados. Para o restante fizeram-se anotações (um questionário e dois registros feitos pela entrevistadora), em respeito à preferência dos entrevistados; explicitando os aspectos quanto ao sigilo das informações prestadas e de suas identificações. As entrevistas gravadas foram, em seguida, transcritas, para posterior análise.

Esclarece-se que a pesquisadora encontrou algumas dificuldades no percurso da pesquisa em relação ao acesso à Secretaria de Saúde do município, quando buscou agendar as entrevistas com a assistente social e o Secretário de Saúde. Sendo que os demais sujeitos contatados se dispuseram a conceder entrevista sem maiores problemas.

Explica-se que em 01 de novembro de 2013, o então Secretário de Saúde de Piumhi (MG), assinou a declaração de consentimento da realização da pesquisa nesse serviço, mas no período compreendido entre janeiro e março de 2014, quando foram feitos novos acessos para marcação das entrevistas junto às Instituições, a pesquisadora foi informada que o município não dispunha de Secretário de Saúde naquela ocasião; portanto, seria necessário realizar novo procedimento para autorização da pesquisa, junto ao Prefeito Municipal, o qual estaria respondendo pela pasta da saúde.

Diante desse impasse, foi realizada discussão da situação com a professora orientadora da pesquisa, considerando-se o fato dessa situação não ter sido informada ao Comitê de Ética, quando da submissão do projeto de pesquisa e entendendo ser um retrabalho em relação aos procedimentos já realizados. Diante disso, optou-se por registrar o transcorrido no percurso metodológico e encerrar a coleta de dados.

Justifica-se que não foi possível entrevistar o Juiz de Direito, responsável pela Instituição denominada Fórum, pela indisponibilidade de agenda no período de coleta dos dados e que foi realizada somente a entrevista com o responsável pelo COMAD, pelo fato deste serviço não contar com os serviços do profissional assistente social.

Na fase de análise do material, os dados obtidos com base nas entrevistas foram agrupados e reordenadas de acordo com as questões específicas dos roteiros das entrevistas.

A seguir, explicitar-se-á o universo pesquisado em relação aos aspectos em análise, destacando aquilo que surgiu de mais significativo através das falas dos entrevistados. Assim, analisadas as categorias postas neste estudo numa tentativa de responder aos objetivos propostos na pesquisa.

Destaca-se, como antedito, que utilizou-se o caráter descritivo-exploratório, confrontando os dados obtidos a partir das falas dos entrevistados com a literatura a respeito da temática, o que será notado nos próximos capítulos. Para identificação

dos participantes utilizou-se a sigla C para coordenador seguido de um número de ordem de coleta de dados (exemplo: C1) e a sigla AS para assistente social seguido também de um número de ordem de coleta de dados (exemplo: AS1).

Adianta-se que à medida que os entrevistados foram convidados a refletirem acerca de sua impressão sobre o tema drogas e família, foi possível obter respostas espontâneas, especialmente quando fizeram relatos sobre sua vivência no dia a dia da prática profissional exercida.

Optou-se por transcrever a fala dos sujeitos da pesquisa, tal como foi verbalizada, como forma de aproximar-se de maneira fiel às suas manifestações orais e representações simbólicas, buscando minimizar possíveis distorções e interpretações que não condissessem com suas reais expressões.

Ressalta-se que diante da riqueza do material colhido e, mesmo que exaustivamente tenha se buscado explorar e apreender seus significados, não se teve a pretensão de esgotar todas as possibilidades de análise, ficando o anseio por outros estudos e análises futuras.

1.3 Piumhi (MG) O contexto da pesquisa

1.3.1 Piumhi (MG)

Figura 1 - Vista Parcial de Piumhi (MG)



Fonte: GOULART, 2014.

Situado no centro-oeste de Minas Gerais, as raízes históricas do município de Piumhi (MG) remontam ao Século XVIII, mais precisamente no ano de 1731, com a

origem de um acampamento de garimpeiros que viria a se transformar na cidade de Piumhi. Acredita-se que os primitivos habitantes da região tenham sido os índios cataguases.

O sertanista João Batista Maciel, vindo de São Paulo com sua bandeira, explorou a região próxima à nascente do rio São Francisco, procurando ouro. Fixou-se na Piraquara, margem direita do Rio São Francisco, termo da vila de Pitangui. No mesmo ano, acompanhado de seus filhos, agregados e escravos, explorou o Alto São Francisco, descobrindo pequenas minas de ouro no Piumhi. No mesmo ano, Batista Maciel retorna a Pitangui, com o descobrimento de minas de ouro no sertão do Piumhi.

Nesta expedição se encontrava o padre Luiz Damião, vigário de Pitangui, que celebrou a 1ª Missa na região, ainda em 1731.

A cidade nasceu em torno das atividades de mineração, às margens do córrego Cavalo e com o nome de Nossa Senhora do Livramento. Em 1736, a região foi cortada pela Picada de Goiás e aí distribuídas as primeiras sesmarias (TRINDADE, 1945).

As fontes históricas pesquisadas mencionam que os negros aquilombados assenhorearam-se da região e passaram a assaltar, causando vários transtornos até o ano de 1743; quando os negros foram atacados e destruídos os quilombos, reiniciou-se a colonização e a mineração (TRINDADE, 1945). Em 1752, intensificou-se a mineração e, provavelmente, iniciou-se o arraial. Nesse ano, lá esteve o Pe. Marcos Freire de Carvalho, que ainda agia como emissário de Mariana, tendo tomado posse do Piumhi para aquele bispado[2].

Segundo (TRINDADE, 1945), as primeiras referências ao povoamento de Piumhi apresentam conflitos entre dois homens ricos, com problemas ligados a suas sesmarias. O mesmo diz que a chegada de um padre marcou a tentativa de resolver o conflito entre os dois senhores, sugerindo que as terras fossem doadas a Nossa Senhora do Livramento. Tendo assim sucedido, a povoação ficou conhecida por Nossa Senhora do Livramento do Piui. A paróquia foi elevada à categoria de vila, com autonomia municipal, pela Lei nº 202, de 1º de abril de 1841, desmembrando-se o novo município de Formiga. E a Lei nº 1510, de 20 de julho de 1868, elevou a vila à categoria de cidade.

---

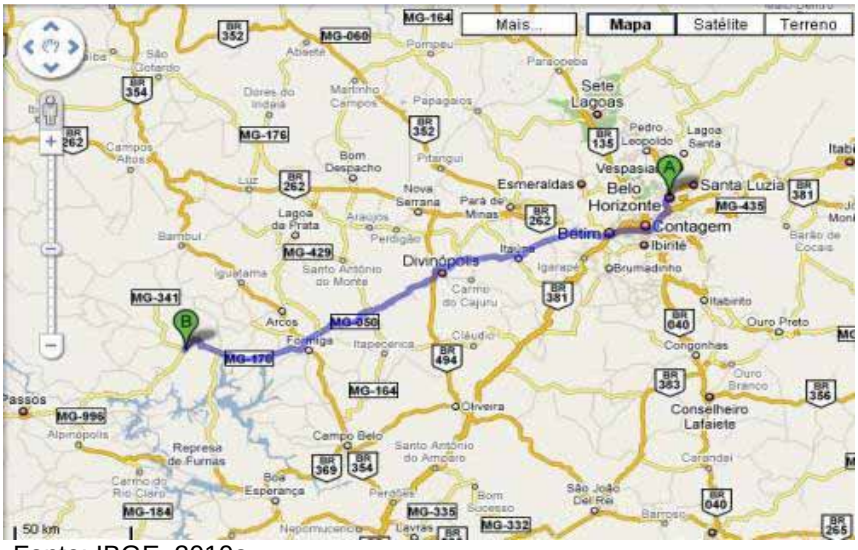
[2] (LIVRO DE VISITAS PASTORAIS DE DOM FREI JOSÉ DA SANTÍSSIMA, 1826).

A origem do nome do município de Piumhi é explicada por duas formas: segundo alguns autores, Piumhi vem do vocábulo nativo Piu-i; conforme outros, de Piau-i, significando respectivamente “água cheia de moscas” e “rio de peixe”. Apesar da problemática linguística, ambas explicações são válidas e aceitáveis: o rio que corta o município é infestado de mosquitos e, até há pouco tempo, abundante em peixes. Ao natural de Piumhi (MG) é dado o gentílico de piuiense ou piumhiense.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), censo 2010, a população de Piumhi era de aproximadamente 31.883 habitantes, sendo 15.850 homens, 16.033 mulheres, 3.927 crianças na faixa etária de 0 a 9 anos e 2.485 de 10 a 14 anos; a população residente urbana era de 28.564 e a população rural de 3.319. (IBGE, 2010b).

A cidade é de clima tropical, com temperatura média de 22º C, vegetação de cerrado e relevo, planalto. Limita-se com os municípios de Doresópolis, Bambuí, São Roque de Minas, Capitólio, Pimenta, Guapé, Pains e Vargem Bonita. O acesso rodoviário pode ser feito pelas rodovias MG-439, MG-354 e a principal, MG-050, que corta a região, sendo responsável por ligar a capital Belo Horizonte à região de Ribeirão Preto (SP). A cidade fica a 256 Km da capital do Estado, Belo Horizonte, e a 500 Km da cidade de São Paulo.

Figura 2 – Localização Geográfica de Piumhi (MG)



Fonte: IBGE, 2010a.

Em suas circunvizinhanças localizam-se o lago de Furnas e a Serra da Canastra, local da nascente do rio São Francisco e da sua primeira queda d'água,

a cachoeira Casca D'Anta. O município é banhado pelos rios São Francisco e Piumhi.

O município possui uma área total de 902 Km^2 e uma altitude de 793 metros; sua topografia plana proporciona um clima agradável e paisagens belíssimas. É considerada a 39ª cidade em qualidade de vida entre os 853 municípios do Estado de Minas Gerais.

Em 2006 havia 22.577 eleitores no município. A economia baseia-se na agropecuária, com destaque para a produção de café, criação de gado de corte e produção de leite. Destacam-se as culturas de milho e feijão, comércio interno café e também várias exportadoras.

No ano de 2011, o Produto Interno Bruto (PIB) do município totalizava R$ 759.685,00 estando dividido por setores da seguinte forma: R$ 161.597,00 no setor primário (agropecuário); R$ 57.632,00 no secundário (industrial) e R$ 540.456,00 no setor terciário (serviços). (IBGE, 2010b).

Atualmente, a rede de saúde no município dispõe de:

> 01 hospital;
> 01 maternidade;
> 10 postos de saúde;
> 01 posto estadual – SUS (Controle de avaliação da microregião de Piumhi);
> 01 posto do Instituto de Previdência do Estado de Minas Gerais – IPSEMG;
> 01 ambulatório que atende ao Funrural e ao Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Piumhi;
> 01 Agência do INSS. (GOULART, 2014).

Já o ensino está assim organizado:

> 35 unidades escolares de 1° e 2° grau (pré-escolar, fundamental e médio) sendo 05 da rede estadual, 18 da rede municipal e 12 da rede particular;
> São 6.249 alunos matriculados, de 1° e 2° grau nas escolas municipais, estaduais e particulares, divididos da seguinte forma:
> 4.060 alunos no ensino fundamental; 1.477 alunos no ensino médio e 712 alunos no pré-escolar.
> Associação de Proteção à Maternidade, à Infância e Adolescência de Piumhi (APROMIP) que tem apoio do Governo Federal, subdivida no Lar São José (0 a 07 anos), Centro Integrado de atendimento do Menor (CIAME) (07 a 12 anos), promove ensinos e ofícios de marcenaria, artesanato e horticultura. (GOULART, 2014).

Importante observar um aspecto relevante quanto à influência da Igreja Católica nos primórdios da história de Piumhi; a tradição religiosa está presente na formação cultural e moral dos cidadãos piumhienses. Ainda hoje são realizadas

festas cristãs e religiosas que movimentam a cidade, como a festa de São Sebastião, presente no calendário cultural de Piumhi, que visa, entre outros aspectos, prestar assistência social à população menos favorecida do município ligadas as obras socias da Igreja.

1.3.2 Considerações

1.3.2.1 Sobre os sujeitos da pesquisa

A partir da identificação dos sujeitos foram analisados alguns elementos considerados relevantes para a pesquisa e para melhor compreensão do perfil dos trabalhadores envolvidos com a questão da dependência de álcool e outras drogas em seu exercício profissional.

No decorrer da pesquisa foi possível dimensionar que somente com a análise dos dados coletados a respeito dos sujeitos entrevistados, já seria possível desenvolver uma rica investigação neste estudo. Desta forma, os dados ora apresentados não esgotam as possibilidades de análise do material acessado nesta pesquisa.

Partiu-se para a apresentação dos aspectos considerados mais significativos quanto ao perfil dos quatorze (14) sujeitos pesquisados, os quais manifestaram seu interesse em participar de tal estudo.

Destes, 50% são assistentes sociais e 50% coordenadores de serviços sócio assistenciais de Piumhi (MG), os quais foram selecionados no contexto da pesquisa. Depois de informados sobre as intenções da pesquisa e preenchimento do TCLE, dispuseram-se a participar respondendo às questões organizadas pela pesquisadora, aplicadas em forma de entrevista com roteiro semi-estruturado.

Quadro 1 – Perfil dos sujeitos da pesquisa (assistentes sociais)

SUJEITOS	IDADE	SEXO	TEMPO DE FORMAÇÃO	TITULAÇÃO	VÍNCULO DE TRABALHO	TEMPO DE SERVIÇO NA INSTITUIÇÃO
AS1	25 anos	F	3 anos	Graduação	Contratada	01 ano e 5 meses
AS2	47 anos	F	8 anos	Especialização	Contratada	8 anos
AS3	34 anos	F	12 anos	Especialização	Efetiva	1 ano
AS4	36 anos	F	7 anos	Especialização	Contratada	3 anos
AS5	27 anos	F	4 anos	Especialização	Contratada	2 anos
AS6	26 anos	F	2 anos	Graduação	Contratada	1 ano
AS7	51 anos	F	30 anos	Especialização	Efetiva	20 anos

Fonte: GOULART, 2014.

O quadro 1 apresenta dados acerca do perfil dos assistentes sociais pesquisados, cujos comentários são apresentados em seguida.

Destaca-se o fato de 100% dos profissionais do Serviço Social que participaram da pesquisa são do sexo feminino, reforçando que tal gênero ainda é predominante no contexto da profissão desde sua gênese até a cena contemporânea; tal evidência também pode ser correlacionada às referências teóricas utilizadas, como Alencar (2010), ao expor ainda a predominância da figura feminina em questões que envolvam o cuidado, a assistência e o tratamento.

Sobre o elemento idade, o que chama a atenção é a faixa etária das assistentes sociais estar compreendida entre vinte e cinco (25) a cinquenta e um (51) anos de idade, sendo que nesta pesquisa, os profissionais vivenciam um encontro de gerações.

Quanto ao nível de escolaridade, cinco (5) assistentes sociais são especializadas e apenas duas (2) disseram ter apenas a graduação, o que equivale à aproximadamente 28,5%.

A maioria das assistentes sociais entrevistadas referiu ser especializada em diversas áreas, o que remete ao entendimento de que o perfil do trabalhador que atua com a questão das drogas também é diversificado:

- Gestão em Saúde (AS2);

- Gestão em Sistema Único de Assistência Social – SUAS (AS3);

- Instrumentalidade do Serviço Social com ênfase na Saúde, Assistência Social e Poder Judiciário (AS4);

- Gestão de pessoas e projetos sociais (AS5);

> - Administração Pública, Violência contra criança e adolescente, Serviço Social aplicado ao judiciário, Psicopedagogia, Especialização em dependência química e em saúde pública. (AS7).

Somente as assistentes sociais 1 e 6 disseram não ter feito especializações até o momento.

Contudo, a assistente social 6 acredita que

> [...] falta aos profissionais se especializarem, conhecerem as instituições que tratam disso (dependência de drogas), os serviços delas, mais cursos, buscar conhecimentos, o que depende também dos interesses dos profissionais. (AS6).

Já o tempo de formação em Serviço Social das sete (7) assistentes sociais entrevistadas varia de dois (2) anos a trinta (30) anos. Destaque para o fato de apenas 14% dos sujeitos terem mais de doze (12) anos de formados.

Perguntadas sobre o tipo de vínculo empregatício firmado com a Instituição, a maioria (71%) das assistentes sociais diz ser contratada.

Considerou-se o tempo que as assistentes sociais entrevistadas trabalham na Instituição nesta atividade, levantando que o período trabalhado varia de um (1) a vinte (20) anos. Contudo é possível observar que 86% dos profissionais atuam na Instituição há menos de três (3) anos.

Os outros sujeitos desta pesquisa, constituem-se da seguinte forma:

Quadro 2 – Perfil dos sujeitos da pesquisa (coordenadores)

SUJEITOS	IDADE	SEXO	FORMAÇÃO	TITULAÇÃO	VÍNCULO DE TRABALHO	TEMPO NA COORDENAÇÃO
C1	28 anos	F	Serviço Social	Especialização	Contratada	1 ano
C2	55 anos	F	Psicologia	Especialização	Cargo Comissionado	17 anos
C3	61 anos	M	Medicina	Especialização	Voluntário	7anos
C4	45 anos	F	Direito	Especialização	Voluntária	7 anos
C5	39 anos	M	Farmácia	Especialização	Voluntário	10 anos
C6	39 anos	F	Serviço Social	Especialização	Contratada	1 ano e 1 mês
C7	39 anos	F	Tecnologia da Informação	Especialização	Cargo Comissionado	1 ano e 1 mês

Fonte: GOULART, 2014.

Por sua vez, o quadro 2 ilustra dados referentes ao perfil dos coordenadores pesquisados, destacando-se alguns aspectos para discussão.

Chama à atenção a prevalência de coordenadores do sexo feminino, (aproximadamente 71%), evidenciando que este gênero, além de realizar intervenções profissionais nas instituições (como acontece no caso das assistentes sociais entrevistadas), também tem assumido cargos de gestão.

Neste sentido, outro elemento importante é poder identificar que somente dois (2) profissionais com formação em Serviço Social coordenam instituições socioassistenciais na cidade, em conformidade com competências profissionais previstas ao assistente social no art. 4° da Lei de Regulamentação da Profissão – Lei n. 8.662/93.

> I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
> II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil. (CFESS, 2011, p. 44).

Como acontece no caso das assistentes sociais, a idade dos coordenadores é variada e compreendida entre vinte e oito (28) a sessenta e um (61) anos de idade.

Quanto ao nível de escolaridade, a totalidade (100%) dos coordenadores acessou o ensino superior e, na questão da busca pela qualificação para trabalhar na área de atuação, tais sujeitos afirmaram ter feito especializações ou estarem concluindo nas seguintes áreas:

- Gestão em Sistema Único de Assistência Social – SUAS (C1 e C7);
- Pós-graduação em Saúde Mental e especializações na área (C2);
- Especialização na área de políticas de atenção às drogas (C4);
- Especialização em Pediatria (C3);
- Especialização em Homeopatia (C5);
- Especialização em Políticas Públicas (C6);

Quanto ao tempo que são coordenadores na instituição, 56% informaram que representam a instituição há mais de quatro (4) anos e os demais (44%) estão à frente dos trabalhos há aproximadamente um (1) ano**.**

Já em relação ao vínculo dos coordenadores com a Instituição, 44% afirmam

ser voluntários, ocupando cargos da Diretoria: Diretor Presidente e Tesoureiro; 28% têm cargos comissionados e outros 28% disseram ser contratados. O que implica refletir sobre a fragilidade dos vínculos trabalhistas, vulneráveis também a fatores externos ao exercício da coordenação, como as relações de poderes e os interesses envolvidos, podendo implicar na descontinuidade das ações planejadas e dos serviços oferecidos à população.

Gráfico 1 - Formação profissional



Fonte: GOULART, 2014.

Analisando a formação dos participantes da pesquisa, encontrou-se a predominância do curso de Serviço Social (64%), seguido pelos cursos de Farmácia, Tecnologia da Informação, Psicologia e Medicina, representados por um (1) sujeito cada um destes (Gráfico 1).

Alguns entrevistados destacaram que já realizaram ou ainda realizam cursos e capacitações na área da dependência de drogas, como ilustra o fragmento abaixo.

> Tenho um curso pela Secretaria Nacional Antidrogas, um curso para conselheiros antidrogas [...] seminários, palestras, tudo que tem, eu tô indo [...]. (C4).

Evidencia-se que o trabalho realizado na área de drogas tem um componente importante no que se refere à necessidade da educação continuada e ao compromisso; o esforço individual também é valorizado, visando contribuir de alguma forma com tal debate e atuação neste espaço sócio ocupacional, como se pode notar pela fala do coordenador 4:

> Na verdade eu entrei nesta área leiga do problema em si, porque nunca tinha trabalhado na área, não conhecia mesmo, entrei mais com minha vontade de fazer as coisas, de acontecer [...] porque ninguém queria pegar, aí falei: “Deixa pegar isso e ver no que vai dar!” Daí eu fui me capacitando [...] eu acho que sou uma formiguinha perto dos outros que tem aí [...]. Aqui em Piumhi tem muita gente capacitada, mas eu tento aprender um pouco pelo menos para saber o que eu estou fazendo, porque é uma coisa muita complexa, quanto mais eu estudo, quanto mais eu participo de alguma coisa nessa temática, mais eu vejo que não entendo nada [...]. (C4).

1.3.2.2 Sobre as instituições pesquisadas

Quadro 3 – Identificação das instituições pesquisadas no município de Piumhi (MG)

INSTITUIÇÕES (SIGLA)	ENDEREÇO	HORÁRIO DE ATENDIMENTO	PÚBLICO ALVO	FORMA DE ADMISSÃO	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
Centro de Atendimento da Assistência Social (CEAAS)	Rua Tabelião Ovídio Arantes, 220, Centro	08h00 às 16h00 (segunda a quinta-feira)	Famílias e indivíduos de qualquer faixa etária que estão em situação de vulnerabilidade e risco social	Demanda espontânea, encaminhamentos da rede sócio assistencial e/ou outras de políticas públicas	Gestão do SUAS; Gestão do CadÚnico (Cadastro Único); cadastro do Bolsa Família; Minha Casa, Minha vida [...].
Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	Rua Zeca Soares, 98, Centro	08h00 às 17h00 (segunda a sexta-feira)	Famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação e/ou fragilização de vínculos afetivos relacionais e do pertencimento social [...].	Demanda espontânea, encaminhamentos da rede sócio assistencial e/ou outras de políticas públicas, além de busca ativa	Acolhida, acompanhamento de família, prioritariamente de descumprimento de condicionalidades do Programa Bolsa Família e beneficiários do Benefício de Prestação Continuada, Visitas Domiciliares, Palestras [...].
Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)	Praça Dr. Avelino de Queiroz,18, Centro	08h00 às 17h00 (segunda a sexta-feira)	Famílias e indivíduos que vivenciam violações de direitos por ocorrência de: violência física, psicológica e negligência; violência sexual: abuso e/ou exploração sexual [...]; entre outros públicos [...].	Demanda espontânea, encaminhamentos da rede sócio assistencial, poder judiciário e Ministério Público e denúncias diversas.	Acolhida, escuta; estudo social; diagnóstico socioeconômico; monitoramento e avaliação de serviço; orientação e encaminhamentos para a rede de serviços locais [...] orientação sócio familiar atendimento psicossocial; orientação jurídico-social [...].

INSTITUIÇÕES (SIGLA)	ENDEREÇO	HORÁRIO DE ATENDIMENTO	PÚBLICO ALVO	FORMA DE ADMISSÃO	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
Santa Casa de Misericórdia de Piumhi (Não tem)	Praça Guia Lopes, 53, Centro	24 horas (todos os dias da semana)	Hospital Geral	Demanda espontânea, encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde, através de unidades de saúde particulares e outros municípios.	Clínicas – Pediatria, Médica, cirúrgicas, Obstetrícia, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto.
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II)	Praça Dr. Avelino de Queiroz, 62, Centro	07h00 às 17h00 (segunda a sexta-feira)	Pessoas com sofrimento mental grave	São encaminhados pela rede, após é feito um acolhimento, onde é possível ver se é demanda ambulatorial, do CAPS ou dos Programas de Saúde da Família (PSF's).	Consultas individuais psiquiátricas ou psicológicas, oficinas terapêuticas com psicólogos, oficinas laborativas (horta, culinária), oficinas de artesanato (práxis terapia), caminhadas com o educador físico, atividades sócio educativas como passeios, teatros.
Associação de Promoção Humana de Piumhi (Casa de Maria)	Escritório - Praça Dr. Avelino de Queiroz, 40, Centro e Unidade Rural – MG-050, Km 263, Caixa Postal 44, Zona Rural	07h00 às 17h00 (segunda a sexta-feira)	Pessoas para tratamento de dependência química e moradores de rua do sexo masculino sem teto máximo de idade.	Demanda espontânea, busca ativa, encaminhamento pela rede.	Serviços especializados para pessoas dependentes químicas e em situação de rua; o serviço tem finalidade de espaço de escuta [...] atendimentos psicossocial, atendimento grupal, oficinas de oração, oficina de artesanato, aula de violão [...].
Conselho Municipal Anti-Drogas (COMAD)	Rua Tabelião Ovídio Arantes, 220, Centro	12h00 às 18h00 (segunda a sexta-feira) OBS.: Local de funcionamento da Secretaria dos Conselhos.	Entidades governamentais, não governamentais, conselheiros	Não consta	Acompanhamento das atividades do Conselho.
Fórum da Comarca de Piumhi (Fórum de Piumhi)	Rua Padre Abel, 419, Centro	12h00 às 18h00	Processos com determinação judicial (tais como: ações de guarda, regulamentação de visita; medidas protetivas à criança e adolescente; ações de perda do poder familiar; crianças e adolescentes abrigados [...].	Audiências e procura espontânea	Não consta

Fonte: Elaborado por Daniela Cristina Soares Goulart conforme cartilha (PIUMHI, 2014).

O quadro 3 apresenta a identificação dos espaços sócio-ocupacionais onde atuam os sujeitos da pesquisa, tratando-se de organizações governamentais, não governamentais, da assistência social, da saúde e do sistema de garantia de direitos.

Nota-se que as instituições estão localizadas quase que em sua totalidade na região central da cidade, uma vez que apenas a Casa de Maria tem sua unidade de atendimento na zona rural da cidade. Fato este que pode dificultar o acesso das famílias que residem em localidades periféricas de município, geralmente com índices de vulnerabilidade e risco maiores do que aquelas que moram no centro do município.

Quanto ao horário de atendimento, depara-se com o funcionamento da maioria das instituições durante o horário comercial em dias úteis da semana, o que também, pode tornar-se uma barreira para que as famílias possam acessar seus respectivos serviços, por poder coincidir com o horário de trabalho destas.

Buscou-se ainda caracterizar as Instituições representadas neste estudo, através da fala dos próprios profissionais entrevistados.

Uma vez que as instituições são permeadas por questões e finalidades particularizadas, no quesito analisado referente ao tipo de clientela atendida foi oportuno entender que as ações são voltadas também para públicos diversificados:

> - Pessoas com dependência química (COMAD);
> - Adictos de qualquer natureza, do sexo masculino acima de 18 anos (Casa de Maria);
> - Toda família em situação de vulnerabilidade e risco social (CEAAS, CRAS);
> - Todos os processos que têm demanda judicial (Fórum);
> - Usuários com transtornos mentais graves (CAPS II);
> - Famílias e/ou indivíduos que tenham seus direitos violados (CREAS);
> - Clientela em geral (Santa Casa).

Os tipos de serviços oferecidos também são diversificados, o que se pode confirmar tanto pelo quadro 3, quanto pelos fragmentos apontados a seguir:

> - Controle social e formulação de políticas públicas sobre álcool e outras drogas no município (COMAD);
> - Serviços diversos oferecidos aos internos [...] pessoas que tenham alguma compulsão ou dependência a drogas lícitas ou ilícitas [...] prestados por uma equipe composta por médico contratado, psicólogo, nutricionista, assistente social, oficineiros, professores de violão, um aparato [...] formalizado para um processo multidisciplinar (Casa de Maria);
> - Cadastro Único dos programas do governo federal, estadual e municipal, como o bolsa família, o desconto da tarifa social que é o desconto na energia, isenção da taxa de concurso público [...] até mesmo o programa Minha Casa, Minha Vida [...] o plantão social, que é quando o assistente social atende a demanda espontânea em relação às famílias [...] benefícios eventuais [...] que seriam os benefícios: cesta-básica, que é um dos mais procurados, auxílio natalidade, auxílio funeral [...] Benefício de Prestação Continuada (BPC), transporte municipal e o interestadual (CEAAS);
> - Atendimento das pessoas que vêm em busca da justiça, de seus direitos,

> com alguma solicitação em todo tipo de área: família, crime, infância e adolescência, perda de poder familiar, existe também a parte de conciliação, que já é oferecido, de Juizado Especial (Fórum);
> - Atendimento individual (psiquiátrico, medicamentoso, psicoterápico, orientação entre outros); em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social entre outros); em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou médio; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias focando a integração da pessoa com transtorno mental e sua inserção familiar e social; três refeições diárias aos usuários intensivos e atendimento ambulatorial (CAPS II);
> - Acolhimento, busca ativa, visitas domiciliares, acompanhamento das famílias, trabalhos em grupos, orientações, informações, [...] inserção das famílias no Cadastro Único; acesso das famílias aos benefícios e prevenção, entre outros (CRAS);
> - Atendimento às famílias e indivíduos cujos direitos foram violados [...] atendimento individual, em grupo, reuniões [...] (CREAS);
> - Atendimento médico hospitalar, clínicas pediátrica, ortopedia, cirurgia geral, obstetrícia, UTI adulto tipo II, laboratório de análises clínicas, setor de imagem: radiografia, ultrassonografia, tomografia, Pronto Socorro vinte e quatro horas (Santa Casa).

Importante notar que apenas o CRAS faz menção à questão da prevenção em relação aos serviços prestados à população, o que remete a predominância da assistência e tratamento das demandas apresentadas em questões já instaladas, direitos violados ou necessidades proeminentes, inclusive no que se refere à atenção de demandas de álcool e outras drogas. Fica evidente que a questão da prevenção ainda é um campo que encontra-se descoberto, sendo pouco praticado pelos diferentes serviços no município de Piumhi (MG), assim como em outros contextos, de acordo com o que está apontado em diferentes literaturas.

Gráfico 2 - Instituições representadas

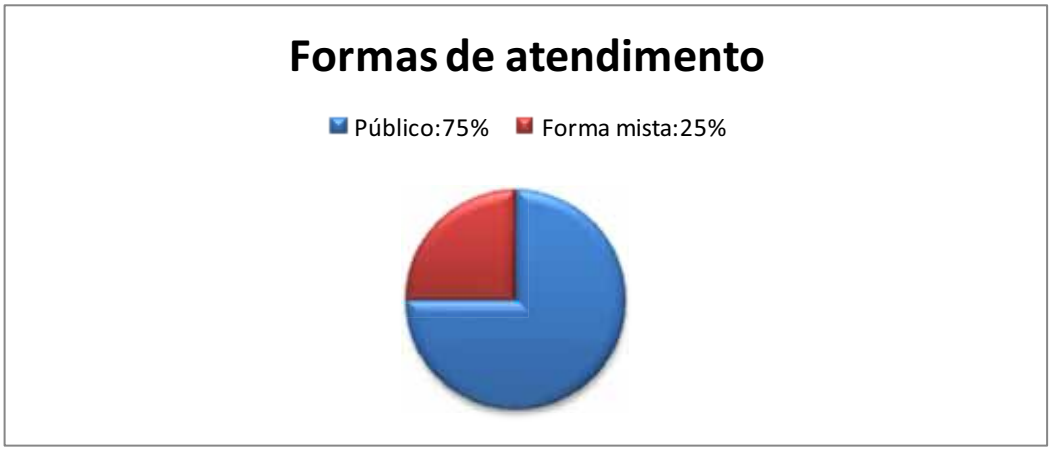


Fonte: GOULART, 2014.

O gráfico 2 se refere à natureza das mesmas, ilustrando que das oito (8) instituições acessadas, seis (6) são públicas: COMAD, CEAAS, Fórum, CAPS II, CRAS

e CREAS; duas (2) são filantrópicas: Casa de Maria e Santa Casa de Misericórdia de Piumhi. Com isso, a respeito dos espaços socio-ocupacionais, identificou-se que 75% dos entrevistados exercem suas funções em instituições públicas.

Gráfico 3 – Formas de atendimento



Fonte: GOULART, 2014.

Em relação às formas de atendimento, identificou-se que 75% das instituições prestam atendimentos exclusivamente públicos, como mostra o gráfico 3:

Gráfico 4 - Fontes de financiamento



Fonte: GOULART, 2014.

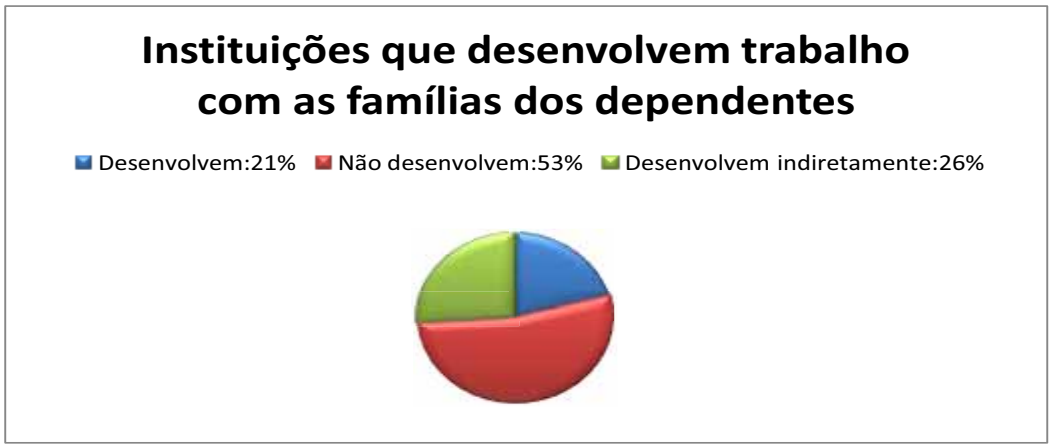
Vale apontar que as fontes de financiamento das instituições acessadas são variadas; entretanto, a predominância advém de recursos públicos (75%), conforme ilustrado no gráfico 4.

Neste aspecto, os sujeitos da pesquisa citaram que seis (6) instituições têm

suas fontes exclusivamente advindas de verba pública: COMAD, CEAAS, Fórum, CAPS II, CRAS e CREAS. Já a Casa de Maria e a Santa Casa informam contar com o repasse de recursos públicos, particulares (advindos do pagamento de usuários/famílias) e também de convênios previamente estabelecidos.

1.3.2.3 Sobre a prática profissional dos assistentes sociais e dos coordenadores

Gráfico 5 - Instituições que desenvolvem trabalho com as famílias dos dependentes



Fonte: GOULART, 2014.

Perguntados se a instituição desenvolve algum tipo de trabalho com famílias de dependentes de álcool e outras drogas, 53% disseram que não desenvolvem trabalhos diretos e específicos com esta demanda (Gráfico 5).

Gráfico 6 - Apresentação da demanda



Fonte: GOULART, 2014.

Os sujeitos da pesquisa, ao serem indagados sobre como a instituição recebe

as demandas referentes aos atendimentos às famílias de dependentes, responderam que a maior parte das demandas chega espontaneamente aos serviços (50%), seguidas pela demanda encaminhada (38%). Os casos de denúncia e de determinações recebidas do Judiciário e/ou Ministério Público representam aproximadamente 13% da apresentação da demanda, como pode notar no gráfico 6.

Gráfico 7 - Instituições que informaram número de famílias atendidas



Fonte: GOULART, 2014.

Apenas 25% das instituições acessadas na pesquisa puderam informar aproximadamente quantas famílias de dependentes de álcool e outras drogas foram atendidas no período analisado, de janeiro de 2012 a dezembro de 2012. Neste aspecto, o CAPS teria atendido por volta de cento e quarenta e quatro (144) famílias neste período, e o Fórum noventa e nove (99) famílias. As demais instituições alegaram que não tiveram como especificar ou não teriam atendido tal demanda, como ilustra o gráfico 7.

Gráfico 8 – Responsabilidade da instituição



Fonte: GOULART, 2014.

O gráfico 8 organiza os dados quanto ao quesito respondido pelos assistentes sociais e coordenadores das instituições referentes ao que os mesmos identificam, mediante as demandas apresentadas pelas famílias dos dependentes de álcool e outras drogas, ser de responsabilidade da instituição onde procuravam atendimento e qual foi(foram) o(s) tipo(s) de demanda(s) mais frequente(s) solicitada(s) por estas famílias. A maioria dos entrevistados respondeu que há a prevalência pela internação dos dependentes de drogas (58%), seguida pelo tratamento destes (21%), por orientações (16%) e por último, solicitavam encaminhamentos diversos (5%).

Gráfico 9 - Profissionais nas instituições



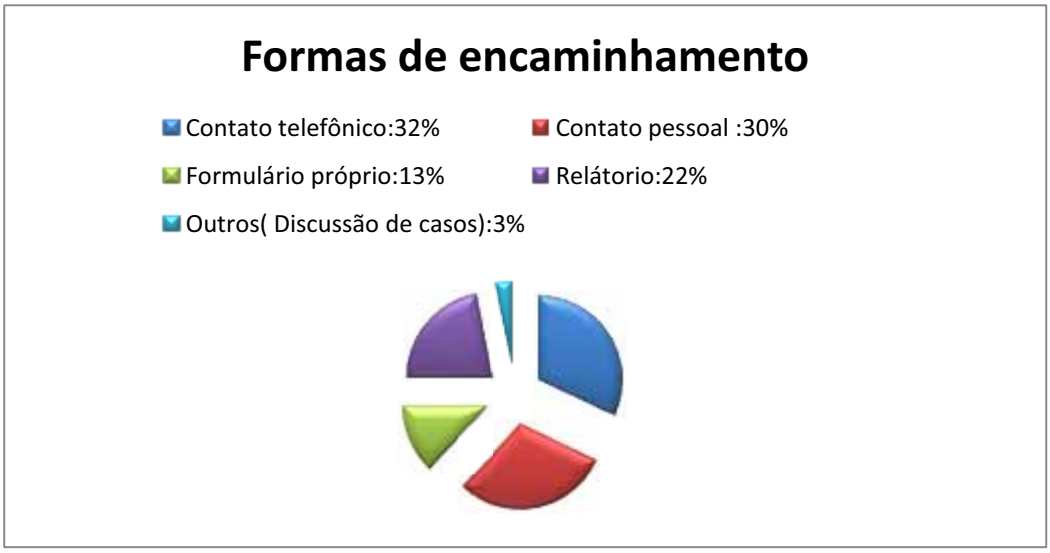
Fonte: GOULART, 2014.

Por sua vez o gráfico 9 mostra quais os profissionais que geralmente trabalham no atendimento da demanda de álcool e outras drogas nas instituições, evidenciando que o assistente social é um dos trabalhadores que tem sido uma referência significativa neste contexto, uma vez que das oito (8) instituições acessadas, apenas uma (1) não tem este profissional em seu quadro.

O mesmo gráfico apresenta de forma expressiva que além dos profissionais das áreas da saúde e da assistência social, aqueles do judiciário têm atuado

frequentemente nos casos de álcool e outras drogas, sugerindo que no enfrentamento da questão das drogas, as famílias têm recorrido à Justiça buscando atenção às suas demandas. Tal situação também foi identificada durante a revisão teórica realizada neste estudo, quando alguns autores trataram da judicialização das demandas da saúde.

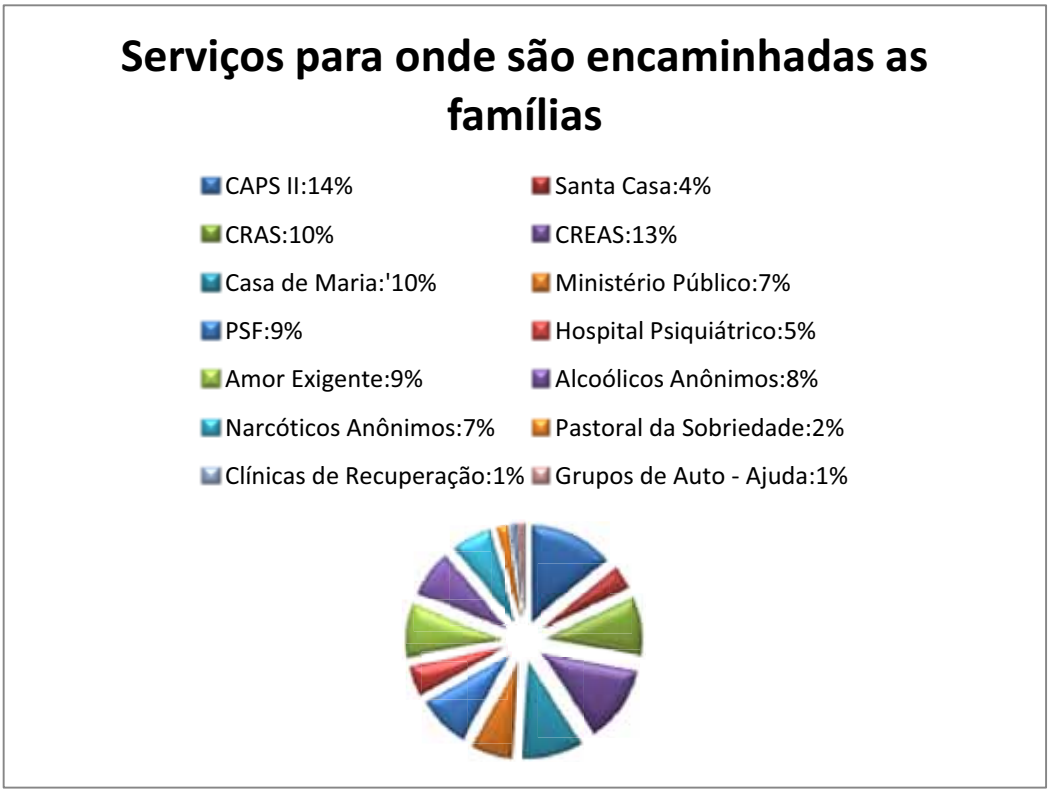
Gráfico 10 - Formas de encaminhamento



Fonte: GOULART, 2014.

No gráfico 10 foram representados os principais procedimentos adotados pelas instituições para encaminhar as demandas das famílias de dependentes de drogas para outros serviços socioassistenciais do município. As formas de encaminhamento utilizadas com maior frequência são por contato telefônico para programa/instituição (32%), seguida do contato pessoal com o programa/instituição (30%). Neste quesito, não houve nenhuma referência ao uso de telegrama e apenas 3% disseram usar outra forma, como a discussão de casos através de reuniões internas e externas previamente agendadas para este fim.

Gráfico 11 - Serviços para onde são encaminhadas as famílias



Fonte: GOULART, 2014.

No gráfico 11 é retratado outro componente importante que foi considerado na pesquisa: o mapeamento de outros serviços socioassistenciais do município, os quais sujeitos da pesquisa comumente utilizaram para encaminhar as famílias de dependentes de álcool e outras drogas. Nesta análise, identificou-se que são diversos os serviços para onde estas famílias são encaminhadas; entretanto, os que tiveram maiores referências foram o CAPS II (14%) e o CREAS (13%), seguidos do CRAS e da Casa de Maria (9% cada).

Desta forma, notou-se que geralmente as famílias que vivem no contexto da dependência de drogas acabam por acessar diferentes serviços socioassistenciais no município, visando encontrar respostas para suas demandas.

CAPÍTULO 2 FAMÍLIAS

> Pensar em família, geralmente, faz com que cada pessoa se reporte àquilo que conhece como família: a sua. E da mesma forma tem acontecido ao longo da história em relação aos saberes de cada área ou profissão, cada uma, na sua especificidade foi estudando e agregando conhecimento ao tema “família”, o que foi construindo a compreensão de família cada vez mais abrangente ao longo dos anos.
>
> ***José Carlos Teixeira Giorgis***

2.1 Famílias: construção sócio-histórica e conceitos

Entende-se que o melhor ponto de partida para qualquer análise a que se propõe seja a história, sendo esta o viés para se estabelecer aproximações sobre determinados comportamentos, aqui entendidos enquanto construtos sociais que no presente podem se tornar estigmatizados.

Neste sentido, o usuário de substâncias psicoativas possui diversos estigmas na sociedade, como as abordagens que culpabilizam, de forma unilateral, a droga e/ou os seus usuários. Além de suas respectivas famílias, que podem ser hostilizadas por “suas falhas” e por não terem conseguido proteger seus membros do “contágio” desta “grave doença social”: a dependência de drogas. Esses estigmas perpassam desde suas vivências até a forma como serão realizadas as abordagens e o tratamento dos dependentes de drogas.

Diante disso, partiu-se do viés de que a família, entendida como instituição privada e em constante transformação, sofreu (e vem sofrendo) fortes influências políticas, econômicas, sociais e culturais durante a história da humanidade, ocasionando mudanças nos seus papéis e nas relações estabelecidas em seu interior, bem como alterando sua estrutura no que diz respeito à composição familiar. Além do que, a família tem conseguido sobreviver a despeito das intensas crises sociais, devido a sua grande capacidade de alterar-se às novas exigências da realidade social (OLIVEIRA; SIMIONATO, 2003).

Advém daí um necessário processo de reflexão e contextualização da família, principalmente à luz da realidade brasileira, sendo especialmente instigante neste estudo a interface da relação das famílias e o contexto das drogas; também considera-se que tal instituição participa dos dinamismos próprios das relações sociais e sofre as influências dos contextos político, econômico e cultural nos quais está imersa em determinado período histórico.

Na busca de melhor conceituação de alguns temas propostos e delineamento

do estudo em voga, é preciso demarcar que historicamente, o indivíduo viveu, em quase todas as sociedades conhecidas, em unidades formadas por grupos familiares. Atrelava-se à existência de um grupo familiar, questões como a necessidade de segurança, saúde e a própria vida de seus membros.

> Muitos são os estudos que discorrem sobre a configuração e metamorfose da família ao longo da história desde sua forma mais rudimentar até as suas transformações no tempo, ocasionadas por um conjunto de fatores de ordem histórica, social, econômica, política e cultural. Tais elementos demonstram que a discussão sobre a família é desafiante e complexa, quando visualizada dentro de uma perspectiva dialética de compreensão da história como algo inacabada, em constantes mudanças, contradições e superações. Nesse sentido, a família como instituição social, é constantemente afetada pelas alterações vivenciadas nas diversas sociedades, com seus respectivos valores, posicionamentos ideológicos e relações sociais, não podendo ser compreendida como uma instância neutra, estática, acabada e uniforme. (NEVES; SOARES, 2009, p. 149-150).

Dos tempos mais remotos à sociedade moderna, o grande desafio que se coloca ao homem é reagir diante da velocidade com que as inúmeras mudanças acontecem no mundo moderno, podendo implicar alterações em suas concepções e ações em relação ao trabalho, à família e à vida.

Compreender o processo histórico das famílias requer a utilização de teorias que irão subsidiar a ação e permitir ultrapassar os limites do bom senso e da intuição; para tal buscou-se fundamentação em diferentes teóricos que discorrem sobre o processo de construção e constituição das famílias no decorrer da história da humanidade.

Cohen (1980) menciona que a família, na visão sociológica, é uma das cinco maiores instituições sociais que especificam os papéis e os preceitos para o comportamento dos indivíduos; é responsável pelo controle da função reprodutora, pela socialização das crianças e por estratégias de segurança econômica de seus membros.

A respeito das primeiras famílias, Passos (1994) coloca que elas foram constituídas por fêmeas e seus filhos, já que todas as sociedades caçadoras eram centradas na mãe e organizadas por intermédio dela. Os machos eram casuais e periféricos.

A história das sociedades humanas pode ser explicada por uma sequência de processos civilizatórios e de transformações desde as sociedades de caça. O que Muraro (1992, p. 148) define como “[...] o lento despertar da animalidade para a

humanidade", onde o homem passa de uma condição de caçador para modos mais organizados e regulares, de prover a sua existência e a de suas famílias.

Configurando modos de vida diferenciados, surgiram as sociedades agrárias e pastoris, onde o homem desenvolveu idiomas, aprendeu a fabricar instrumentos de trabalho que compensaram suas carências físicas e criou princípios de lealdade reguladores da vida familiar e grupal.

Com o desenvolvimento da agricultura e do pastoreio, aponta-se um aumento significante do grupo humano:

> A fecundidade humana "natural", antes comprimida pelo condicionamento aos ciclos estacionais da coleta, da caça e da pesca, experimentada uma primeira expansão que teria, doravante, não a carência de alimentos como limite principal ao incremento do grupo humano, mas os efeitos letais das enfermidades e outras causas de ordem social que abateriam, periodicamente, os aumentos mais desbordantes. (RIBEIRO, D., 1998, p. 85).

Dos passos iniciais do desenvolvimento das relações humanas surgem, a longo prazo, novas formas de cultivo, organizações sociais, consumo, divisão do trabalho e, ainda, novas formações socioculturais.

Consequente e simultaneamente à essa reordenação social, modificam-se também as composições familiares. Como exemplo, na época da escravidão o autoritarismo e a violência separaram famílias, provocando a perda de vínculos e de tradições; já "[...] as mulheres brancas se casavam aos doze, treze ou no máximo aos quatorze anos quase sempre com homens muito mais velhos. No entanto, quase sempre morriam antes de seus maridos, porque tinham que produzir muitos filhos." (MURARO, 1992, p.156).

Historicamente, com o aumento de escravos liberados da obrigação de trabalhar, surgem novos valores fundamentados na riqueza e no poder. Segundo Darcy Ribeiro (1998), a população rural e urbana evolui a partir do século XVIII, com a invenção da máquina a vapor alterando-se mais uma vez a relação do ser humano com seu trabalho e com os outros.

Estas transformações demográficas, econômicas e sociais repercutiram intensamente nas diferentes esferas da vida familiar. De acordo com Kaloustian (2008) o processo de urbanização a partir dos anos 50, acompanhado da industrialização e do crescimento econômico, trouxe a mudança de valores tradicionais, os quais apontavam o casamento como o modelo de vida mais

adequado à mulher, levando à sua participação no mercado de trabalho.

Durante a revisão bibliográfica realizada nesta pesquisa foi notório o fato de autores apontarem a Revolução Industrial como elemento significante para a divisão de classes e as consequentes transformações no âmbito familiar. Para Darcy Ribeiro (1998), esta Revolução funcionou como a reordenação de povos, situando os empregadores em posição de domínio sobre os demais. Já Sarti (2008) a associa à separação do mundo do trabalho do mundo familiar, instituindo a dimensão privada da família. Por sua vez, Soares (2002, p. 49), contribui ao dizer que a Revolução Industrial, talvez tenha sido "[...] a maior transformação já ocorrida, no âmbito sócio-econômico ocidental e que, sem dúvida, nos influencia até hoje [...]", defendendo que seus rebatimentos, tenham provocado o que denomina de "Revolução nas Famílias", por ter modificado consideravelmente as relações entre os seres humanos. A mesma autora chama a atenção para o fato desta Revolução não ter sido um acontecimento pontual, mas algo que foi processado historicamente, destacando o período compreendido pelos séculos XVIII, XIX e XX.

Ainda Soares (2002, p. 49), pautando-se em Arruda (1988, p. 19), define a Revolução Industrial como:

> [...] uma síntese que culmina um período de transição e dá nascimento ao capitalismo pleno, superando a fase de acumulação primitiva do capital, nesta medida é uma ruptura e uma consolidação, porque consolida definitivamente o modo de produção capitalista, modo de produção este que passa a estar identificado ao mundo da industrialização.

Neste cenário de intensas transformações socioeconômicas,

> [...] a família, efetiva e representativamente é considerada, ideologicamente, a célula da sociedade, pois a reprodução humana assegurada pela família mantém as necessidades de força de trabalho industrial e de mercado. A família se torna o operário em potencial. (SOARES, 2002, p. 53).

Ao fazer um salto histórico, depara-se com outro fator relevante que contribuiu para as modificações na composição familiar: a criação da pílula anticoncepcional na década de 1960, nos Estados Unidos da América (EUA), que interferiu decisivamente na sexualidade feminina. "Esse fato criou as condições materiais para que a mulher deixasse de ter sua vida e sua sexualidade atadas à maternidade como um 'destino'." (SARTI, 2008, p. 21). Ao introduzir a dimensão de escolha, inaugurou um processo de mudanças também na dimensão familiar.

Destaca-se que a crise econômica mundial dos anos 70 no século XX também influenciou a vida e a formação do grupo familiar, principalmente no que se refere à obtenção de rendimentos e à perda de poder aquisitivo. De acordo com Rosa Maria Ribeiro et al. (2008, p. 137) "[...] o fato de o homem adulto ter sido o mais afetado pelo desemprego nessa década, por exemplo, trouxe consigo enormes dificuldades para o desempenho do seu papel de provedor do grupo familiar", o que refletiu no elevado número de separações conjugais e, consequentemente, na redução do tamanho das famílias, ao aumentar a proporção das monoparentais.[3]

E em 2011, quando o Supremo Tribunal Federal brasileiro reconheceu por unanimidade a união homoafetiva[4] como entidade familiar, abalando definitivamente o modelo tradicionalmente idealizado pela sociedade.

Desta forma, mesmo que neste estudo não seja feita uma discussão com maior aprofundamento teórico, é possível afirmar que estes fenômenos sociais dificultam sustentar um único conceito de família, visto que implicam em mudanças de padrões e valores culturais.

Neste sentido, o artigo 3º do Projeto de Lei n. 2.285, que dispõe sobre o Estatuto das Famílias (CARNEIRO, 2007), classifica família "[...] como toda comunhão de vida instituída com a finalidade de convivência familiar, em qualquer de suas modalidades". Já para Freitas, Braga e Barros (2010) esta pode ser considerada como o grupo social por meio do qual se realizam vínculos entre pais e filhos, a consanguinidade entre irmãos e a afinidade a partir do casamento.

Para Marconi e Presotto (2005), as sociedades contemporâneas apresentam diferenças na maneira como se organizam ou estruturam seus grupos familiares, classificando as famílias como: elementar, aquela formada por um homem sua esposa e seus filhos, os quais vivem juntos em uma união reconhecida pelos outros membros da sociedade; extensa, composta de duas ou mais famílias ligadas por laços de consanguinidade; composta, formada por três ou mais cônjuges e seus filhos; conjugada – fraterna, composta de dois ou mais irmãos, suas respectivas esposas e filhos; e família fantasma, formada por uma mulher casada, seus filhos e o "fantasma" (irmão mais velho da mulher que exerce a função de pai quando o genitor não assume sua responsabilidade).

---

[3] Família composta por apenas um dos progenitores.

[4] Convivência entre duas pessoas do mesmo sexo, pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família.

Assim, Freitas, Braga e Barros (2010, p. 16) afirmam que “[...] na verdade, trata-se de famílias no plural, porque encontramos, no dia a dia, uma multiplicidade de tipos.”

Losacco (2008, p. 64) concorda ao afirmar que “[...] na atualidade, a família deixa de ser aquela constituída unicamente por casamento formal”, composta por qualquer um dos pais ou ascendentes e seus filhos, netos ou sobrinhos, por mãe solteira e ainda por união estável entre homossexuais. O mesmo autor prossegue dizendo que essa nova concepção se funda “[...] mais no afeto do que nas relações de consanguinidade, parentesco ou casamento; construída por uma constelação de pessoas interdependentes girando em torno de um ‘eixo comum’.”

Desta forma, em um cenário de profundas transformações societárias, tem-se o aparecimento de famílias com diferentes constituições, como as monoparentais, que compreendem um adulto (pai ou mãe) a viver com o filho(s), as famílias recompostas que reagrupam pelo menos um membro do casal que é divorciado, com filhos, a outro membro também já com filhos de outra relação. Surgem também as famílias homoafetivas, entre outros formatos.

Barros (2013) ao tratar do mapeamento das configurações familiares que constituem a sociedade brasileira na atualidade a partir do Censo Demográfico de 2010 do IBGE considera que

> Segundo os dados estatísticos do IBGE as mudanças mais evidentes em relação à família brasileira foram a redução da configuração nuclear, formada por casais com filhos, que está próximo de 50% em 2010; o aumento da configuração formada apenas pelos casais sem filhos e sem outros parentes, que passou para 15% em 2010; o aumento da configuração monoparental feminina (núcleo simples, formado por mães com filhos), que passou para 15,3% em 2010; o também aumento, da configuração monoparental masculina (núcleo simples, formado por pais com filhos), que passou para 2,2% em 2010; também cresceu o número de mulheres e homens morando sozinhos, sendo 6,2% para as mulheres e 6,5% para os homens em 2010; e a redução do percentual de famílias compostas e extensas (casais, filhos, parentes e agregados) que caiu para 2,2% em 2010. (BARROS, 2013, p. 23-24).

Entretanto, é preciso frisar que independentemente do modelo ou concepção de família, é nela que encontramos os fundamentos para continuar, biológica e socialmente, o grupo familiar. Desta forma, indiferentemente das diversas configurações familiares que surgiram ao longo dos anos, mantém-se sua importância perante as diferentes sociedades, sendo o ambiente familiar, base de construção da cidadania de cada indivíduo - uma vez que traz possibilidades que

vão desde às associadas a fatores de sustento, proteção, socialização até a criação de vínculos afetivos e essenciais aos indivíduos.

De fato, as famílias sofreram mudanças significativas nos últimos anos, modificando-se de acordo com as demandas capitalistas, o que repercute na forma das famílias se organizarem, na medida em que suas condições socioeconômicas de existência se alteram, gerando quadro expressivo de insegurança e instabilidade social. Diante disso, as famílias encontram novas formas de sobrevivência e de organização a partir do sistema social em que estão inseridas.

Para José Filho (1998), autor da tese “A família como espaço privilegiado para a construção da cidadania”, a organização familiar é determinada por diversos fatores que se referem tanto às formas de organização interna do grupo familiar, quanto aos aspectos econômicos, sociais e culturais que os envolvem.

O mesmo autor ressalta que

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

Nesse sentido, faz-se necessário que os profissionais que atuam com famílias busquem compreendê-las em sua totalidade e pluralidade, entendendo-as nos seus diferentes contextos e relações, assim como considerem a importância do trabalho com esta significativa instituição social. Sabe-se, todavia, que este é um terreno de contradições, no qual o assistente social e outros profissionais podem encontrar importantes espaços para intervenções. É primordial estabelecer um contínuo repensar de seus saberes para poderem encontrar as melhores práticas diante das constantes mudanças conjunturais e sociais experimentadas pelas famílias na sociedade contemporânea.

2.2 O lugar das famílias nas políticas públicas na cena contemporânea

No percurso da pesquisa, verificou-se que a família vem sendo cada vez mais essencial e também responsável pelo desenvolvimento dos cidadãos, o que pode desfazer a tese de que a família, no estado de direito, seria prescindível e substituível.

A diversidade de conceitos e de composições familiares demanda do Estado, dos profissionais e da própria sociedade um olhar diferenciado, devendo-se para tal considerar as mudanças ocorridas na sociedade e as condições em que vivem as famílias. O conjunto destes fatores demonstra que “[...] as exigências da vida moderna hoje são muito maiores do que no passado recente e que a família e cada um dos membros do grupo foi profundamente afetados em sua estrutura e organização.” (COELHO, 2002, p.76).

Diferentes autores apontam as várias dimensões das relações entre políticas públicas e famílias. Para Maria do Carmo Brant de Carvalho (2008), na década de 70 do século XX, o grupo familiar era pensado como corresponsável pelo desenvolvimento dos seus integrantes; já Rosa (2003), as funções do campo social, antes assumidas pelo Estado, são colocadas às famílias, sobrecarregando-as com a crise econômica, que gera desemprego e vulnerabilidades; por sua vez, Gueiros (2002) concorda ao afirmar que à medida que o Estado restringe sua participação na intervenção em determinados segmentos, a família tem sido chamada a preencher esta lacuna, sem receber a devida assistência.

Soares (2002) contribui citando Foucault (1987a, p. 92) para apontar que, historicamente, na sociedade moderna, há a passagem do âmbito coletivo da família para o privado, o que implicará em importantes consequências.

> No século XIX, o conflito entre o indivíduo e sua família torna-se assunto particular, e assumirá o aspecto de um problema psicológico. Durante todo o período do internamento, esse assunto esteve no entanto ligado à ordem pública; punha em causa uma espécie de estatuto moral universal: toda a cidade interessava-se pelo rigor da estrutura familiar. Todo aquele que feria essa estrutura passava para o mundo do desatino. E foi assim tornando-se a forma maior da sensibilidade ao desatino, que a família, um dia, poderá constituir-se no **topos** dos conflitos onde nascem as diversas formas de loucura. (FOUCAULT, 1987a apud SOARES, 2002, p.177-178, grifo do autor).

A mesma autora comenta tal trecho dizendo que partir da

> [...] transferência de responsabilidade sobre instituições e processos, na época referida. Gradativamente, a esfera pública desveste-se de um caráter central na vida das pessoas da comunidade; a unidade familiar responsabiliza-se por seu próprio desenvolvimento, mesmo sendo um espaço coletivo. Ao mesmo tempo, instaurar-se-á uma contradição, pois a família será composta por “indivíduos” juridicamente reconhecidos como tal. (SOARES, 2002, p. 178).

Uma das consequências desta prevalência do individualismo na coletividade

que rebate na família moderna, diz respeito à condenação do “[...] indivíduo por todas as suas ações, mas não se leva em conta o contexto que possibilita ou não, estas ou outras atitudes.” (SOARES, 2002, p. 178).

Com isso, nesta relação família e Estado considerada cada vez mais tênue, o grupo familiar tem sido responsabilizado pelas insuficiências das políticas públicas. Neste sentido, Alencar (2010) aponta a família como elemento fundamental de proteção social para seus membros, sendo reconhecida como proposta central de atuação nos programas sociais, e, portanto, responsável pelo seu sucesso ou fracasso. Embora essa centralidade não seja um fenômeno problemático, “[...] traz, contraditoriamente, a possibilidade de ser a oportunidade para tornar a família cativa no conjunto de responsabilidades, que embora sejam de ordem pública, são recorrentemente privadas.” (ALENCAR, 2010, p. 142).

Depara-se aí com uma importante contradição: ao mesmo tempo em que na atualidade, tanto no cenário político, quanto nas políticas públicas, o discurso seja de que a centralidade das ações deva estar nas famílias, tem-se a ideia de que as mesmas sejam as responsáveis pela proteção e o cuidado de seus membros, transferindo para as famílias também o que seria a dita coresponsabilidade por parte da esfera pública e da sociedade civil.

É interessante observar que pensar a família como elemento central nos programas de proteção social é referir-se, especialmente, à figura da mulher no âmbito doméstico, para as quais, segundo Alencar (2010, p.150) “[...] sempre coube o cuidado com crianças, idosos, doentes, ainda que, na maioria dos casos, estejam envolvidas no desenvolvimento de atividades para prover o sustento da família.” Contudo, esta retomada da centralidade na família pode significar a reatualização de responsabilidades, principalmente das mulheres.

A análise dos dados colhidos na pesquisa de campo também remeteu à questão de gênero no contexto das drogas, visto que alguns sujeitos informaram que a solicitação de tratamento e internação frequentemente é para dependentes do sexo masculino e que comumente é a figura feminina que recorre às instituições solicitando atendimento para os membros dependentes.

Neste sentido, a assistente social 4 diz que as mulheres atendidas procuram tratamento

> [...] do filho, do companheiro [...] geralmente (quem procura) é a figura feminina, geralmente é a mãe [...]. Eu nunca atendi um pai, um tio, sempre é a mãe [...] pedindo tratamento para o filho e para o marido, acontece de ser para os dois, mais pra filho. (AS4).

A assistente social 7 também refere que a maior parte das famílias atendidas, vem pelo atendimento de pessoas do gênero feminino, informando ainda que a demanda de acolhimento de crianças e adolescentes tem como causa principal, a dependência de drogas por parte de suas mães.

> [...] realmente vem da mãe, da esposa pedindo ajuda para um filho, para o marido. A procura espontânea é feminina. Procura espontânea predomina a mulher, a figura feminina pedindo uma ajuda para o marido e o filho, já no acolhimento lá do abrigo não existe muito, pelo contrário, a predominância é de que as mães é que são dependentes químicas que inclusive é o que causa o acolhimento. (AS7).

Tal representação merece estudo mais aprofundado, o qual não foi possível e nem objetivado neste estudo, contudo, vale destacar mais uma vez que evidentemente acontece a responsabilização do sujeito pelos seus problemas sociais e que geralmente a realidade social é explicada pela aparência de seus fenômenos, carecendo que se faça o movimento do aparente à essência dos mesmos, do micro ao macro social.

Neste patamar, não se pode transferir à família a função de proteger os seus membros sem lhe assegurar as possibilidades para tal. Segundo Gueiros (2002), diante desta transferência de responsabilidades da esfera pública, depara-se no cotidiano profissional, com a pressão para que sejam encontradas junto à família respostas para as situações vividas. É, portanto, evidente a necessidade de sua inclusão em programas sociais que disponibilizem condições básicas de cidadania para que ela possa começar a cumprir o papel que lhe é social e legalmente atribuído.

Neste sentido, faz-se importante que nos debates sobre famílias, sejam analisadas suas novas configurações, suas diferenças culturais, sociais e econômicas, evitando, como coloca Kaloustian (2008), a diferenciação preconceituosa entre “família regular e família irregular”. Nessa mesma direção, Gueiros (2002) expõe a necessidade de se analisar a história, a linguagem e os valores morais próprios da família, e a partir destes, organizar sua forma de inserção na sociedade, sendo necessário compreender suas particularidades e avaliar as

suas possibilidades de assumir as responsabilidades que lhe são atribuídas.

Dentro desse contexto, Alencar (2010, p. 143) aponta a necessidade de “[...] saber de que família está se falando, recuperando suas necessidades especiais numa dimensão de classe.”

Após todos estes debates não se pode perder de vista que foi só com a promulgação em 1988 da Constituição Federal (CF), que direitos sociais como “[...] a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparos [...]” (BRASIL, 2003a), poderão ser eticamente efetivados como disposto em seu artigo 6°.

Constitucionalmente, é possível afirmar que a família tem papel fundamental, expresso na CF de 1988 (BRASIL, 2003a), constando no seu artigo 227, que o dever de assegurar os direitos da infância é da família, da sociedade e do Estado. No artigo 226 da mesma Constituição consta que a família é a base da sociedade e tem especial proteção do Estado, retomando para este, a obrigação legal de estabelecer políticas públicas de proteção às famílias. Com isso, a CF de 1988 deu ênfase à família, propondo que a presença do Estado, como fonte reguladora dos conflitos familiares, aconteça através das políticas públicas de atendimento à família.

Por sua vez, Maria do Carmo Brant de Carvalho (2002, p. 95) afirma que nas comunidades tradicionais “[...] a atenção à família se tornou periférica. Quando existente, não era ela o alvo, mas sim a mulher, o trabalhador, a criança.” Ao obter a identidade de carentes de bens e serviços e de afetos, a família se inseria nos programas de assistência social efetivados pela rede pública. Nesta concepção visava-se contemplar a reprodução e a proteção social dos grupos numa perspectiva de tutela, onde a família se ocupava quase que exclusivamente dessas funções.

A mesma autora (CARVALHO, M. C. B., 2008, p. 267) também defende que estas funções “[...] nas comunidades contemporâneas são compartilhadas com o Estado pela via das políticas públicas”, afirmando que “[...] a família retoma um lugar de destaque na política social. Ela é ao mesmo tempo beneficiária, parceira e pode-se dizer uma ‘miniprestadora’ de serviços de proteção e inclusão social”. (CARVALHO, M. C. B., 2000b, p. 17).

Assim, mediante a multiplicidade de tipos de famílias e a necessidade da efetivação dos direitos sociais, demanda-se por uma intervenção interdisciplinar e intersetorial, que diferente da concepção de trabalhador polivalente (aplicada por

correntes capitalistas), busque a integração de saberes e experiências entre assistentes sociais, professores, psicólogos, advogados, médicos e demais trabalhadores sociais, representando diferentes setores e políticas sociais, e que sejam preferencialmente da iniciativa pública. Para isso, torna-se necessário a contemplação das famílias como o local de desenvolvimento primário de possibilidades e o rompimento com as concepções que as tomam como as principais responsáveis pelo bem-estar social de seus membros, mas sim, tomando-as principalmente como possuidoras de direitos.

O trabalho social (BRASIL, 2006a) se baseia no respeito quanto aos arranjos familiares, aos valores, crenças e identidade das famílias e se fundamenta no fortalecimento da cultura, do diálogo, no combate a todas as formas de violência, preconceito, discriminação e nas relações familiares. Também objetiva a potencialização dos recursos disponíveis das famílias, suas formas de organização, sociabilidade e redes informais de apoio para o fortalecimento ou resgate de sua autoestima e a defesa de direitos.

Conforme revisão bibliográfica, inclusive de estudos internacionais, discute-se atualmente o cuidado centrado na família, problematizando as seguintes questões para a reflexão do leitor: quais são as melhores práticas para o trabalho com famílias? Quais são as melhores práticas para envolver as famílias no cuidado com seus membros? Quais são as melhores práticas para capacitar os profissionais da rede de serviços para oferecer o apoio às famílias de dependentes de álcool e outras drogas? Quais são as melhores práticas para promover que as famílias colaborem umas com as outras? (TRYSSENAAR; TREMBLAY, 2002).

Uma vez que a família é parte integrante do cotidiano profissional do assistente social e de profissionais com outras formações, faz-se necessário buscar abordagens que produzam melhores resultados nas intervenções das diferentes demandas apresentadas pelas famílias, como àquelas que se propõe através das redes de apoio nos diferentes territórios de abrangência, onde se articulem as diferentes políticas sociais voltadas para o atendimento das necessidades das famílias.

Comumente, as famílias com as quais os assistentes sociais e demais trabalhadores da área social trabalham estão à margem da sociedade, desprovidas de bens de uso e de consumo, apresentando cotidianos onde as manifestações da questão social se mostram escancaradas e de formas variadas, implicando desafios

para o profissional no sentido de obter respostas, na maioria das vezes imediatas, às suas diversas demandas, denominadas contemporâneas no atual contexto social (OLIVEIRA, N. H. D., 2009, p. 95).

Pode-se verificar que:

> [...] essas famílias estão diante do desafio de enfrentar [...] carências materiais e financeiras. Convivem, além disso, com graves conflitos relacionais. Essas dificuldades já são suficientes para caracterizar a situação por elas vivida como de violência social. A essas dificuldades somam-se episódios cotidianos de violência urbana, originados pelos grupos do narcotráfico e do crime organizado, compondo um quadro de acúmulo e potencialização da violência familiar. (GUIMARÃES, ALMEIDA, 2010, p. 130).

Pautando-se nisto, reafirma-se que o Serviço Social lida geralmente com famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade social, onde as expressões da questão social se manifestam de formas diversas: desemprego, violência, conflitos relacionais, adoecimento, drogadição, alcoolismo etc, sendo necessário que o profissional busque respostas a estas diferentes demandas que lhe apresentam no contexto de atuação, sem perder de vista a concepção da família enquanto um sujeito histórico que, na atual conjuntura, se define por diversos jeitos, que estão intimamente relacionados com a conjuntura social, cultural e política existentes, superando uma visão de família carregada de limitações e de culpabilização pelas mazelas sociais que vivencia, como a difundida pelo modelo de família “nuclear ideologizado” (JOSÉ FILHO, 2007).

Nesse sentido, as políticas sociais na atualidade ressaltam a importância de uma intervenção voltada à centralidade na família, tomando-a como parâmetro para definir os termos de atuação dos indivíduos no plano social. Assim, a família torna-se uma referência de intervenção ao permitir pensar, organizar e efetivar políticas sociais.

Visto isso, enfatiza-se a relevância do trabalho social interdisciplinar, com o intuito de construir possibilidades de intervenções frente às demandas existentes no âmbito familiar. Assim, as diversas situações que constituem as expressões da questão social podem colocar os diferentes profissionais em conexão e em rede.

Na área da educação, os profissionais voltam-se ao fortalecimento da relação família, escola e comunidade buscando diminuir os casos de evasão escolar e de vulnerabilidade à violência e às drogas.

Quanto ao direito à saúde, destaca-se a articulação dos equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), que possibilitem identificar no interior das famílias problemas de ordem social que demandam “[...] atenção especializada e ações de outros setores da sociedade: uso de drogas e álcool, violência doméstica, dificuldades de acesso a direitos trabalhistas e previdenciários, necessidade de recorrer a programas assistenciais.” (MARSIGLIA, 2008, p.169).

Com a CF, a saúde foi incorporada no plano legal como direito universal e dever do Estado.

> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
> I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
> II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais;
> III - participação da comunidade. (BRASIL, 2003a).

Já na área da assistência social busca-se o rompimento com o assistencialismo, a sua garantia e a sua efetivação como direito; conforme estabelece a CF de 1988 em seu Art. 203, a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social. Tem por objetivos:

> I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
> II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;
> III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;
> IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
> V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de promover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei. (BRASIL, 2003a).

Por sua vez, a Política Nacional de Assistência Social de 2004 (PNAS) considera como integrantes do público alvo da assistência social os cidadãos ou grupos que fazem uso de substâncias psicoativas, sendo, portanto, função da proteção social especial o provimento do acesso das famílias em situação de risco a serviços de apoio e sobrevivência.

> A proteção social especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. (BRASIL, 2005b).

Desta forma, a PNAS visa realizar a proteção social básica e a especial, buscando a garantia dos direitos sociais para uma vida digna, pautada nas necessidades das famílias e de seus membros.

Acrescenta-se que com a construção da PNAS foi proposta a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que tem a responsabilidade de ditar as formas de organização de todos os serviços que podem realizar a proteção social nesta área no território brasileiro.

Ressalta-se que a lógica da diversidade, da territorialidade e da centralidade na família tem sustentado os trabalhos idealizados para equipamentos sociais, como o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) e o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), que integram o SUAS, um sistema que tem organizado ações da assistência social em dois tipos de proteção social: a Proteção Social Básica, destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social; e a Proteção Social Especial, destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros aspectos.

Destaca-se que um dos denominados eixos estruturantes do SUAS é a matricialidade sociofamiliar, enfatizando a proteção da família em todos os segmentos, de forma a permitir que os indivíduos sejam amparados nas diferentes situações que possam colocar em risco a integridade de seus membros.

O CREAS é um dos equipamentos sociais que compõem a denominada Proteção Social Especial; já o CRAS integra a Proteção Social Básica, os quais no contexto desta pesquisa têm atuado junto às demandas das famílias de dependentes de drogas.

Certamente tais legislações na área da assistência social são avanços para a abordagem da questão das drogas de forma mais competente por reconhecer a

dimensão social deste fenômeno; considerando que a dependência de drogas traz demandas que requerem acolhimento e proteção social, pois pode estar ligada e muitas vezes agravada pelas precárias condições sociais e de vida das pessoas e famílias que vivenciam tal situação.

Nesta direção, no cenário contemporâneo, discute-se que cabe ao profissional compreender, dentre a multiplicidade de tipos de famílias, com qual composição familiar ele está trabalhando. Segundo Sudbrack (2001, p. 936) esta aprendizagem da realidade exige novos instrumentos de trabalho, "[...] uma nova forma de diálogo, em que as questões são mais importantes do que as respostas; um clima de cooperação que permite explorar os futuros possíveis e os caminhos para atingi-lo." No trabalho social com famílias, além das condições socioeconômicas, concorda-se com esse autor e com a afirmação de Zapparolli (2011, p. 389) ao apontar a necessidade de se "[...] considerar as culturas, [...] a natureza das relações conflituosas, o grau de violência, a judicialização dos conflitos ou não, a situação compartilhada pelos envolvidos e de cada um deles individualmente."

Entretanto, é indiscutível a importância da dimensão coletiva no trabalho social com famílias, onde os familiares participem de ações dentro das chamadas redes intersetoriais das políticas públicas e ainda daquelas ligadas à iniciativa da sociedade civil, como os grupos de apoio, uma vez que estes espaços proporcionam trocas de experiências com outros familiares que vivenciam situações semelhantes. Este contato, assim como a troca de informações e experiências, por meio de reuniões grupais conforta as famílias, e lhes despertam posturas diferentes no enfretamento de determinadas situações. O trabalho "[...] com famílias nos permite perceber a força impressionante que elas possuem para buscar soluções próprias e criativas diante de situações complexas e novas que se apresentam." (SUDBRACK, 2001, p. 935).

Neste sentido, a coordenadora 5 sugere que as famílias que experimentam participar de grupos de apoio, podem se fortalecerem umas com as outras, espelhando-se na experiência mútua, além de poderem se pautar nos aspectos positivos e exitosos vividos pelas outras.

> E a gente sabe que muitas das vezes na vida mesmo, não só falando na dependência química a gente precisa de bons exemplos, então quando a gente vê lá pessoas que passou por uma situação dessa e conseguiu recuperar e ta lá pra mostrar que isso é possível, você consegue fortalecer aquele que ta iniciando a caminhada, a gente tem muitos casos desses

> em que a pessoa, ou vivencia o problema ou que já passou por ele e ta ali pra demonstrar que é possível basta querer e nem sempre precisa de uma internação, alguns casos a gente consegue resolver só com os grupos de apoio, só com as reuniões, só de você estar levando essas pessoas pra um ambiente diferenciado daquilo que ela vivenciava, você já consegue ajudar. (C5).

De fato, os grupos de apoio são importantes no processo de intervenção junto aos casos de dependência de drogas, podendo contribuir para o fortalecimento das famílias para o melhor manejo das situações vividas neste contexto muitas vezes problemático, que repercutem nos relacionamentos estabelecidos entre os membros familiares e na forma como tratam a questão da dependência

A coordenadora 4 prossegue debatendo que acredita que os tipos de famílias atendidas são desde as que têm menos recursos e poder aquisitivo até aquelas que têm uma condição social favorável:

> [...] então além deles viverem o problema, ele já tem os seus recursos financeiros pra solucionar, eles resolveram estar ajudando, então a gente tem inúmeras famílias que estão nessa situação, que tem uma condição financeira pra fazer o tratamento do familiar, do dependente, mas que resolveu se doar pra esse trabalho [...] estão à frente de instituições, são membros de instituições, membros de conselho, então eles ajudam de outra forma, eles não precisam dessa assistência até porque a condição financeira deles já permite, mas como o problema é tão grave que essas famílias se sensibilizam com as outras, então eles estão abertos a estar ajudando e colaborando com essas famílias que tem o poder aquisitivo menor, a grande maioria dos que estão lá [...] passou por algum problema familiar de dependência. (C4).

Entretanto, a maioria das famílias que procura por alguma orientação e por tratamento nos serviços públicos é de famílias que não têm recursos financeiros suficientes para arcar com clínicas de tratamento particular; esclarecendo que as outras famílias que têm condições financeiras melhores, que vivenciam ou já vivenciaram a problemática das drogas, mesmo que procurem por clínicas particulares diretamente, resolvem ajudar voluntariamente famílias que vivem situações semelhantes ou para evitar e prevenir que outras venham a lidar com tais situações.

Alguns sujeitos discorrem sobre os trabalhos diretos que realizam com as famílias no contexto da dependência de drogas da seguinte forma:

> O foco é nas famílias dos internos, naquelas que nos procuram [...] não existe busca ativa, pois também nossa demanda já é grande e ainda não conseguiríamos fazer o trabalho externo com outras famílias. (AS5).

> [...] especificamente quando é solicitado de algum dependente que não está inserido no processo terapêutico nosso, uma família que está tendo uma dificuldade pra internar então precisa de aconselhamento [...] a gente pode estar fazendo busca, a gente chama de busca, indo na casa das pessoas, o mais comum do trabalho é daquela família que já é, está internada, então a gente faz o encaminhamento para as redes, que seja Amor Exigente ou outro grupo de auto-ajuda específico e especializado para o familiar de um adicto; ou se não tem na sua cidade, CAPS, CREAS, CRAS, algum processo que possa encaminhar para algum psicólogo, algum tratamento especifico, no dia da visita, pequenas intervenções, pequenas colocações, reuniões com assistente social, com psicólogo pra fins de trabalho especifico de caso. (C5).

Nota-se que embora os sujeitos da pesquisa reconheçam a possibilidade da realização da busca ativa das famílias no território onde elas se encontram, alegam que este tipo de intervenção fica prejudicada pela demanda grande de atendimento; portanto, procuram diretamente as instituições. Esta costuma ser a forma de estabelecer o contato inicial com tais famílias.

Outros dizem que os serviços onde estão inseridos não desenvolvem práticas específicas com as famílias dos dependentes de drogas:

> [...] específico pra este público não, mas a gente faz o que eu falei anteriormente. Se a pessoa chega aqui, se no atendimento ela apresenta esta demanda, a gente encaminha [...] geralmente é pro CAPS mesmo [...]. Orientação e encaminhamento. (AS4).

> Especifico não, o que a gente tem [...] desde o ano passado, são dois grupos que foram montados que chamam: Encontro com famílias de crianças abrigadas e desligadas do abrigo e um outro grupo que é o Encontro de famílias de adolescentes que cumprem medidas sócio educativas [...] são encontros mensais que acontecem [...] separado, e acaba que tem a questão da dependência química muito presente porque uma das maiores causas do abrigamento de criança e adolescente é a questão de álcool e droga e o adolescente ator de ato infracional também tem na sua maioria a ida para o envolvimento do ato infracional vinculado ao uso de álcool e droga [...]. (AS7).

> Diretamente não [...] a gente tem algumas representações que têm uns grupos de apoio, então esses grupos trabalham com a família e [...] da um suporte pra que eles trabalhem então tudo que a gente faz lá [...] junto com essas instituições é dando esse suporte [...] então mesmo que não diretamente, a gente está sempre ligada com o Amor Exigente, Pastoral da Sobriedade, Narcóticos Anônimos, então tem sempre essas instituições que fazem o trabalho efetivamente, mas a gente tá sempre ali por trás ajudando naquilo que as instituições precisam, que nos procuram. (C4).

Pelos fragmentos anteriores é possível notar que, mesmo que indiretamente, as instituições têm feito algumas ações, como orientações e encaminhamentos para outros serviços que atendem especificamente tal demanda.

Em suma, a nova conjuntura aponta para a redefinição das formas de intervenção priorizando metodologias que permitam às famílias saírem do lugar solitário que atualmente ocupam para um espaço que gere solidariedade e facilite as formas de enfrentamento das condições econômicas, sociais e políticas muitas vezes desfavoráveis (GUIMARÃES; ALMEIDA, 2010).

As atuais políticas públicas voltadas à atenção às famílias pretendem, assim, garantir os mínimos sociais aos "segmentos da população mais necessitados, por meio de redes de proteção/promoção social que articulem benefícios, serviços, projetos e programas sociais, considerando como unidade de atuação a família", conforme aponta Vitale (2008, p. 195).

Uma vez que há uma permanência precarizada de cidadãos que vivem em um contexto bem pauperizado, estes são privados de bens e de acesso a serviços públicos de qualidade, e são os mesmos que residem, trabalham e alimentam-se; e têm acesso, quando o tem, à cultura e ao lazer de forma cada vez mais precária.

Oliveira e Colvero (2001) apresentam que a escolha da família como novo objeto de atenção e a proximidade de ações com a comunidade, no território, vêm revelando um maior número de pessoas em situação de sofrimento e de falta de cuidados, vivenciando o estigma, a vergonha, a exclusão e com muita frequência, inclusive, a morte.

No trabalho social com famílias é possível se deparar com os mais variados desafios, deparando-se com situações e condições de risco como: vínculos de trabalhos precários, baixa remuneração, atendimentos de pessoas que vivem na extrema desigualdade social, dependência de álcool e outras drogas, tráfico, trabalho infantil, violência doméstica, prostituição, evasão escolar, baixa escolaridade e qualificação profissional, falta de moradias e ocupações irregulares, entre outras condições e situações que trazem impactos em diferentes esferas de suas vidas.

Neste sentido, as formas de acumulação do sistema capitalista acabam gerando e intensificando a questão social que por sua vez, é tida como objeto de trabalho do assistente social nos dias atuais, desdobrando-se em estudos de diferentes temas de grande relevância para a formação profissional.

A partir dos anos sessenta do século XX surgem novas manifestações da questão social devendo-se ter claro que não se trata de uma "nova questão social", mas sim de novas emergências, valendo ressaltar que mesmo se houvesse a

derrota do capital, não expressaria o fim dos problemas sociais, “[...] pois homens e mulheres continuariam a enfrentar problemas, indagar porque vivem e porque morrem empenhados em encontrar sentido às suas vidas limitadas.” (PAULO NETTO; BRAZ, 2006, p. 162).

No mesmo panorama,

> Cresce o denominado t**erceiro setor,** amplo conjunto de organizações e iniciativas privadas, não lucrativas, sem clara definição, criadas e mantidas com o apoio do voluntariado e que desenvolvem suas ações no campo social, no âmbito de um vastíssimo conjunto de questões, em espaços de desestruturação (não de eliminação) das políticas sociais, e de implementação de novas estratégias programáticas como, por exemplo, os programas de Transferência de Renda, em suas diferentes modalidades. (YAZBEK, 2009. p. 13).

As colocações anteriores dos coordenadores 4 e 5, também revelam a participação de grupos de apoio existentes no município de Piumhi (MG), voltados às demandas das famílias que vivenciam a problemática das drogas; grande parte da iniciativa da sociedade civil organizada, denominados como Amor Exigente, Pastoral da Sobriedade e NA são considerados serviços importantes nesse contexto.

Reporta-se que os profissionais que atuam na área social, os quais pode-se denominar de contemporâneos, passam a intervir em ações numa conjuntura, onde

> Emergem processos e dinâmicas que trazem para a profissão, novas temáticas, e os de sempre, sujeitos sociais e questões como: o desemprego, o trabalho precário, os sem terra, o trabalho infantil, a moradia nas ruas ou em condições de insalubridade, a violência doméstica, as discriminações por questões de gênero e etnia, as drogas, a expansão da AIDS, as crianças e adolescentes de rua, os doentes mentais, os indivíduos com deficiências, o envelhecimento sem recursos, e outras tantas questões e temáticas relacionadas à pobreza, à subalternidade e à exclusão com suas múltiplas faces. (YAZBEK, 2009, p. 13-14).

Com a desarticulação dos mecanismos político-reivindicatórios da classe trabalhadora, as expressões da questão social passaram a ser debatidas através da articulação entre repressão e assistência, como condição de precaução da “paz armada” fixada pelo domínio. Nesse momento, através da introdução das medidas assistenciais que se pronunciam as táticas das relações do Estado com as classes trabalhadoras. Mas em outra dimensão, o Estado “[...] reserva o poder de regular tais políticas, orientando-se também no sentido de favorecer a participação da iniciativa privada na área de prestação de serviços sociais, como campo de investimento do capital.” (IAMAMOTO, 2007, p. 83).

Nesta lógica, alguns desafios presentes no cotidiano profissional na perspectiva do trabalho com famílias precisam ser problematizados por meio de um olhar crítico para a realidade, considerando a capacidade de proposição e elaboração de políticas e programas sociais que atendam os contornos e as especificidades das famílias, tanto nas questões materiais e financeiras, quanto no que se refere aos conflitos cotidianos estabelecidos em suas relações sociais.

2.3 Famílias no contexto da dependência de drogas

Desta forma, pretendeu-se tecer reflexões acerca do trabalho social realizado com famílias, a partir da análise das políticas de atendimento às suas necessidades nas questões referentes à abordagem de álcool e outras drogas. Tal pesquisa realizou-se no intuito de levantar e analisar dados referentes à rede social voltada às famílias de usuários de álcool e outras drogas, a partir da interface com as políticas públicas intersetoriais, de natureza pública e privada, e a questão da drogadição no município de Piumhi (MG) e, consequentemente, contribuir para outros estudos no processo de implantação das mesmas.

Considerou-se que o conhecimento acerca dos processos familiares desenvolveu-se em diversas áreas, muito intensamente na saúde mental, no período em que passou a ser entendida como expressão de processos sociais patológicos e não somente como expressão de processos biológicos e internos do indivíduo, que também têm sido relevantes tanto para a compreensão dos processos familiares como para a intervenção profissional.

Baseou-se ainda no conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1993) que considera a dependência química um transtorno mental, tratando-se de alterações nos modos de pensar e de se comportar associados à angústia expressiva e deterioração do funcionamento psíquico.

Entretanto, a dependência de drogas no cotidiano ainda não é vista de forma consensual como um transtorno mental, como ilustra a opinião que se segue da assistente social 4:

> [...] às vezes a pessoa chega pra gente, aí na hora a gente pensa vou encaminhar pro CAPS [...] o CAPS é mais saúde mental, por exemplo, a esquizofrenia, outras doenças [...] aí às vezes a mãe fala: “Mas eu já fui lá no CAPS, falaram pra mim que este problema é outro e tal” [...] inclusive acho que vai ter o CAPS ad pra poder estar resolvendo isso [...]. (AS4).

Contudo, as atenções também se voltam para a influência da família no tratamento da pessoa que vivencia a problemática do uso/abuso/dependência de álcool e outras drogas como acontece no campo da saúde mental, quando é destacada a importância das famílias nos processos de atenção às pessoas com transtorno mental. Esta influência ocorre tanto no contexto de prevenção quanto no tratamento da dependência propriamente dita.

É fundamental a participação da família quando o dependente procura por tratamento. Geralmente, quem procura apoio é um familiar que busca alternativas para a abordagem desta problemática, mostrando-se comumente preocupado, assustado ou desorientado diante da situação. As famílias podem ser encaminhadas para grupos de apoio, no intuito de lidar melhor com a questão e obter orientação.

> [...] porque muita das vezes a família chega tão desesperada, porque não é o dependente que procura, a grande maioria é a família, que às vezes uma simples conversa você já consegue aliviar [...]. (C4).

Visando compreender a concepção que os sujeitos da pesquisa têm sobre as famílias dos dependentes de álcool e outras drogas, foi solicitado aos mesmos que manifestassem seus conceitos a respeito.

Desta forma, e reconhecendo a singularidade de cada sujeito entrevistado, foram abordados temas referentes à dependência de álcool e outras drogas e sobre os rebatimentos que esse envolvimento gera no âmbito familiar.

Foi expressivo o entendimento sobre a família ter um papel muito importante no processo da dependência de drogas, chegando a mencionar que seria neste contexto o lugar de origem de toda a problemática, depositando na família a responsabilidade por causar ou impedir que o problema avance, além de poder auxiliar no tratamento mais adequado da situação.

> Todas as famílias que eu vi ao longo desses 10 anos têm comprometimento em alguma comorbidade, em algum sentido, normalmente eu tenho visto laços [...] eu tenho pensado mais as dificuldades de laços e da manutenção das hierarquias, das organizações familiares, eu tenho pensado muito numa desestruturação familiar como objeto causal de um processo de dependência química, uma mãe que não atua como mãe, mas como amiga, aquele pai que não atua como pai, mas como amigo, é fator. Uma mãe que é carrasca ou ausente, um pai que é carrasco ou ausente é fator de geração [...] de propiciar um ambiente próprio para se realizar ou se instalar uma dependência química, então você tem normalmente dois pontos, ou a pressão ou a depressão do eixo familiar, isso é fundamental pra se instalar um processo de recuperação, de dependência química, quando a família está estruturada você não tem isso [...]. (C5, grifo nosso).

Ao fazer a análise de tal trecho, é possível deparar-se com o entendimento de que no seio familiar e nas relações que são estabelecidas pelos seus membros, como no caso exemplificado, a relação entre pais e filhos, se não houver o cumprimento da função social esperada - os pais serem pais e presentes - pode implicar no estabelecimento de um fator de risco no contexto da dependência de drogas. Contudo, tal compreensão pode ser considerada uma visão reducionista do fenômeno das drogas, pois deposita a responsabilidade do “fracasso ou do sucesso” sobre as pessoas e na forma como se relacionam em família, denotando mais uma vez a culpabilização das pessoas pela vivência dos seus problemas sociais.

Outros sujeitos acreditam que uma família que tem um dependente de drogas dentro de casa causa sérios “desajustes” no meio familiar, como se pode notar pela fala da assistente social 1:

> A família é a mais prejudicada, elas se tornam depressivas, angustiadas e acabam sendo vítimas também do próprio membro da família que é dependente químico. (AS1).

Neste sentido, alguns entrevistados mencionaram que as famílias de dependentes de drogas seriam desestruturadas, sugerindo uma culpabilização das mesmas pelo problema social vivenciado, o que remete à uma concepção moralizante e conservadora da discussão sobre famílias, conforme apontamentos teóricos em capítulos anteriores que precederam esta análise de dados.

> [...] são famílias desestruturadas e mal informadas. Penso que está faltando esclarecimento, políticas, mão de obra mais capacitada para atuar nesta área, que é bem complexa [...]. (AS5).
> [...] temos famílias muito desestruturadas inclusive porque provocou o acolhimento do filho [...]. (AS7, grifo nosso).

A assistente social 7 afirma que as famílias além de buscarem a solução, costumam assumir uma postura de desresponsabilização frente ao problema vivido, cogitando

> [...] que é o Serviço Social que vai responder, como se ela também não tivesse que estar implicada, isso é o que eu acho também muito difícil na questão das famílias, elas não chegam assim [...] eu quero ajuda e o que eu posso fazer? Tanto que quando a gente fala: vai ao Grupo do Amor Exigente que é onde vai ter as orientações, rever as condutas, o comportamento que podem contribuir. A gente não tem uma ida frequente das famílias que a gente manda chegando lá no Amor Exigente, por quê? Porque no fundo a família não se considera necessária na intervenção, ela quer que a intervenção seja sobre o dependente químico, então a expectativa da família é de que o Serviço Social vai dar a resposta sem precisar dela se

> implicar muito, se envolver e se comprometer. E ela sempre vem assim, pra tirar o problema dela. (AS7).

Entretanto, é importante ressaltar que o abuso de drogas não é um fenômeno de marginalização social, e sim algo que pode atingir indistintamente qualquer um, ou seja, os filhos criados com amor e com o melhor em bens materiais não estão imunes a tais problemas. Por isso, é essencial que a sociedade e as famílias estejam sempre atualizadas. Porém, mesmo que informadas, estas não se encontram preparadas para lidar com a situação, o que demanda a inclusão das famílias no tratamento, pois como afirma Campos (2004), mesmo que não desenvolva a dependência, precisará ser tratada, pois "adoece" junto.

Nesta linha, outros sujeitos da pesquisa trazem a concepção mais ampliada de famílias:

> Que não são necessariamente as (famílias) que são vulneráveis, que atinge todo nível social, independente de educação, de renda [...]. (C6).

> [...] a gente já viu muito a família, de vários tipos, desestruturada ou não, de posses ou não, onde a droga entra, ela destrói qualquer um, não importa o tipo de família que era antes, mas o que é depois é sempre uma família também dependente porque ela acaba sofrendo junto com o usuário e muita das vezes essa família não é observada, ela não é tratada, o que acaba contribuindo para que o dependente também não consiga se tratar [...]. (C4).

> [...] a droga ela pode acontecer em qualquer nível social, pode ser em família mais bem estruturada, família mais rica, famílias mais pobres, eu acho que nenhuma família está livre de ter esse problema com droga [...]. (C7).

Destaca-se com isso que não se trata de culpar a família, pois a problemática das drogas pode alcançar qualquer pessoa, independentemente de classe social, religião ou raça, ou seja, pode incidir em configurações familiares diversas, por ser um fenômeno com determinações multifatoriais, com implicações em diferentes conjunturas, sejam sociais, culturais, ideológicas, políticas, econômicas entre outras.

A coordenadora 7, ao apresentar sua concepção sobre famílias no contexto das drogas, acredita que há um ligação direta entre as relações familiares estabelecidas e a dependência de drogas.

> O que eu acho que talvez seja um próprio problema na estrutura familiar, não está diretamente vinculado com renda ou esse tipo de coisa, eu acho que a droga ela pode tanto acontecer numa família desestruturada, com situações de vulnerabilidade social, de falta de dinheiro, como ela pode acontecer numa família onde a pessoa, o usuário no caso teve tudo, mas não teve amor, então eu acho que é muito mais uma questão de relação entre os membros da família do que uma relação financeira em si. (C7).

Outra categoria importante no âmbito desta discussão referiu-se à codependência experimentada por muitas famílias, entendida como processo de adoecimento das famílias também no contexto da dependência de drogas.

Balone (2008) define como codependentes os familiares que, na tentativa de ajudar o parente, acabam esquecendo-se da sua própria vida.

> São esses familiares, normalmente cônjuge ou companheira (o), que vivem em função da pessoa problemática, fazendo desta tutela obsessiva a razão de suas vidas, sentindo-se úteis e com objetivos apenas quando estão diante do dependente e de seus problemas. São pessoas que têm baixa auto-estima, intenso sentimento de culpa e não conseguem se desvencilhar da pessoa dependente. (BALLONE, 2008, online).

Por ser o provimento de cuidado, considerado socialmente um “ato de amor” a família tende a concentrar mais energia nas atitudes e necessidades do outro do que nas próprias, o que leva à sua sobrecarga, sendo que todas as questões que circunscrevem o transtorno mental lhe exigem proteção, dedicação e persistência. (ROSA, 2010).

Os fragmentos a seguir, obtidos nas entrevistas com os sujeitos da pesquisa, também ilustram o entendimento sobre a codependência das famílias no cenário da dependência de drogas.

> São famílias, em sua maioria, com a convivência familiar fragilizada; identificando-se em grande parte a codependência. (AS3).

> São pessoas que tem pouco conhecimento sobre o que é droga e a maioria, principalmente famílias de usuários de drogas ilícitas, se tornam codependentes quando se tem um dependente na família. (C2).

> Todas as famílias são codependentes e apresentam resistência, se refugiando muitas vezes no papel de tratar o membro dependente [...] às vezes estão mais doentes do que os dependentes. (AS5).

> A família é tão dependente quanto aquele que ta usando mesmo, aquele que é um dependente. (C4).

Tem-se com isso o entendimento de que a família do dependente precisa de cuidados para oferecer o suporte adequado aos seus membros que vivenciam a

problemática das drogas:

> Entendo que a família do dependente precisa de apoio, para que possa oferecer o apoio para este [...] apoio psicológico, apoio social [...] etc. (AS2).

Tal concepção também é compartilhada por outros sujeitos da pesquisa:

> São famílias que precisam de ajuda tanto quanto o dependente, porque chegam numa situação que é de desespero, que é de impotência, que é de querer ficar livre do problema, esperando que o outro é que vai responder, então a minha concepção é que as famílias precisam tanto de intervenção quanto o dependente. (AS7).
>
> São famílias sofridas, fragilizadas, que merecem orientações, apoio e solidariedade. (C3).
>
> As famílias [...] sempre se tornam também um dependente, o que muitas vezes não é observado, porque se tratam muito do usuário e esquecem a família [...] o que a gente vê aqui em Piumhi especificamente é um tratamento, um acompanhamento mais voltado para os usuários e as famílias são na grande maioria totalmente esquecidas e ela também precisa de um tratamento porque senão você não consegue resolver o problema, porque a droga afeta o meio familiar todo [...]. (C4).

Por sua vez Rosa (2003, p. 29), fala que a família passa a ser vista negativamente, sendo "[...] culpabilizada pela emergência de um portador de transtorno mental ao mesmo tempo em que é transformada em paciente." Entende assim, que familiares e dependentes devem ser incluídos no tratamento, envolvendo ainda, profissionais e a sociedade. Com esta inclusão é objetivado o fortalecimento dos vínculos rompidos e substituídos pelo consumo de álcool e outras drogas e consequentemente, a superação da sobrecarga familiar que leva à desistência e não participação no tratamento.

A coordenadora 1 diz que existiu a tentativa de que as famílias atendidas pelo Programa Aliança pela Vida[5] participassem de alguns grupos na Instituição, mas que

[5] A assistente social 3, atualmente referência do Programa Aliança pela Vida em Piumhi (MG), diz que o mesmo é um programa do Governo de Minas em parceria com entidades da sociedade civil, para enfrentar um dos graves flagelos da vida contemporânea: "A luta contra as drogas". A ideia do programa é atuar diretamente na repressão do tráfico de drogas e no apoio ao dependente químico, além de capacitar profissionais de todo o Estado. O Governo lançou o cartão "Aliança pela Vida", que vai proporcionar à família de um dependente químico, o valor de R$ 900,00 mensais, destinado ao tratamento do vício. O Cartão Aliança pela Vida implica a concessão de auxílio financeiro em caráter temporário para despesas de tratamento de usuário de álcool, crack e outras drogas. Neste Programa, a responsabilidade do município se refere a gerir as vagas e inscrições dos interessados e instruir os pedidos de inscrição providenciando a documentação cabível, incluindo a avaliação psiquiátrica; a avaliação odontológica e a avaliação clínica do interessado; além de garantir um profissional de referência em Saúde Mental. A profissional destaca ainda que o programa atende homens e mulheres a partir de 18 anos e que se trata de internações voluntárias, não contemplando os casos de internações involuntárias ou compulsórias.

na ocasião não houve interesse e/ou disponibilidade das famílias, uma vez que “[...] das cinco famílias encaminhadas ao Programa, cinco não quiseram participar alegando que era horário de trabalho.”

Destaca-se que a família, muitas vezes, tende a ser responsabilizada pelas experiências conflitivas e angustiantes decorrentes da dependência química, o que pode apresentar-se como entrave à sua contribuição no tratamento. Talvez também por isso, as famílias tenham receio de participar dessas reuniões, temendo serem hostilizadas.

É preciso considerar, no que se refere aos cuidados de saúde, que até bem pouco tempo as famílias entregavam seus membros doentes para ficarem segregados nas instituições de internação, e assim, reproduziam uma posição social importante: definir que o “mal” estava fora delas e com essa garantia se mantinham “boas” (SONENREICK, 2001).

Atualmente, com uma gradual desospitalização das pessoas com transtornos mentais, a família passa a ser chamada a assumir uma maior responsabilidade no cuidado destas. Em consequência, surgem novas exigências e atribuições para a família e a sociedade, das quais não pode-se esquivar.

A família aparece como parte do processo de recuperação da crise. Diferentemente da internação psiquiátrica, quando há uma separação do ambiente familiar e comunitário, a literatura apresenta evidências de que, quando a família participa do programa de tratamento, os resultados nos aspectos de adesão ao mesmo e na redução de recaídas podem ser melhores, além de possibilitar a realização de um trabalho social mais completo com famílias (REZENDE, 1999).

No presente estudo acredita-se que, como fruto e herança cultural do imaginário que as pessoas têm sobre a hospitalização e a segregação das pessoas com transtorno mental, as famílias dos dependentes de drogas continuam por demandar de forma prevalente pela internação dos dependentes.

O coordenador 5 desabafa enfatizando que muitas vezes as famílias, ao procurarem a instituição, esperam encontrar a solução para seus problemas, chegando a delegar à instituição a sua resolução.

> [...] eu acho que elas mais querem inicialmente por trás de uma dificuldade é se livrar do problema, ponto. [...] não que o filho seja um problema, mas elas querem se livrar de um problema, que não dão conta de gerenciarem,

> administrarem [...] num segundo momento passado o prazo da intoxicação, a família já tenha conseguido pelo menos respirar um pouco lá fora, ter se organizado ai vem à expectativa de recuperação do adicto, a expectativa deles é que a gente faça tudo, absolutamente tudo e entregue a pessoa nova, zero quilômetro pra eles, essa é a expectativa […] Elas (famílias) chegam com a expectativa de que a entidade vai poder tratar a fundo o problema do interno/residente, esperando a solução milagrosa dos seus problemas. (C5).

O coordenador 7, assim como a assistente social 3 também corrobora com este entendimento ao dizer que:

> As famílias normalmente depositam expectativas de 'solução', e para tal a internação tem sido a 'solução' mais solicitada. (AS3).
>
> As famílias querem a solução do problema, elas querem que consiga resposta para que o filho, o marido saia do uso de álcool e drogas, que as famílias consideram é que a instituição seja resposta para o problema, a solução. (C7).

A assistente social 6 coloca que a busca pela internação por parte das famílias implica, inclusive, pela solicitação da internação compulsória, que configura-se a partir do momento em que a pessoa não aceita este procedimento.

> Elas querem que você faça uma internação mesmo que o usuário não queira [...] quer que a gente obrigue a pessoa a ir e fazer a internação ou quer que a gente vai e conversa pra ver se tem uma solução. (AS6).

A fala da coordenadora 4 denota que, embora saibam que a internação seja a principal demanda das famílias, esta intervenção geralmente não é a mais indicada:

> O que a chega pra gente, tanto pra todas as outras instituições é o pedido de internamento, que nem sempre esse é o melhor caminho, mas a família quando chega ela chega desesperada então ela acha que tem que internar e pior que isso, não tem dinheiro pra fazer esse internamento, então à gente tem casos de internação compulsória, de querer uma vaga social, 99% dos casos são esses, a gente já chegou a dividir entre os conselheiros e os membros de algumas entidades o pagamento de internação de tão desesperada que tava a família ou o próprio dependente e a gente não conseguia essa vaga, como a Instituição não tem recursos e a gente tem hora que você vê situações difíceis que ai a gente acaba mesmo se reunindo e fazendo isso, mas o principal é a internação, que infelizmente não se consegue, a demanda é muito grande. (C4, grifo nosso).

Por este fragmento é possível mencionar a existência de algumas dificuldades vivenciadas pelos sujeitos da pesquisa para efetivar e atender às necessidades das

famílias, como a grande demanda de casos por internações e a falta de vagas para tratamento; a necessidade da sociedade civil se organizar para dar respostas à situações que seriam esperadas por parte do Estado, é uma situação que foi exemplificada pelo relato anterior, quando os próprios conselheiros contribuíram financeiramente e de forma direta para arcar com a internação de um dependente de drogas.

Tais apontamentos podem ser compreendidos ao se considerar que a dimensão que atinge hoje o fenômeno do consumo de drogas traz para dentro das famílias o medo, a insegurança e a sensação de impotência diante da possibilidade de seus membros vivenciarem tal situação (CALDEIRA, 1999).

Sabe-se que para trabalhar a temática de drogas, tem-se que aprender a lidar com as representações que as pessoas têm em relação a esta. Ao percorrer a literatura que trata o assunto, é possível apontar que a representação da maioria das famílias e pessoas leigas sobre o assunto está relacionada a aspectos negativos, principalmente aos sentimentos de medo e impotência. O medo também é associado à violência; já a impotência, muitas vezes, associa-se à alegação da falta de competência técnica e de autoridade para lidar com a questão. Este fato acarreta o entendimento de inúmeras derrotas, como se as famílias não fossem capazes de lidar com esta problemática, o que as motivam a procurar pela competência da autoridade, seja na área da saúde, médica ou jurídica (SODELLI, 2010).

Foi perguntado aos assistentes sociais sobre quais seriam as expectativas das famílias atendidas em relação ao Serviço Social. Tais profissionais responderam, entre outros aspectos, que as famílias buscavam o acolhimento, a orientação e encaminhamentos dos casos, principalmente para as clínicas de tratamento e internação de dependentes químicos com vagas gratuitas, mesmo que os procedimentos sejam realizados de forma compulsória.

> Que o Serviço Social viabilize meios para que a pessoa se restabeleça na sociedade, como a marcação de atendimentos odontológicos, médico, procedimentos no INSS etc. [...]. (AS5).

> O Serviço Social tem trabalhado, muitas vezes, no primeiro atendimento/acolhimento destas famílias, as quais depositam grandes expectativas em relação ao tratamento do usuário, em busca de “solução” para a situação vivenciada, que é de grande desgaste para as famílias. (AS3).

Pelo último fragmento apresentado é possível notar que a assistente social 3 acredita que a vivência dessa problemática traz o desgaste também por parte das famílias; em parte, poderia justificar esta busca de resolução imediata de seus problemas, o que poderia significar certo alívio para este problema.

Os assistentes sociais informam ainda que, assim como acontece em relação à instituição, a expectativa das famílias quanto ao Serviço Social costuma estar relacionada à busca de soluções imediatas para resolução dos problemas incidindo na questão da internação, como ilustra a fala da profissional 6:

> [...] justamente isso, que a gente tenha a solução e vai lá e faça com que a pessoa tente mudar, pare de usar drogas, normalmente essa é a expectativa que eles têm. (AS6).

Por sua vez, a assistente social 5 alerta para a preocupação quanto ao atendimento das demandas das famílias, inclusive visando evitar que a intervenção venha a prejudicar o tratamento do dependente:

> [...] mas é preciso se preocupar com o tempo, tempo de viabilizar estes direitos para não prejudicar o processo de tratamento, pois se as demandas forem atendidas de imediato, pode acontecer de isso contribuir inclusive para a desistência do tratamento, pois alguns querem que tudo se resolva rápido e é necessário um processo para as coisas, inclusive para a mudança de comportamento do dependente. (AS5).

Em relação às ações que comumente o assistente social desenvolve no cotidiano de trabalho, referentes aos atendimentos às famílias de dependentes de álcool e outras drogas, foi possível elencar principalmente:

- Atendimentos individual e/ou grupal;
- Acompanhamento social[6];
- Visita domiciliar[7];
- Mediações[8];
- Orientações;

---

[6] Acompanhamento social refere-se ao processo de trabalho realizado pelos profissionais da assistência social, voltado para o usuário (indivíduos, famílias e grupos), incluindo outros procedimentos como atendimento, encaminhamento e atividades tais como: • visitas domiciliares e/ou institucionais, • contatos com órgãos encaminhadores, • organizações da rede socioassistencial e demais políticas públicas (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2006, p. 5).

[7] Visita domiciliar diz respeito à atenção individualizada à família e seus indivíduos, prestada pelo trabalhador social em uma unidade domiciliar. A visita domiciliar deve pautar-se nos princípios de respeito à privacidade da família, dialogicidade e protagonismo, tanto no que diz respeito à receptividade quanto à disponibilidade para responder as perguntas específicas (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2006, p. 43).

[8] Neste contexto, o termo mediação está sendo utilizado no sentido de facilitar e mediar a construção de uma participação efetiva dos cidadãos frente aos seus direitos.

- Suporte e apoio social;
- Encaminhamentos para a “rede”;
- Contatos telefônicos com outros serviços e municípios;
- Viabilização de internações[9].

Tais ações são pertinentes de acordo com as atribuições privativas e competências profissionais presentes na Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social, datada de 1993:

> Art. 4º Constituem competências do Assistente Social:
> I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
> II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
> III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
> IV - (Vetado);
> V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;
> VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;
> VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
> VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;
> IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
> X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;
> XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.
>
> Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente Social:
> I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
> II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
> III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;
> IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;

[9] Atendimentos referentes à internação em clínicas particulares, mediante determinação judicial (compulsória), diretamente pelo programa do Estado de Minas Gerais “Aliança pela Vida”, em comunidades terapêuticas credenciadas e pelo SUSfácil MG (que é um software de regulação regional desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Qualidade & Gestão Pública e voltado para o aprimoramento da atuação da Secretaria de Estado da Saúde, no que diz respeito às suas atividades de regulação. Para saber mais ver MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais: SUS fácil MG. (MINAS GERAIS, 2006a. 42p.)

> V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
> VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
> VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;
> VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;
> IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
> X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
> XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;
> XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
> XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional. (BRASIL, 2011, p. 44-47, grifo nosso).

No tratamento da dependência de álcool e outras drogas, o assistente social trabalha como intermediário da relação entre a família e a instituição, agindo, segundo Bisneto (2011, p. 137) “[...] como uma mola amortecedora nos choques entre os parentes e os dirigentes da entidade”, divulgando as normas institucionais e facilitando a interação entre família e o seu membro dependente de drogas. Dessa forma, o profissional estende o atendimento ao grupo familiar, ao emprego, à comunidade ampliando o âmbito de atuação, tomando como alvo de intervenção todas as pessoas envolvidas, conforme relata o coordenador 6.

> Orientações onde estas (as famílias) devem ir e acolhimento dos órgãos que atendem estas demandas sobre como é o tratamento, a responsabilidade da família e outras necessidades como documentação da internação etc. A família fica perdida [...] falta mais orientação e esclarecimento [...] precisa do trabalho em rede, os órgãos sentarem, explicarem, conhecer os serviços. [...] precisamos do trabalho em rede, senão vão ficar descobertos [...] um buraco. (C6).

Com isso, o assistente social pode e deve realizar ações a partir da identificação das demandas dos usuários/famílias, viabilizando a realização das intervenções pertinentes junto aos serviços das diferentes políticas públicas como a saúde, a assistência e a previdência social, a educação, o trabalho, etc.; além de outras, formais ou não, que existam a partir da iniciativa da sociedade civil. Destaca-se que tais intervenções devem estar norteadas pela perspectiva do trabalho em rede intersetorial, almejando alcançar maiores chances de êxito.

Na busca pela interface do Serviço Social nos espaços de atuação junto aos usuários e familiares que vivenciam a dependência de álcool e outras drogas, aponta-se que os assistentes sociais têm “[...] atuado no bojo do Movimento de Reforma Psiquiátrica, nos mais diversos programas de atendimento que visam possibilitar aos usuários melhores condições de vida ou de reintegração social, e ainda de reabilitação psicossocial ou ressocialização.” (BISNETO, 2011, p. 131).

No que refere-se à prevenção, além da definição de objetivos, a equipe interdisciplinar deve apropriar-se de dados da realidade, ou seja, atentar-se a possíveis mudanças e a novos fatores que possam interferir positiva ou negativamente na intervenção. Borges e Sudbrack (2001) ressaltam que além desta postura preventiva e educativa é imprescindível uma consciência e uma posição crítica diante de fatores de risco, como o desempenho escolar insatisfatório, baixa autoestima, ausência de normas e regras claras, baixo senso de responsabilidade, a miséria, o abandono afetivo, o consumismo, a desumanização, o individualismo, os sintomas depressivos, entre outros.

De acordo com Ronzani (2013, Capítulo 3, p. 90), “[...] os fatores de risco podem influenciar no uso de drogas de diversas maneiras. Quanto mais exposto aos fatores de risco, maior a probabilidade de consumo, sendo que alguns fatores podem ter mais peso do que outros em determinadas fases da vida.”

O mesmo autor, ao referenciar Santana (2009), apresenta alguns fatores de risco para o uso de drogas já conhecidos:

Quadro 4 – Fatores de risco para o consumo de drogas

FATORES PESSOAIS	FATORES INTERPESSOAIS	FATORES AMBIENTAIS
Pré-disposição genética	Falta de apoio familiar	Disponibilidade de drogas
Transtornos de personalidade	Pressão do grupo	Pobreza
Mau desempenho escolar	Violência doméstica	Falta de Políticas sobre Drogas
Comportamento agressivo		Normas e atitudes sociais favoráveis ao uso
Baixa autoestima		

Fonte: (SANTANA, 2009 apud ROZANI, 2013, p. 90).

Pelo quadro, destaca-se que a existência ou a falta do apoio familiar é considerada um dos fatores importantes no campo das drogas. Contudo, vale

ressaltar que os fatores supracitados são considerados de risco, mas não são determinantes no uso de álcool e outras drogas; é importante constar que é no meio social onde a pessoa encontra-se que ela “aprenderá (ou não)” a lidar com tais fatores, a partir dos recursos (ou não) que tal meio lhe disponibilizar, para que estabeleça (ou não) o seu próprio posicionamento, representado por suas atitudes. (RONZANI, 2013).

Observe o quadro 5, que possui alguns fatores de proteção ao uso de drogas:

Quadro 5 – Fatores de proteção para o consumo de drogas

FATORES PESSOAIS	FATORES INTERPESSOAIS	FATORES AMBIENTAIS
Capacidade de enfrentamento de situações adversas	Monitoramento familiar	Implementação de ações preventivas na escola
Competência acadêmica		Condições econômicas e sociais favoráveis
Religiosidade		Suporte e rede social adequados
Conhecimento sobre efeito e consequências do consumo		

Fonte: (SANTANA, 2009 apud ROZANI, 2013, p. 91).

Neste contexto, entre os fatores de risco e os de proteção, um grupo específico chama a atenção na atualidade: as famílias; consideradas um importante elo entre o indivíduo e sociedade, podendo ser um fundamental fator de proteção ao consumo de drogas.

Como explicado anteriormente, os fatores de risco referem-se a situações que podem aumentar as chances da pessoa, especialmente o jovem, de expor-se a comportamentos que envolvam perigos; os de proteção, por sua vez, são situações que podem diminuir as chances das pessoas se exporem a riscos, ou seja, que colaborem para que a pessoa em contato com as drogas consiga se proteger, podendo citar dentre eles: o desempenho escolar e o relacionamento familiar satisfatório, o estabelecimento de normas e de regras claras, o senso de responsabilidade existente e a presença da religiosidade (RONZANI, 2013).

Diversos estudos apontam que os fatores de risco e os de proteção são dinâmicos, como no caso da questão do relacionamento familiar, que pode funcionar tanto com um fator de risco quanto de proteção em relação ao uso de substâncias,

dependendo do contexto analisado. Desta forma, é necessário compreender não apenas quais são estes fatores, mas também como reduzir os fatores de risco e priorizar os de proteção neste contexto.

Aponta-se que dados curiosos foram acessados durante a revisão bibliográfica realizada para elaboração deste estudo, como de uma pesquisa internacional com trinta e seis (36) terapeutas em um centro comunitário de saúde mental, ao revelar que em 52% dos casos acompanhados os familiares não foram contatados, visto que o terapeuta disse acreditar que esse contato não beneficiaria o cliente. Contudo, a mesma pesquisa apontou que a recusa dos usuários para dar o seu consentimento para compartilhar informações com a família ocorreu em apenas 10% dos casos. (TRYSSENAAR; TREMBLAY, 2002).

Outro estudo qualitativo envolvendo 19 famílias residentes no norte de Ontário no Canadá revelou que estas eram insuficientemente envolvidas no planejamento do tratamento, cogitando ainda que as famílias se frustrariam com interações em subgrupos específicos de profissionais de saúde (TRYSSENAAR; TREMBLAY, 2002).

Apesar disso, entende-se que ao ter uma pessoa fazendo uso abusivo de drogas, a família depara-se com vários fatores que podem ser trabalhados tanto na dimensão individual quanto coletiva, a fim de fortalecer o vínculo familiar e, concomitantemente, diminuir os fatores de risco. O que também leva a inferir sobre a necessidade de ações que visem à promoção e ao fortalecimento das famílias, enquanto possível fator de proteção na prevenção e atenção no trato da dependência ao álcool e outras drogas.

O coordenador 5 fala ainda sobre a obrigatoriedade das famílias participarem de grupos de apoio quando o dependente de drogas está internado em clínica de recuperação como um pré-requisito para o tratamento em questão:

> É um pré-requisito do que seria o mínimo da orientação, da obrigação, só que nem sempre a pessoa vai pra poder fazer o processo, ela vai muitas vezes pra pegar certificado pra entrar na casa. (C5, grifo nosso).

Sugerindo que a família também precisa ser cuidada, para que ela possa se fortalecer e também mudar atitudes consideradas potencialmente fatores de risco nesse processo. Entretanto alerta para o fato de alguns familiares frequentarem o grupo de apoio apenas pela obrigatoriedade, só para ter acesso ao comprovante de

participação e para posteriormente apresentar na respectiva instituição que fez tal encaminhamento.

O mesmo coordenador discorre sobre seu entendimento sobre os possíveis fatores de risco existentes no contexto da dependência de drogas, acerca da responsabilização das famílias e da interface com o meio social.

> A família não favorece, ela é diretamente responsável pela manutenção do comportamento, seja família, seja grupo de amigos, seja nicho familiar, o meio onde a pessoa vive, o grupo onde a pessoa vive, então se for falar só família a gente classifica só a família, mas se a família não tem disponibilidade, quer tratar "José" (nome fictício), mas permanece morando no meio de uma boca de fumo, onde todos os amigos, todas as referencias dele predispõe a um não pensar, ao um simplesmente atuar, ou seja, usar a droga, ele não pensa, então o que você tem? Um ambiente favorável para uma perda do processo de recuperação, de manutenção da sobriedade. Então a família tem que estar disposta a enxergar que às vezes precisa vender a casa e comprar uma casa em outro lugar, não estou dizendo que isso é solução, trocar as pessoas de casa, isso é uma hipótese. (C5).

Inspirando-se em Rosa (2003), a família deve ser vista como ator social que constroi, configura e integra a realidade social por meio de sua expressividade em relação à saúde mental e à dependência ao álcool e outras drogas. Assim, ela estabelece diferentes ligações com o meio social, aqui pensadas enquanto contexto social, econômico e político, recebendo suas repercussões, que contribuíram para a construção da sua visão de homem e de mundo, para as relações sociais a serem estabelecidas e para seu posicionamento perante as diferentes expressões da questão social, no caso em estudo, a drogadição.

Entende-se que a questão da dependência ao álcool e outras drogas, além de ser uma questão de saúde pública, envolve não só o dependente, mas sua teia de relacionamentos, especialmente seu grupo familiar, acarretando implicações importantes nessas configurações, cuja abordagem deve estender-se a outras políticas sociais.

No modelo hegemônico proposto pelos trabalhadores da saúde mental na contemporaneidade, a abordagem ao dependente aponta a necessidade de ações colaborativas, enfatizando que o assunto "drogas" precisa ser considerado de forma coletiva, intersetorial e integrada, pelos diferentes sujeitos sociais envolvidos, assim como explana a assistente social 4:

> [...] teria que ter a rede mesmo, os setores: saúde, educação [...] todos os setores se unirem, discutir, pra ver o que o município pode fazer para melhorar ou criar alguma coisa neste sentido [...] porque às vezes fica

> aquela coisa meio isolada, isso é problema da saúde, isso é problema da assistência e às vezes não é, é problema de toda a sociedade, de todas as políticas [...] por exemplo, mesmo que seja uma pessoa que tenha um problema com a droga, mas ela não é só um problema [...] mas ela não é! [...] aquilo não é só um problema que a saúde tem que resolver, por trás daquilo ali tem vários problemas, ou seja: gera vários problemas, então eu acho que falta isso, as políticas se comunicarem mais e tentarem juntas achar a melhor solução para o município mesmo [...] isso falta, é uma necessidade. (AS4, grifo nosso).

Desta forma, ao partir-se do reconhecimento da complexidade do fenômeno da dependência de drogas, as intervenções nesta área precisam também pautar-se e reconhecer que as pessoas e suas famílias, as quais vivem neste contexto e experimentam inúmeras questões sociais, são heterogêneas e apresentam diversas necessidades que não têm como serem supridas por um único serviço e/ou por somente uma política social; pelo contrário, as ações neste campo requerem a construção de uma rede intersetorial, constituída por diferentes políticas, para somar esforços e/ou criar intervenções que sejam capazes de imprimir respostas consistentes e efetivas no enfrentamento deste fenômeno. Contudo, concorda-se com o que foi colocado por alguns sujeitos da pesquisa e pelo que está posto em diferentes literaturas, ao referirem que a articulação entre os diferentes serviços/setores/instituições se torna um importante desafio que ainda carece ser superado.

Queiroz (2001) trata dos fatores de risco dizendo que a prevenção deve iniciar desde o ventre materno, uma vez que os hábitos das mães interferem diretamente na formação do feto durante toda a gestação. Chama a atenção também para a fase de transição da infância à adolescência, quando a criança começa a se interessar pelas pessoas de seu convívio e a imitar suas atitudes, dizendo que este momento pode se configurar em fator de risco, dependendo das circunstâncias em que se apresentarem. É preciso atentar-se, pois este processo de transição a auxilia no desenvolvimento da sua consciência moral e na construção de valores. Portanto, o autor acredita que o uso de drogas pelos familiares provavelmente poderá influenciar no comportamento de seus membros quanto à experimentação e/ao seu consumo, inclusive pela facilidade de acesso às mesmas.

Alguns estudiosos, entre eles ainda Queiroz (2001), apontam que, além da propensão genética, outros fatores são relevantes nesta perspectiva, como os conflitos no âmbito familiar, insucesso escolar, rejeição dos pares nos primeiros anos de escola, influência do grupo de amigos e da mídia e dificuldades na criação dos

filhos, tanto na inconsistência de aspirações educacionais, quanto no controle exagerado. Baçu (1996) compara ao ditado popular “[...] quando se rega uma planta demais ela morre”, referindo-se ao amor em demasia que leva à rebeldia e à imaturidade. Deste modo, Menezes (1992) se expressa referindo que amar os filhos “[...] é essencialmente exigir que eles façam o melhor que podem para si próprios e para os outros.”

Em muitos casos,

> […] a família tende a acusar os supostos amigos do usuário de drogas pelo grau de dependência apresentado. Desse modo, os pais sentem isenção de culpa, remorso e escondem do terapeuta a fragilidade das relações familiares o que dificulta a abordagem. É comum encontrar dificuldade de relacionamento, afeto, falta de limites e estabelecimento dos papéis na estruturação familiar do dependente químico. Mas, através da terapia familiar, é possível trabalhar os conflitos familiares proporcionando um relacionamento mais seguro com base para a efetivação de mudanças. (COLLET, 2010, p. 13-14).

Nesse sentido, alguns autores ressaltam a influência da família sobre seus membros. Lane (1994) afirma que a história de cada um acha-se condensada no grupo pelo sistema de papéis que ele assume e desempenha, sendo, portanto, impossível compreender o indivíduo sem se remeter ao grupo ao qual ele pertence. Por sua vez, Menezes (1992, p.29) ressalta que “[...] o comportamento do filho afeta os pais, o comportamento dos pais afeta o filho. Assim, o comportamento agressivo e destrutivo do filho gera atitudes neuróticas e descontroladas nos pais.”

Outra resposta do grupo familiar pode ser o que Reis (1994, p.119) classifica como “[...] tendência à dissimulação: toda vez que algum acontecimento é percebido como passível de colocar em risco a noção idealizada da família, tudo é feito para que ele não seja percebido.” Essa retenção, na maioria das vezes, se dá em virtude dos rebatimentos gerados pelo preconceito da sociedade, que julga, hostiliza e exclui.

Se o dependente de drogas não é responsabilizado pelos problemas familiares e sociais que o uso de drogas provoca, “[...] o tom acusatório recai sobre a família e sobre os seus grupos de referência, que supostamente devem buscar a solução para o problema, em vez de transferi-lo para a sociedade.” (HYGINO; GARCIA, 2003, p. 38). O Estado contemporâneo por sua vez difunde esta lógica e utiliza a privatização e o individualismo para reduzir sua responsabilidade pelas problemáticas sociais.

Outros sujeitos da pesquisa entendem que tanto a família pode contribuir para o trato da drogadição, quanto pode tentar se eximir desse processo, como se nota nos seguintes fragmentos.

> [...] cada família age de uma forma nesta questão, algumas tentam ajudar, proteger para que possam sair do vício; outras já abandonam e acham que o problema não é da família. (C1).

> Famílias que de alguma forma estão vulneráveis, seja física, psicológica, financeira. A família quer responsabilizar alguém [...] quer que a gente convença a pessoa a se tratar, chegam a querer que a gente manipule ou minta para ele (dependente) [...]. (C6).

Mediante o que foi posto pelos últimos sujeitos da pesquisa, é preciso atentar-se mais uma vez para não incorrer em comportamentos discriminatórios e atitudes estigmatizadoras em relação às famílias dos dependentes de álcool e outras drogas; no intuito de definir o que seria certo ou errado, esperado ou não esperado das famílias, que costumeiramente passam a ser vistas ora como responsáveis pela situação vivida, ora omissas e negligentes, como se tivessem a intenção consciente de se “ausentarem” ao se deparem com a dependência de álcool e outras drogas por parte de um de seus membros.

O coordenador 5 manifesta sua preocupação quanto ao fato dos dependentes de drogas muitas vezes não se implicarem no tratamento. Defende ainda, que numa sociedade de direitos, quando outras esferas devem ser chamadas a suprir as necessidades das pessoas, como o Estado e a família, é preciso também a responsabilização e o comprometimento da pessoa que vivencia a dependência de drogas.

> [...] há também uma sensação pela entidade (instituição) de um excesso de direitos que tem se visto hoje, [...] fico muito preocupado com excesso de direitos, o que leva a pessoa a não ter obrigação de ter dever nenhum, se você não tem dever nenhum ou quase nenhum, porque o Estado, a família, ou alguém te socorre então você também não tem nenhum dever de se manter sóbrio, que resposta para o interno você vem procurando, que resposta para o adicto você ta buscando quando você oferece tudo, você favorece tudo, você dá todas as possibilidades de sair desse caminho, é alguma coisa mais social talvez mais antropológica para ser pensado […]. (C5).

Oportuno comentar que também existe a crença de que, por uma atribuição de ordem moral, a pessoa passa a ser responsabilizada, sugerindo que ela pode escolher envolver-se ou não no enfrentamento da dependência de drogas, partindo

do pré-conceito de que a mesma possua todos os recursos necessários para a tomada de tal atitude; mas ela fica em uma situação confortável e acaba acomodando-se quando encontra o apoio necessário em alguma instituição, delegando para outras pessoas, para a família e até para outras esferas a resolução de seus problemas.

Diante da diversidade de manifestações dos sujeitos da pesquisa e dos teóricos sobre as famílias no contexto das drogas deve-se considerar a existência de diferentes patamares de entendimento e interação das famílias com as drogas e o seu lugar na sociedade, trazendo para a análise suas relações sociais, culturais, econômicas, políticas, classe, religião, entre outras; elementos que precisam ser ponderados, pois se fazem indispensáveis para criar uma proposta não discriminatória sobre as famílias e seus comportamentos no contexto da dependência de drogas.

Neste âmbito, a família deve ser entendida como eixo primário das relações que possibilitam a efetividade do tratamento e acompanhamento do dependente de álcool e outras drogas, e não mais enquanto um “agente causador” da drogadição. Defende-se a necessidade de ações que visem promovê-la e/ou fortalecê-la, enquanto possível fator de proteção na prevenção e atenção no trato da dependência ao álcool e outras drogas.

Como este trabalho priorizou entender melhor a dimensão da drogadição no cenário familiar, é importante destacar alguns aspectos sobre as manifestações da drogadição. Neste ínterim, Neves e Soares (2009) comentaram sobre as manifestações no contexto da violência, o que acredita-se estar muito próximo das questões da drogadição quando se referem que

> [...] nas diferentes famílias, principalmente as que possuem renda insuficiente para prover suas necessidades básicas de sobrevivência, é [são] atravessada [s] por toda uma problemática macroestrutural que se reflete no universo micro, ou melhor no cotidiano de suas vidas , em suas relações estabelecidas entre os membros de cada configuração de família. Para um melhor entendimento mais apurado sobre tal questão, a categoria mediação contribui para melhor aproximação sem perder a dimensão das particularidades existentes em suas especificidades. Por exemplo, o que no primeiro momento aparece como algo pontual e singular (violência de um pai alcoolizado, desempregado contra seus filhos ou a violência doméstica contra a mulher, entre inúmeras outras situações existentes) e que aparecem como demandas nos diferentes espaços de trabalho do Assistente Social, merecem ser analisados dentro de uma perspectiva de totalidade, sem negar a história de vida das famílias ou usuários atendidos mas também considerando aspectos presentes na universalidade:

> desigualdade social, ausência de políticas sociais com cunho emancipatório, desemprego estrutural, as relações de poder existente, a cultura da violência entre outros determinantes. (NEVES; SOARES; 2009, p. 139-140).

Sobre este aspecto, a assistente social 4 disse que a temática das drogas não deve ser analisada de forma isolada, pois esta perpassa outras questões, explicando que mesmo em serviços que não realizam trabalhos sociais específicos com a demanda das famílias de dependentes de drogas, é possível identificar que a questão das drogas está implícita e corroborando para o aparecimento de outras expressões da questão social.

> Embora aqui o público alvo não são as pessoas, os usuários de drogas, mas às vezes a gente atende famílias, que naquela família tem uma pessoa que usa drogas, mas às vezes ela chega aqui com uma demanda específica [...] mas a gente atende a família e a gente não vê só uma questão [...] no momento que a gente começa a atender a família, a gente vê várias outras questões. Neste momento ela fala daquela situação que ela vive ou que alguém da família vive [...] aí você vê que são famílias muito carentes e necessitadas de atendimento mesmo, que às vezes chega aqui desesperadas [...]. Mesmo porque, por exemplo, um caso de violência doméstica, muitas das vezes, está associado ao uso da droga! Então às vezes o que está fazendo que aconteça aquela agressão é a pessoa estar no uso da droga [...] assim uma coisa está ligada com a outra! [...] mas aí como não atendemos, não temos um trabalho específico pra essas pessoas, a gente orienta, encaminha geralmente é para o CAPS, que é o que a gente tem aqui no município. (AS4).

Evidência que também é confirmada pela Assistente Social 7:

> [...] são encontros mensais (com famílias) que acontecem [...] e acaba que tem a questão da dependência química muito presente porque uma das maiores causas do abrigamento de criança e adolescente é a questão de álcool e droga e o adolescente ator de ato infracional também tem na sua maioria a ida para o envolvimento do ato infracional vinculado ao uso de álcool e droga [...]. (AS7).

Diante dos relatos dos entrevistados, a questão da dependência de álcool e outras drogas fez-se recorrente, sendo considerada um dos maiores problemas no acompanhamento de famílias em casos de adolescentes autores de ato infracional. A maioria das famílias que vivencia a problemática da dependência de drogas e que é acompanhada em processos judiciais, tem ordem judicial que determinou o seu acompanhamento pelo CREAS, o que contribui para ilustrar a judicialização das questões relacionadas ao social, à saúde e especificamente ao caso que aqui se debruça.

Os trechos a seguir ilustram questões sobre as dificuldades encontradas no trabalho social com famílias no contexto da dependência de drogas, para atender o que as famílias dos dependentes de álcool e outras drogas esperavam do Serviço Social e da Instituição.

Alguns sujeitos referiram-se à dificuldades sobre a não implicação das famílias no tratamento:

> A respeito das internações, fazer com que as famílias entendam que este procedimento não é realizado pelo CRAS e que nem sempre esta é a melhor solução. (C1).
>
> A maior dificuldade tem sido esclarecer estas famílias que o tratamento da dependência química é algo continuado e que a internação é algo transitório, que atenderá a uma necessidade momentânea de desintoxicação. (AS3).
>
> A dificuldade é convencer a família que o tratamento é em longo prazo, que o dependente precisa estar disposto e pronto para o tratamento, o que não é contemplado pela internação, que muitas vezes é compulsória. (C2).
>
> Maior dificuldade é quando o dependente não aceita a ajuda, não quer abandonar o vício. (AS1).
>
> [...] a família não se implica enquanto parte que precisa de intervenção, então essa eu acredito que seja a maior a dificuldade que a gente tem, porque elas não estão disponíveis para o atendimento, elas querem que você tire o dependente da casa e a gente tem dificuldade no que elas precisam também fazer, freqüência nos grupos de ajuda, do próprio acompanhamento psicológico, essa presença dela no tratamento, na recuperação, eu acho que existe uma resistência dessas famílias em se implicarem também nesse trabalho, acho que essa é a maior dificuldade, a resistência em integrar ao tratamento. (AS7).

As falas destes sujeitos permitem considerar que existe a dificuldade relacionada à sensibilização das famílias quanto a internação não ser o único e melhor procedimento e/ou quando o dependente de drogas não aceita a intervenção. Contudo é importante destacar que embora defendam que a internação deva ser algo transitório, em alguns casos ela é necessária, também sendo importante para a realização do processo de desintoxicação.

Outros entrevistados apontaram dificuldades no tocante à carência de condições objetivas, técnicas e/ou financeiras de realizar alguns procedimentos necessários para a devida atenção aos casos de dependência de álcool e outras drogas.

> Falta de leitos especializados para longa permanência em nossa instituição. (C3).
>
> Teria que haver mais Clínicas de Recuperação gratuitas, com maior índice de vaga social para atender de forma mais imediata as demandas das famílias. (AS2).
>
> Dificuldades nessa área a gente tem inúmeras [...] a financeira é a pior delas, porque não tem como você trabalhar nada sem recursos, então tudo que chega pra gente você precisa ter dinheiro [...] como a gente não tem recurso nenhum, chegou qualquer demanda lá que precisa de investimento financeiro a gente não tem como contribuir de imediato, o que a gente faz é buscas parcerias, isso dificulta muito o atendimento pra essas famílias [...] às vezes o serviço que a gente podia ter ali [...] a gente não tem como pagar [...] às vezes você precisa de um carro pra fazer visita, pra fazer acompanhamento dessas casas de apoio, clinicas de recuperação, das próprias instituições que trabalham nessa área, é competência da Instituição estar fiscalizando, ver como está funcionando e a gente tem dificuldade, então a questão financeira esbarra em qualquer coisa. (C4).
>
> O próprio dependente querer o tratamento e a família responsabilizar a instituição pelo usuário não querer o tratamento. Também falta interesse de alguns profissionais, ficando mais fácil mandar para outro serviço do que procurar a informação. (C7).
>
> [...] a dificuldade que eu vejo é de às vezes pelo município não ter todos os serviços que poderia atender melhor aquela família, acaba que a gente não consegue resolver ou tentar resolver aquele problema da melhor forma pro usuário e às vezes ele sai frustado [...] que ele esperaria que a gente fosse resolver ou pelo menos ter, apresentar uma saída e às vezes nem sempre isso é possível [...]. (AS4).
>
> Falta especialização, uma formação específica para atender as necessidades destas famílias; as condições de trabalho não ajudam, falta um psicólogo para atender este público. (AS6).

Também foi possível encontrar sujeitos que dizem não encontrar dificuldades.

> Eu não vejo dificuldade pra atender, porque ai eu teria que me pautar pela idealização do familiar e aquilo que ele gostaria de fazer, hoje eu não vejo nenhuma dificuldade pra atender a demanda básica que é o processo de recuperação, eu realmente não vejo, é difícil quando teria uma hipótese de um familiar que ta querendo algo a mais que a recuperação de dependência química, mas aí é um caso que você vai ter que fazer uma orientação pro familiar e corrigi-lo, não esta dentro do nosso esforço de trabalho, não vejo dentro do esforço de trabalho nada de muito complexo, que seja difícil não [...]. (C5).
>
> Sempre tem o diálogo positivo com as famílias [...] quando necessário trazemos a família para uma reflexão conjunta e ela é capaz de compreender aquilo que fuja do alcance do Serviço Social, da Instituição. (AS5).

À luz de toda essa discussão, revela-se a intenção de reconhecer as famílias como um *lócus* privilegiado para o desenvolvimento de ações redutoras de vulnerabilidade ao uso nocivo de drogas, fazendo-se necessário ponderar que ao

lidar com o ambiente familiar, trabalhar-se-á com um grande colaborador, e não com o principal responsável pelo manejo adequado da dependência ao álcool e outras drogas.

Conforme bem colocado por Costa; Jacobina e Sudbrack (online), trabalha-se com a perspectiva de desconstruir a ideia de que o problema ou a culpa é da família, da pessoa, de alguma instituição ou grupo social, para uma compreensão na qual se reconhece a participação de cada segmento e também o potencial de ação de cada um no enfrentamento das dificuldades que se apresentam no cotidiano e na sociedade como um todo.

Ressalta-se também a importância dos familiares participarem de ações dentro de uma rede intersetorial, como os grupos de apoio, uma vez que estes espaços proporcionam trocas de experiências com outros familiares que vivenciam situações semelhantes. Quando familiares em situações de crise encontram outros familiares que conseguem ter posturas diferentes e que já possuem retornos positivos, há um aumento da motivação para a mudança e da confiança no processo de tratamento. As pessoas também podem ficar “amigas”, fortalecer, cobrar mais coisas, etc. Assim, faz-se necessário traçar ações que se voltem para o apoio das famílias que apresentam tais vivências, contemplando desde orientações, grupos de apoio, até intervenções que foquem o tratamento e a reinserção social.

Apesar do trabalho social com famílias possibilitar o desenvolvimento de ações educativas, o profissional precisa trabalhar em uma perspectiva de contribuição para o exercício da cidadania, enxergando o usuário, assim como o todo de sua família, como um sujeito social. Para compreender esta perspectiva, considera-se importante que se estabeleça a sua relação com as questões macroestruturais e conjunturais que conduzem as políticas locais e sociais de forma geral. Isso porque é preciso entender a realidade como resultado de multifatores que interferem direta ou indiretamente no cotidiano familiar.

Tal processo pressupõe que o profissional relativize seu conhecimento na busca da melhor compreensão do indivíduo, da coletividade e da realidade na qual se insere, pois é da mútua apropriação de tais conhecimentos que torna-se possível uma intervenção consciente.

Conforme revisão bibliográfica, inclusive de estudos internacionais, discute-se atualmente o cuidado centrado na família, problematizando as seguintes questões:

quais são as melhores práticas para o trabalho com famílias? Quais são as melhores práticas para envolver as famílias no cuidado com seus membros? Quais são as melhores práticas para capacitar os profissionais da rede de serviços para oferecer o apoio às famílias de dependentes de álcool e outras drogas? Quais são as melhores práticas para promover que as famílias colaborem umas com as outras? (TRYSSENAAR; TREMBLAY, 2002).

Tryssenaar e Trembray (2002) incluem algumas estratégias que podem ser utilizadas pelas agências de saúde e profissionais para incluir as famílias em atendimentos a algum de seus membros de forma colaborativa como:

> […] ouvir as preocupações das famílias, as necessidades e dúvidas, e entender as questões específicas que enfrentam os membros da família em função de sua relação com o cuidado do usuário (por exemplo, pai, cônjuge); solicitar as suas contribuições e comentários, especialmente porque eles têm íntimo conhecimento do usuário e podem lançar luz sobre seus pontos fortes, interesses e competências, bem como a taxa e a gravidade da descompensação e uso de substâncias; reconhecer os fatores de proteção e de risco, competências e contribuições de membros da família; explorar as expectativas das famílias; avaliar a capacidade da família para apoiar o usuário; facilitar a resolução de conflitos familiares, respondendo cuidadosamente ao sofrimento emocional; reconhecer e lidar com sentimentos de perda; trabalhar com as famílias para desenvolver um plano diante de situações de crise; ajudar a melhorar a comunicação entre os membros da família; proporcionar educação e formação para a intervenção da família; encorajar os membros da família para expandir suas redes de apoio; ser flexível no atendimento das necessidades da família; fornecer recursos para facilitar sua participação; proporcionar a família fácil acesso a um outro profissional em caso de necessidade; desenvolvimento de estratégias para resolver problemas relacionados com a confidencialidade etc. (TRYSSENAAR; TREMBLAY, 2002, p. 260).

Pensa-se que a importância destas estratégias apresentadas por Tryssenaar e Trembray (2002) no cotidiano do trabalho com famílias e no contexto da dependência de drogas esteja na busca de uma prática profissional respeitosa com as mesmas, com lugar para a escuta e o diálogo, sem julgamentos e pré-conceitos em relação às famílias; e sim, considerando-as enquanto sujeitos sociais, detentores de recursos, de potencialidades e também de “fraquezas”, sendo necessário avaliar suas condições objetivas e subjetivas de oferecerem apoio aos membros dependentes, assim como identificar em quais situações também precisam ser cuidadas e fortalecidas neste processo.

Esclarece-se que os princípios fundamentais de cuidado centrado na família

com base em uma ideologia "*empowerment*"[10] incluem: trate os usuários e suas famílias com dignidade e respeito; comunique abertamente com os usuários e as famílias; construa os pontos fortes dos usuários e as famílias, promovendo a parceria entre eles; colabore com os usuários e famílias na tomada de decisões, na política e programação, inclusive envolvendo as famílias na concepção, acompanhamento e avaliação de serviços; considere os usuários e familiares como pertencentes a uma família e à uma comunidade, utilizando os recursos existentes; entenda as famílias como uma fonte fundamental de informações sobre seus parentes e suas próprias necessidades; considere as necessidades e as escolhas das famílias, assegurando serviços adequados para a cultura e diversidade de cada família; reconheça que conceituações de doença e uso de substâncias podem variar entre as famílias (SHERA et al, 2002).

Diante do colocado, a busca pelo empoderamento das famílias almeja o fortalecimento das mesmas para que possam contribuir positivamente para o enfrentamento dos problemas relacionados com o uso de substâncias psicoativas. Contudo, por um lado é preciso ter cuidado para não depositar nas famílias "todas" as responsabilidades pelo cuidado dos dependentes de drogas e por outro, colaborar mesmo que não intencionalmente com a minimização das iniciativas públicas de atenção às drogas.

Ainda a ideologia "*empowerment*" recomenda: promover a participação das famílias em comitês/conselhos consultivos para projetar, monitorar e avaliar as práticas, programas e políticas organizacionais prestados pelos diferentes serviços intersetoriais; prestar apoio social às famílias no enfrentamento da questão da dependência de álcool e outras drogas mediante a criação de programas psicoeducacionais, oferecendo apoio tanto informativo e emocional; incorporar a valorização das famílias em planejamento estratégico; criar um conselho de famílias; promover participação das famílias na concepção, acompanhamento e avaliação dos serviços através de participação em comitês de programas de aconselhamento (SHERA et al., 2002).

[10] Segundo Chiavenato (1999), o *empowerment* é um conceito do qual muito se fala mas pouco se pratica. Seu objetivo é simples: transmitir responsabilidade e recursos para todas as pessoas a fim de obter a sua energia criativa e intelectual, de modo que possam mostrar a verdadeira liderança dentro de suas próprias esferas individuais de competência, e também, ao mesmo tempo, ajuda-las a enfrentar os desafios globais de toda a empresa. O empowerment busca a energia, o esforço e a dedicação de todos e tirar do gerente o antigo monopólio do poder, das informações e do desenvolvimento.

Embora não se tenha notícias de muitos estudos com esta vertente na realidade brasileira, é preciso questionar se esta metodologia é aplicável neste contexto. Os familiares de fato querem e têm condições objetivas e subjetivas de estarem presentes neste processo?

Nesta análise, independentemente das respostas cogitadas para tais questionamentos, acredita-se ser fundamental o aproveitamento dos recursos da rede de apoio disponíveis que lidam com as demandas de álcool e outras drogas, sejam eles formais ou informais, adequando-os às reais necessidades referentes à dependência de álcool e outras drogas. Assim, elegem as famílias em seu contexto sociocultural como importante sujeito de ação, mas não único, ponderando que ao lidar com o ambiente familiar trabalha-se com um grande colaborador e não com o principal responsável pelo manejo adequado da dependência, uma vez que apenas o envolvimento das famílias não será a solução para todas as situações produzidas no seio deste complexo fenômeno social.

Dito isto e parafraseando Mioto (2000), resguarda-se para não incorrer no erro da responsabilização das famílias que, por vezes, está em posição ou é colocada em posição tão vulnerável que não têm meios objetivos e quiçá subjetivos para contribuir neste processo.

Em suma, para que o trabalho social com famílias seja bem sucedido é essencial que o profissional inserido nos mais diversos espaços sócio ocupacionais se desprenda de preconceitos e tenha visão crítica da realidade a ser observada e interferida, respeitando as diversidades cultural, social e econômica que determinam o cotidiano familiar. O mesmo profissional deve partir do prisma de que a questão das drogas é muito complexa para dizer que só a família tem a ver com a drogadição. De fato, tal questão pode ter a ver com ela, mas não se pode compartilhar da ideia que ela seja a culpada; porque também dizer que a família não tem nada a ver, significa negar a importância deste grupo na vida do(a) usuário(a).

CAPÍTULO 3 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL

> O tema álcool e outras drogas faz parte da história da humanidade e sempre despertou no homem sentimentos e algum tipo de envolvimento. Desde seu uso em rituais espirituais, até o uso recreativo, passando pelo uso terapêutico, as drogas sempre mereceram especial atenção na humanidade.
>
> ***Telmo Mota Ronzani.***

3.1 As drogas na história

Certamente é longínquo o consumo de drogas pelo homem. Desde a antiguidade, há registros de seu uso para diversas finalidades, como no caso das drogas originárias de plantas que, além de serem utilizadas como medicações para as mais variadas doenças, eram oferecidas aos deuses em cultos religiosos e em rituais indígenas na busca por efeitos nauseantes e visões místicas.

Como dito inicialmente, é preciso considerar que, historicamente, a humanidade sempre procurou por substâncias que produzissem algum tipo de alteração em seu humor, percepções e sensações. Pode-se dizer que o homem, através da urgência em curar as feridas do corpo e da alma e de sua necessidade de transcender o imediato, sempre acessou substâncias que alterassem sua consciência.

> Ao examinarmos a história da humanidade constatamos que o homem sempre procurou estados alterados de consciência. São conhecidos registros de uso de drogas nas mais diversas culturas desde a antiguidade. A necessidade de transcender a experiência imediata parece inerente ao ser, assim como a curiosidade humana que levou ao conhecimento e ao desenvolvimento do homem, da cultura e dos meios de sobrevivência. (SILVEIRA, 2008, p. 7).

Tal consideração permite supor que possivelmente não existirá uma sociedade sem drogas. As drogas sempre fizeram parte da experiência humana e possivelmente sempre farão. Cabe à sociedade produzir respostas para enfrentar os problemas das pessoas que abusam de drogas. Porém, contraditoriamente, há tempos a humanidade vem tentando eliminar essas substâncias do planeta na lógica do proibicionismo, do combate às drogas e da repressão daqueles que às acessam.

Ao examinar a condição humana, busca-se entender por que o uso de drogas se fez presente desde as civilizações mais antigas; até onde se sabe, o homem

Neandertal, há 60 mil anos, já tinha conhecimento de pelo menos oito plantas de comprovado valor medicinal (TOSCANO JÚNIOR, 2001). Outros documentos antigos “[...] descrevem a produção de cerveja por meio da fermentação do pão, que continua até os dias de hoje.” (SODELLI, 2010, p. 62).

Ao retroceder na História, é importante mencionar ainda que há registros do uso de entorpecentes há pelo menos 8.000 anos, como no caso da papoula e da domesticação cultural do ópio, como bem elucidado por Lopes (2010, p. 199):

> Os primeiros registros de homens utilizando entorpecentes datam há mais de 8.000 anos, onde já havia o conhecimento da utilização da papoula. Há cinco mil anos o ópio é um produto de longa domesticação cultural, iniciada provavelmente na Suméria e na Ásia Menor. Egípcios, Árabes, Romanos e Gregos faziam o uso medicinal da planta para tratamentos como picada de escorpião, epilepsia e elefantíase. Na Antiguidade clássica a papoula era utilizada ao mesmo tempo como remédio e veneno, exemplificando assim a tese de que a dose é que faz o veneno.

Já Pinho (2009, p. 15) aponta que é possível encontrar referências sobre “[...] o uso de substâncias psicoativas desde 10.000 a. C. pelos gregos e chineses que utilizavam a maconha com fins medicinais.”

Outro aspecto importante está relacionado ao uso de plantas por parte dos homens durante sua história, sendo o acesso facilitado devido ao seu processo natural de criação, como por exemplo, a utilização da maconha, uma planta considerada a “[...] mais útil e diversificada pelos seus múltiplos usos. Além de seu significado psicoativo, possui ainda importância nutricional, medicinal e industrial.” (CARNEIRO, 2005, p. 71).

Alguns estudos se referem a outros aspectos históricos e antropológicos sobre o uso das drogas como os de Bucher (1996) citados por Eidam (2002, p. 20-21),

> Habitantes da América pré-colombiana já faziam uso de cactos como peiote em cerimônias religiosas. Nos santuários de Delfos na Grécia, a sacerdotista fazia suas profecias sob o efeito de um tipo de cacto;
> Colombo conheceu o tabaco quando chegou a ilha de San Salvador. Os índios fumavam há séculos. Os maias costumavam representar sacerdotes com cigarros à boca;
> O ópio foi largamente utilizado na antiga civilização mediterrânea. Estatuetas com mais de três mil anos, encontradas em Creta, representavam deusas sacerdotisas com papoulas (a flor de ópio) desenhadas na testa [...].

Na civilização greco-romana, a maconha ou o Cânhamo, cujo nome científico é *Cannabis Sativa* (nome dado pelo botânico Carl Lineu em 1735), consumida pela

humanidade há cerca de dez mil anos, era importada do Egito como um produto caro, para ser usada em festas de ricos como uma refinada substância recreativa, com semelhança ao uso atual de bebidas alcoólicas mais elitizadas, como o vinho ou uísque (SODELLI, 2010). Os gregos e chineses a utilizaram no preparo de ração animal, óleos, fibras e medicamentos; os indianos, em rituais sagrados, meditações e contextos religiosos. Já a medicina passou a utilizar-se da maconha no tratamento de doenças físicas e psicológicas.

Por sua vez, Carneiro (2005, p. 71) também menciona o quanto a maconha foi importante para os povos antigos com relação aos seus atributos medicinais, inclusive, sendo considerada sagrada.

> A legendária farmacopéia chinesa Shem Nung, o Pen Ts' ao Ching, cuja origem atribuída é de 2737 a. C., já incluía o cânhamo como remédio. O Atharva – Veda indiano do segundo milênio anterior a Cristo lista-o como uma das cinco plantas sagradas da Índia. O historiador grego Heródoto, em 450 a. C. menciona seu uso psicoativo em saunas citas (povo da Ásia Menor).

Entretanto, ao longo da história, após anos de uso, a maconha veio a ser proibida, como aconteceu nos Estados Unidos da América (EUA), onde iniciou-se um movimento de alerta para os efeitos do uso desta substância que no final da década de 1930 teve sua comercialização proibida.

Neste sentido, no ano de 1937, aponta-se a *Marijuana Tax Law*, campanha oficial iniciada por Harry Aslinger, tendo o *Federal Bureau of Investigations* (FBI) ao seu lado, que visava excluir a planta da maconha do planeta, fumada por mexicanos que atravessavam a fronteira em busca de trabalho. Antes da proibição, essa substância era extremamente difundida em todo o mundo como insumo para a indústria, como na produção de papel (SODELLI, 2010).

Com isso foram perdidos benefícios médicos do cânhamo ou o que sua matéria prima poderia produzir, "[...] como, por exemplo, os estudos que a Ford desenvolvia na época a partir do óleo da semente da maconha para descoberta de combustíveis e plásticos." (LOPES, 2010, p. 202).

Outra substância capaz de alterar a percepção e o comportamento do homem é o ópio, um líquido resinoso obtido a partir de um corte na planta *Papaver somniferum*, popularmente conhecida como papoula do Oriente, a qual depois de seca torna-se uma pasta que fervida transforma-se em ópio. Utilizado como

analgésico e sedativo, seu consumo data também de milhares de anos, podendo-se obter a partir dele a morfina, a codeína e a heroína.

Segundo as Organizações das Nações Unidas (ONU), apesar de avanços no combate ao cultivo da papoula, nos últimos anos presenciou-se um aumento significativo na produção da planta, a matéria prima do ópio.

Como explica Escohotado (1997), mesmo com o uso expressivo do ópio, nas culturas egípcia, mesopotâmica, grega e romana, não identificam-se textos que fazem referências a problemas de adição no uso dessa substância.

> Ainda que a adição a outras drogas fosse um fenômeno social ou individual completamente desconhecido antes das leis proibicionistas, sequer possuindo um nome em qualquer língua, o alcoolista aparece mencionado já em textos orientais muito antigos. (ESCOHOTADO, 1997, p. 123).

Nesta perspectiva, registros apontam que uma das primeiras civilizações a se preocuparem com os efeitos e perigos dos excessos, como das bebidas, alimentos e sexo, foi a greco-romana. A falta de moderação com o vinho, por exemplo, era tida como questão ética (TOSCANO JÚNIOR, 2001).

Percorrendo a história das drogas aponta-se ainda que após as navegações de Colombo pelas Américas, em 1492, o espanhol Luis de Torres foi condenado na Europa, no ano de 1493, por acender folhas de tabaco. Já no ano de 1530, o tabaco vira moeda de troca na obtenção de escravos. Em 1556 adentra as fronteiras francesas; em 1559 chega na Espanha; no ano de 1564 na Inglaterra; em 1590 no Japão e em 1595 difunde-se em Marrocos, Pérsia, Egito e Filipinas. Em 1610 é citado por Sir Francis Bacon como um hábito difícil de largar (NOGUEIRA, 2010).

Assim, destaca-se que drogas, algumas hoje regulamentadas (como o álcool e o tabaco), já foram alvo de sanções no passado; entretanto, devido a alguns aspectos, dentre eles os valores econômicos, passaram a ser aceitas socialmente; exemplo disso é o tabaco que “[...] apesar de sofrer perseguições iniciais, logo teve seu uso difundido pela Europa, África e Ásia e passou a ser importante produto de exportação das colônias americanas.” (MACRAE, 2001, p. 9).

Nessa mesma direção, o álcool tem marca importante quando se trata da história da humanidade no trato da questão das drogas, presente nas festas gregas e religiosas; os registros do consumo de álcool datam milhares de anos antes de Cristo. Carneiro (2005) frisa que o mesmo pode ser obtido tanto através de um

processo natural de fermentação - quando os açúcares existentes em várias plantas, ao passar por um processo de transformação produzem álcool a partir da fermentação de vegetais - quanto pela técnica de destilação, cuja origem não é clara.

> As origens dos destilados é incerta. Sabe-se que a expansão muçulmana difundiu a técnica da destilação, mas os persas já praticavam a destilação de perfumes e o uso da cânfora destilada de uma madeira era conhecido na China, onde talvez também tenha-se inventado a aguardente de beber. Na Rússia, a extração de piche vegetal de madeira de coníferas, como alcatrão para vedar navios, tornou familiar o sistema de condensação de vapores que evoluiu para a destilação alcoólica. (CARNEIRO, 2005, p. 43).

Desenvolvendo esta reflexão, o mesmo autor cita a Revista Superinteressante, que na edição 25 do ano de 2008, aponta que há 40 milhões de anos a. C., macacos embriagavam-se com a fermentação natural de frutas maduras. Já em 3.400 a. C. foi fundada a primeira cervejaria do mundo pelos egípcios. Os gregos bebiam vinho há 700 a. C. Já os Vikings, com sua cerveja escura, espalhavam medo na Europa no ano 850. Após um salto histórico, registra que os brasileiros, no século XVIII, começaram a exportar a cachaça.

Posteriormente, com os avanços no processo de destilação, surgiram novas bebidas alcoólicas, que foram consideradas remédios para várias doenças. Notoriamente, a Revolução Industrial marcou a expansão do consumo do álcool e, consequentemente, o aumento no número de consumidores (OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS, 2007).

O álcool, que na atualidade é socialmente aceito, tem sido oferecido e encontrado facilmente, seja em festas e reuniões de famílias, ou em bares. Entretanto, em alguns períodos históricos, em determinadas localidades, seu uso e comercialização foi vetado, como aconteceu no período de 1920 a 1933, nos EUA. Os cidadãos americanos, apesar de estarem sob forte influência de religiosos protestantes, conhecem um importante personagem no mundo do contrabando em Chicago: o *gangster* mais notório da história, Al Capone.

A atuação do *gangster* levou a população à acessar e consumir produtos adulterados, levando muitos usuários a desenvolver complicações sérias de saúde. Também em decorrência desta proibição por parte do Estado, conhecida como *Dry Law* (Lei Seca), teve-se a fabricação e venda ilegal do álcool, além do aumento da violência; na ocasião, a venda do produto estava associada aos denominados

“traficantes de álcool”, mais especificamente, por Al Capone e seu bando, além de culminar com a corrupção policial (LOPES, 2010).

O alcoolismo segundo Seibel, Fontana-Rosa e Segre (2001) “[...] foi reconhecido oficialmente como doença desde 1956 pela Associação Médica Americana.” Está ainda associado à maioria das tragédias no trânsito, à parte dos acidentes de trabalho e à criminalidade, implicando um enorme custo social neste sentido. Por se tratar de uma droga lícita, o uso do álcool é ainda indiscriminado e relacionado à cultura da sociedade atual. Porém, quando consumido de forma frequente e excessiva, leva à dependência química.

Nesta breve revisão faz-se menção ao consumo da coca *(Erythoxon coca novogratense)*, um arbusto que cresce nos Andes (Equador, Peru, Bolívia, Colômbia) na Costa das Antilhas e na América do Sul. Destaca-se que os nativos da América do Sul, mascam suas folhas há milênios por possuir um estimulante natural extraído das mesmas. Também era consumida para inibir a fome e a fadiga; quando aplicada em diversas partes do corpo agia como anestésico. “No entanto, a cocaína, alcaloide obtido na folha da coca, sob a forma de pequenos cristais, a partir dos quais Niemann, em 1859, determinou a fórmula química, somente foi isolada no século XIX.” (ROUZEAU apud PINHO, 2009, p. 23).

Desta forma, a medicina adotou a substância para a produção do pó branco, a cocaína, utilizado para a produção de remédios, pastilhas, tônicos e bebidas que será melhor descrita adiante.

Aponta-se que psicanalistas já indicaram a cocaína como remédio. “Psicanalistas famosos como Sigmund Freud, que chegou a fazer uso do entorpecente por volta de seis anos (1884 a meados de 1890), prescreviam tal droga como remédio.” (LOPES, 2010, p. 200). No trabalho do mesmo autor é relatado que “[...] em 1900 a bebida coca-cola ainda continha extrato de folha de coca.” (LOPES, 2010, p. 201).

Outra droga existente é a heroína, nome derivado da palavra heróico, uma referência que pode ser entendida pela estimulação que provoca no organismo após o seu uso. Esta substância há milhares de anos foi utilizada para combater doenças como a insônia e a constipação; após ser constatada a grave dependência que provocava teve sua comercialização proibida no início do século XX (MARTINS, 2006).

Durante a Segunda Guerra Mundial, as anfetaminas (drogas sintéticas

estimulantes do sistema nervoso) eram consumidas por soldados e pilotos para manterem-se alertas e melhores no combate. Décadas depois, vários tipos de anfetaminas já eram conhecidas em todo o mundo (MURAD, 1997).

É notório que o uso da heroína é mais comum em periferias e em regiões economicamente vulneráveis. Além de ser maléfica ao corpo, causa rapidamente dependência física e psíquica; primeiramente, o usuário fica em estado sonolento e em seguida entra em depressão profunda, que o leva a busca por mais doses da droga e possivelmente à overdose (superdosagem da heroína). Fisicamente pode apresentar contração da pupila, cegueira, surdez, delírios, distúrbios sexuais, náuseas, vômitos e suores (MARTINS, 2006).

Quanto ao tabaco, sabe-se que foi consumido primeiramente nas Américas e teve seu uso difundido pela Europa, Ásia e África, cultuado e até utilizado como moeda de troca; posteriormente, considerado um hábito difícil de largar e um dos maiores fatores de mortes passíveis de prevenção. Esclarece-se que o tabaco trata-se de uma planta da qual é extraída a nicotina; seu uso advém das sociedades indígenas onde era usada em rituais religiosos. Considerado uma das delícias do Brasil, era misturado com melaço e vendido em Portugal. Na Europa, era utilizado com fins curativos e através do cachimbo e difundiu-se aos países asiáticos, representando nobreza e ostentação (SEIBEL; TOSCANO JÚNIOR, 2001).

O tabaco é uma das principais causas de mortes evitáveis; geralmente sob a forma de cigarros industrializados trata-se da droga mais consumida diariamente no mundo e, portanto, leva um retorno econômico significativo aos que o comercializam. Além dos danos que provoca aos fumantes, como doenças cardiovasculares e respiratórias, agride ainda a saúde das pessoas que não são fumantes, mas que convivem com um, os chamados “fumantes passivos”.

Destaca-se que entre os jovens o hábito de fumar passou a ser visto como um sinal de afirmação social; não fazê-lo pode ser entendido como sinal de fraqueza. Sendo assim, seu consumo é associado aos hábitos diários, como fumar depois das principais refeições, em situações tensas e ao se sentir pressionado.

Carneiro (2005) afirma que a proibição das drogas corroborou com o surgimento de outras drogas. Nesta discussão, nos anos de 1980 reporta-se ao surgimento do crack, nome derivado da palavra inglesa *cracking*, característica do barulho dos “estalos” que provoca ao ser fumado, cujo aparecimento “[...] remonta a meados da década de 1980, quando o alto preço da cocaína estimulou alternativas

para barateá-la, mantendo os seus efeitos.” (CARNEIRO, 2005, p. 156).

Por sua vez, Araguaia (online) acrescenta que, atraídos pelo preço inferior ao de outras drogas, inicialmente o crack era consumido por jovens de baixa renda; obtido a partir da mistura da pasta-base de coca ou cocaína refinada, com bicarbonato de sódio e água, aquecido a mais de 100°C passa por um processo de decantação, que separa as substâncias líquidas das sólidas; estas quando resfriadas geram a pedra de crack.

O crack, antes tido como sinônimo de pobreza, teve o perfil dos seus usuários modificado. Conforme reportagem da revista Veja, no ano de 2009 registrou-se um aumento de 139,5% no uso da droga por pessoas com renda superior a vinte salários mínimos. Além do perfil econômico dos usuários, o crack alterou a separação entre vendedor e consumidor, visto que os usuários assumiram também a posição de vendedores. Outra consequência do comércio da droga está o aumento significante de furtos, assassinatos, prostituição, dentre outras faces da violência.

Outras substâncias causadoras de dependência química na atualidade são os fármacos, tanto os de venda liberada quanto os de prescrição médica. Segundo reportagem do Jornal Estado de Minas, do dia 25 de janeiro de 2013, entre os principais fatores que levam o seu consumo estão insônia, depressão e dores musculares, resultados das frustrações e falta de tempo da maioria da população nacional. Ou ainda, decorre de fatores sociais, como pobreza e suas expressões: desemprego, drogadição e outros. Trata-se de um consumo expressivo e um grave problema de saúde pública, sendo que certas doses podem causar dependência e sérios efeitos colaterais.

Neste sentido, Seibel, Fontana-Rosa e Segre (2001) fazem referência aos casos de assistência médica em que o paciente, depois de algum tempo, apenas busca a medicação prescrita sem uma nova avaliação do seu quadro clínico, incorporando o medicamento à sua rotina, mantendo o uso de drogas de forma crônica. Portanto, se primeiramente o uso de medicação consistia em uma indicação terapêutica para uma patologia, pode vir a ser um novo problema.

Ainda no percurso percorrido sobre a história das drogas no mundo é notória a questão do seu proibicionismo, o qual é definido por Carlini (2001) como a intolerância ao consumo e a proposta de ações voltadas à eliminação de substâncias e repressão ao usuário. Sabe-se que a primeira civilização a se incomodar com os excessos no consumo de drogas foi a grego-romana.

É necessário, pois, analisar que a proibição das drogas tem como objetivo promover determinado controle, que deve ser compreendido historicamente a partir dos diferentes contextos e momentos históricos que circuncidam tal ato, além de estar associada a razões que são desde teológicas, de saúde e até econômicas.

Neste contexto de discussão, Sodelli (2010) aponta a existência de proibições impostas por razões religiosas, quando na época da Inquisição da Igreja Católica, ocasião em que pomadas e poções foram associadas à bruxaria; na ortodoxia islâmica, o café foi alvo de proibições; enquanto o mate foi proibido por espanhóis.

Exemplo disso,

> [...] na época da inquisição da igreja católica, quando certas pomadas e poções passaram a ser provas de bruxaria; na ortodoxia islâmica, o café foi brevemente proibido [...] o uso do mate foi proibido no Paraguai, pelos espanhóis [...]. Entretanto, se nos exemplos acima, é a moral religiosa uma das principais responsáveis pelo modo de como lidar com algumas substâncias psicoativas, não podemos ignorar que, em outros momentos históricos, existe um fator bastante significativo: o interesse econômico. A história da proibição do ópio na China, no século XIX, é um exemplo disto. A Companhia Britânica das Índias Orientais mantinha intenso comércio com os chineses, comprando chá e vendendo o ópio trazido da Índia. A droga chegou a representar a metade das exportações britânicas para a China […]. (SODELLI, 2010, p. 35).

O mesmo autor traz outras informações sobre a proibição por interesse econômico, referenciando que em 1839 na China, a importação do ópio foi proibida e nos EUA a comercialização da maconha foi vetada por competir diretamente com a indústria de produtos sintéticos. Assim, para o mesmo autor (SODELLI, 2010, p. 41) “[...] a política de proibição às drogas não tinha como principal objetivo a preocupação com a saúde das pessoas, mas sim, vincula-se a interesses econômicos”. Neste sentido, Carlini (2001, p. 796) concorda ao afirmar que essa abordagem “[...] é calcada em interesses políticos e econômicos internacionais.”

Embora muitos tenham o discurso de eliminação das drogas, quando se faz uma leitura da história da humanidade, mesmo que de forma breve e sem maiores aprofundamentos, depara-se com o fato do homem sempre ter buscado entrar em contato com substâncias entorpecentes que alterassem seu comportamento. Além de que a proibição ao uso de drogas mostra-se mais ligada à lógica do controle e a busca do poder, do que representa uma preocupação com as consequências danosas do seu uso à saúde das pessoas (SODELLI, 2010).

Segundo Collet (2010), nos anos 1970 teve-se a necessidade de classificar as

pessoas por motivos legais, médicos ou psiquiátricos, e melhor descrever as diferenças; a Associação Americana de Psiquiatria publicou o Manual de Diagnósticos e Estatísticas separando as categorias alcoolismo e dependência de drogas.

Já em 1977, a Organização Mundial de Saúde (OMS) começou a rever os conceitos e definições existentes, passando a considerar a dependência ao álcool e a outras drogas como um problema social e uma doença, definindo-a como síndrome.

Com a Classificação Internacional das Doenças (CID), a definição da dependência de drogas ficou idêntica à definição da dependência de álcool, por terem levado em consideração os aspectos físicos e psicológicos da síndrome (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Nos anos 1980,

> [...] a Saúde Pública passou por uma reformulação assumindo esses programas de combate à dependência, com caráter primário e epidemiológico, pois era crescente o número de casos de pacientes alcoolistas, com tuberculose, envolvidos em acidentes de trânsito, detidos ou reinternados. Quando se trata da definição que origina a dependência ao álcool e drogas, percebe-se que existem algumas contradições na área social, científica e médica. Popularmente o dependente químico é visto como um indivíduo preguiçoso, sem vontade, irresponsável, doente. É chamado pejorativamente de bêbado ou dopado. Na área médica é considerado um doente e precisa ser medicado. Na psiquiatria e psicologia é visto como um doente mental e precisa ser atendido pela rede de Saúde Pública. (COLLET, 2010, p. 11-12).

No contexto das drogas, depara-se com situações que vão desde a teorização a respeito do uso de álcool e drogas como insanidade moral ou doença de cunho hereditário, até discursos ditos “humanitários” que defendem o confinamento compulsório de dependentes destas substâncias, como forma de realizar a higiene social aceita pela classe dominante.

A partir destes apontamentos, é possível inferir que em diferentes momentos históricos a preocupação com o uso/abuso/dependência de drogas extrapola as fronteiras da saúde pública, sinalizando a busca do controle, seja por fatores morais e religiosos, seja por interesses econômicos e políticos.

Compartilha-se o conceito adotado por Collet (2010), que relaciona a ocorrência da dependência de drogas a questões sociais, reflexo da sociedade onde a pessoa está inserida e das relações sociais e familiares que estabelece. Entende-se não existir comportamentos e atitudes homogêneas mesmo dentro do contexto

dos grupos que utilizam drogas, devido à diferenças associadas aos aspectos econômicos, culturais e às especificidades no consumo de drogas. A dependência é entendida enquanto resultante histórico-social das condições pessoais (singulares) e sociais do sujeito, o qual pode optar ou não por um atendimento médico, psicológico ou social para sair deste tipo de situação.

Cabe destacar que o fenômeno das drogas tem acompanhado a trajetória do homem em sociedade e que devido à sua complexidade e perversidade dos seus efeitos físico, moral, psíquico e social, deve ser apreendido do ponto de vista sociocultural e embasado por definições diferenciadas de substâncias psicoativas e de seus modos de uso.

Nesse ínterim, na cena contemporânea são encontradas iniciativas que frisam a necessidade de se trabalhar na lógica, onde o homem sofra o menor dano possível em relação às drogas. Leva-se em conta o contexto que envolve o assunto para não incorrer em práticas moralistas e condutas estigmatizantes em relação à pessoa que usa ou abusa de álcool e outras drogas, centrando na construção de ações que de fato reduzam as vulnerabilidades das pessoas que vivenciam a dependência.

3.2 Drogas no Brasil: origem, conceitos e definições de uso

Antes de adentrar neste estudo para melhor elucidação do que está sendo tratado, faz-se necessário conceituar e definir drogas. Devido à variedade de tipos, são comuns concepções errôneas sobre o assunto, posto que o seu uso, sejam elas lícitas ou ilícitas, perpassa por diferentes contextos, independentemente de sexo, faixa etária, classe social, raça, entre outros aspectos.

Buscando a etimologia da palavra droga, encontra-se controvérsia, podendo, segundo Seibel e Toscano Júnior (2001, p. 4) ser derivada “[...] do persa *droa,* que significa odor aromático, do hebraíco *rakab*, perfume, ou do holandês *droog*, substância ou folha seca.”

Leonardo de Araújo e Mota (2005, p. 1) por sua vez assevera que

> […] a versão mais provável é a holandesa (droog = seco) e refere-se aos carregamentos de peixe seco que chegavam à Europa em más condições de consumo. Dessa forma, a palavra “droga” já denota a idéia de uma coisa ruim, ou seja, de peixe estragado.

No Dicionário Aurélio, ao se buscar a definição de droga, encontra-se os

seguintes conceitos:

> 1- Qualquer composto químico de uso médico, diagnóstico, terapêutico ou preventivo.
> 2- Substância cujo uso pode levar à dependência.
> 3- Substância entorpecente, alucinógena, excitante [...]. (FERREIRA, 2001, p. 247).

Para a OMS, droga é toda substância que altera o sistema nervoso central (SNC), sendo possível apontar, dentre outras, o café, a maconha, a cocaína, o álcool, a aspirina, o cigarro, independentemente se lícitas ou ilícitas.

Sobre o conceito de droga a assistente social 3 coloca que

> [...] conforme define a OMS, droga é qualquer substância não produzida pelo organismo que age sobre um ou mais de seus sistemas alterando seu funcionamento. (AS3).

Nesse sentido, a assistente social 4 contribui referindo que

> [...] não só a droga em si, a droga ilícita, a droga lícita como o cigarro! Mas qualquer coisa que às vezes causa a dependência […] que a pessoa fica dependente daquilo eu acho que é como se fosse uma droga né! Acaba que isso escraviza a pessoa. Imagina uma pessoa que é dependente de qualquer coisa [...] isso é prejudicial [...] então a droga é mais além do que a droga lícita ou do que a droga ilícita. (AS4).

Para o coordenador 5 droga é

> [...] toda e qualquer substância que produza uma alteração comportamental, no sentido de consciência, em qualquer dosagem seja ela lícita ou ilícita, houve uma alteração no padrão de comportamento é droga [...]. (C5).

Conceituando drogas, Macrae (2001, p. 27) afirma que estas assumem diferentes significados, sendo que “[...] a substância química só se torna uma droga provocando dependência dentro de um determinado contexto de relações entre atividades simbólicas e ambiente.”

Ao longo desta pesquisa, quando refere-se às substâncias psicoativas, concorda-se com a definição trazida por Zapparolli (2011) e pelo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) no ano de 2007, como sendo as drogas utilizadas para alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental. E frisa-se que ao se utilizar a expressão dependência de drogas, faz-se referência tanto à dependência de drogas quanto à do álcool, independentemente

de serem substâncias lícitas ou ilícitas.

Segundo a OMS (1993), sobre as diretrizes diagnósticas da dependência e de acordo com os critérios da CID-10 deve-se considerar a identificação de no mínimo três das diretrizes elencadas a seguir, nos últimos doze meses que antecederam a anamnese para caracterizar a dependência de drogas.

> - forte desejo ou compulsão para consumir substâncias;
> - dificuldade em planejar, controlar ou cessar o consumo;
> - tolerância e persistência no uso de substância psicoativa, a despeito de evidências manifestamente nocivas, de consequências biopsicossociais adversas;
> - abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso das substâncias psicoativas, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou para recuperar de seus efeitos;
> - evidências de que o retorno ao uso de substâncias, após um período de abstinência, leva a reinstalação da situação anterior;
> - estreitamento do repertório pessoal de consumo (passa a fazer uso em qualquer lugar, a qualquer hora etc.). (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

A dependência passou a ser considerada um transtorno mental, uma vez que a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 elenca os diferentes transtornos por substâncias classificados do F 10 ao F 19, de acordo com as descrições clínicas e diretrizes diagnósticas, padronizando a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde e fazendo o seguinte agrupamento de numerosos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

> - F10.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
> - F11.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos
> - F12.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides
> - F13.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos
> - F14.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína
> - F15.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína
> - F16.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos
> - F17.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo
> - F18.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis
> - F19.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE,1997).

Ainda para compreender a questão do uso abusivo de drogas, é preciso

considerar as relações entre três elementos importantes: a pessoa, a droga e o contexto sociocultural.

> O primeiro elemento – pessoa – refere-se ao indivíduo, levando em consideração suas características, sua história de vida. O segundo elemento – a droga – identifica uma substância psicoativa, com características específicas, quanto à forma como atua e ao potencial de causar danos ao organismo. O terceiro elemento – o contexto sociocultural – diz respeito às características sociais, culturais e econômicas que identificam cada sociedade ou comunidade e que determinam ofertas e demandas diferenciadas para o uso ou o abuso de drogas. (EIDAM, 2002, p. 20).

Nesta análise, salienta-se o entendimento por parte do coordenador 1, o qual também entende que o fenômeno das drogas extrapola a esfera individual, trazendo implicações ao entorno em que a pessoa está inserida, considerando que é

> [...] um problema que está na sociedade, que traz problemas para o usuário e a família também, que acaba envolvendo todo o meio e a sociedade. (C1).

Foi possível perceber que os sujeitos da pesquisa enfrentam diretamente a questão das drogas em sua prática profissional; fazem a relação com o todo, possuindo uma visão ampla da realidade social, para além do componente químico, lícito ou ilícito.

> É toda substância psicoativa, proibidas ou não, lícitas ou ilícitas, que torna o sujeito vulnerável à suas fantasias, fazendo com que este se distancie cada vez mais de sua própria realidade, do seu eu. (C2).

> É até difícil de você definir o que é, quando a gente fala de droga a maioria das pessoas pensa logo em cocaína, maconha, mas a gente que ta no meio sabe o tanto que o álcool também inclui nesse meio e droga como já é o clássico que todo mundo diz, é droga mesmo, daquilo que vai te fazer mal, daquilo que você coloca pra dentro do seu organismo, que vai te prejudicar, é uma droga, e pode ser qualquer coisa, um medicamento, então é difícil de você definir o que seria droga, porque existem várias maneiras, vários produtos que podem se tornar uma droga pra pessoa, muita das vezes até mesmo um simples refrigerante, um chocolate, a partir do momento que você se vicia numa coisa que te torna dependente daquilo, te prejudica o seu dia a dia aquilo passa a ser uma droga pra você, ainda que ela não seja ilícita, desde que te prejudique e traga algum transtorno, aquilo pra mim é uma droga. (C4).

De acordo com Macrae (2001), os padrões de uso de substâncias psicoativas seriam sujeitos a diversos determinantes como disponibilidade, tendências e padronização cultural. Já Sodelli (2010) coloca como formas de uso o experimental, motivado pela curiosidade; o uso ocasional, consumido esporadicamente; o habitual,

que é o mais frequente e a dependência, que se torna uma compulsão por drogas.

Para alguns sujeitos da pesquisa, a concepção de drogas se reduz à relação com a dependência causada pelo uso de drogas ou ao “uso prejudicial” destas, com ênfase nos malefícios advindos da dependência, independentemente se substâncias ilícitas ou não, como pode ser observado pelas seguintes falas:

> É algo que traz a dependência […] tem várias coisas que podem causar dependência não necessariamente sendo só o álcool, tem cigarro, tem as drogas lícitas, ilícitas, remédios, várias substâncias. (AS6).
>
> Tudo que causa dependência sejam substâncias licitas ou ilícitas. (C6).
>
> A princípio é uma substância que causa dependência, […] até mesmo um medicamento é uma droga, o que eu acho que ocorre é que algumas drogas são prejudiciais e a própria dependência dela e às vezes o mau uso é que pode levar a pessoa a se tornar um dependente […]. (C7).

É possível encontrar diferentes definições sobre dependência química, sendo que Campos (2004, p. 63) a considera “[…] uma 'doença social', de cura provável, mas passível de punição, para os que a desenvolvem como um hábito, um vício.”

Tal entendimento é exemplificado pela seguinte fala de um sujeito da pesquisa:

> [...] porque (a instituição) trabalha com a prevenção, antes que aconteça o problema, se a gente consegue abranger toda cidade fazer um trabalho com crianças, com aquelas pessoas que ainda não foram contaminadas pela situação da droga automaticamente a gente diminui o problema de droga [...]. (C7, grifo nosso).

A partir deste fragmento nota-se que também existe no contexto das drogas a crença de que as pessoas poderiam se contaminar com tais substâncias, como se fosse uma doença. Mas partindo do princípio de uma doença de contágio, praticamente uma “infecção” de cunho social, o que pode denotar a busca por uma espécie de “vacina”, a prevenção, ainda na fase da infância para criação da deseja imunidade ao longo da vida.

Ainda nesta direção, a assistente social 2 diz que a droga é:

> [...] uma doença social grave fruto da desestrutura familiar, da falta de fé, de oportunidades, da exclusão muito grande. Ele [dependente] não sonha, não acredita que é capaz, mas ele é. A própria sociedade exclui, tem muito preconceito. (AS2).

Trazendo por um lado a categoria da exclusão social e o reforço do conceito

estigmatizador e preconceituoso em relação ao dependente de drogas e, por outro, a culpabilização/punição da família.

Para Kalivar e Volkow (apud LARANJEIRA, 2010, p. 15) é preciso compreender a dependência de drogas como uma doença crônica que demanda tratamento para longo prazo e que, como a hipertensão, exige cuida do contínuo. Já para Sodelli (2010, p. 31) o uso de drogas não deve "[...] ser compreendido a *priori* como uma doença, embora saibamos que esta possa vir a ocorrer, dependendo de um conjunto de fatores biológicos, psicológicos, sociais e químicos".

Segundo Sudbrack (2001), a dependência química é composta por diferentes níveis, sendo estes:

> 1. *Dependências dos efeitos:* o consumo pode ser de uma única substância ou efeito da combinação de várias substâncias consumidas simultaneamente. Além do produto em si, é importante conhecer as diferentes formas de consumo.
> 2. *Dependências relacionais afetivas:* refere-se às relações do casal e da família. Existe, sempre, em torno do dependente de drogas, pelo menos uma pessoa codependente. Esta ou estas pessoas podem ser ou ter sido igualmente dependentes de drogas
> 3. *Dependências das pessoas implicadas no sistema de distribuição da droga:* incluem-se nesta categoria a relação com os revendedores ou passadores da droga, no caso das substâncias ilícitas, a relação com médicos ou farmacêuticos para os medicamentos e a relação com os outros tantos intermediários, fornecedores dos diferentes produtos.
> 4. *Dependências dos fornecedores do dinheiro:* relações com aquelas pessoas que asseguram a possibilidade de adquirir a droga, do ponto de vista financeiro, podendo ser tanto os pais que sustentam o filho, como um traficante que fornece a droga em troca de serviços prestados ao tráfico pelo cliente.
> 5. *Dependências dos pares:* trata-se da rede de parceiros envolvidos na troca de informações e de endereços, no compartilhamento do uso, nas eventuais ajudas, enfim, toda a cultura ligada aos rituais de consumo da droga. Esta categoria é especialmente importante no caso de adolescente para os quais, muitas vezes, o grupo da droga constitui o único grupo de referência e a dependência relacional do grupo pode ser, inclusive, mais importante e, frequentemente, anterior à dependência de substâncias.
> 6. *Dependências de crenças:* refere-se à crença comum de que o consumo de drogas vai reestabelecer o indivíduo em suas dificuldades pessoais e relacionais. O efeito subjetivo dos diferentes produtos está intrinsecamente ligado às representações que o sujeito usuário possui sobre os efeitos das drogas que consome. (SUDBRACK, 2001, p. 927, grifo do autor).

Sendo assim, o consumo de algumas drogas deve ser encarado inclusive como uma manifestação de cunho cultural e humano, pois cotidianamente o significado da palavra droga se tornou vago e popularmente relacionado a uma ideia negativa, ligado muitas vezes à violência e à morte; questões que são confirmadas também pelo fato deste termo estar associado a vários sentidos (PINHO, 2009), o

que também se nota pelas colocações e concepções apresentadas por alguns dos entrevistados:

> É uma substância ilícita onde o usuário fica dependente e que traz muito mal para a própria pessoa e para a família. E a droga gera violência, tráfico de drogas e é um mal para a sociedade. (AS1).
>
> É uma substância nociva à pessoa tanto do ponto de vista físico como social, podendo levar até a morte. (C3).

Faz-se oportuno entender que os efeitos decorrentes do uso de substâncias psicoativas podem ser tanto psicológicos quanto físicos. Certas substâncias propiciam sensações como prazer, sedação, alívio, consolo e excitação (mental, sexual ou corporal). Porém, não geram apenas sintomas agradáveis: há também o pânico, a depressão e outras situações psíquicas causadoras de sofrimento e alterações na percepção, na inteligência e no autocontrole.

Por exemplo, entre os efeitos da *Cannabis* estão alterações dos estados de consciência, sensibilidade aos sons, alegria e também ações desagradáveis como ansiedade intensa, pânico, despersonalização e paranóias.

Atualmente existem movimentos que defendem a sua legalização; estes partem dos pressupostos de que tal substância poderia ser empregada no uso terapêutico de doenças como glaucoma, epilepsia, entre outras. Defendem ainda, que esta pode ser útil para tratar sintomas de abstinência em usuários de crack, contribuindo para sua recuperação.

Contudo o debate da legalização das drogas não pode ficar restrito a isto, pois existe a discussão sobre a descriminalização dos consumidores e da formação de cartéis, uma vez que vender drogas ilícitas tornou-se um empreendimento lucrativo, uma prática social que mobiliza interesses econômicos importantes.

Desta forma, a proibição do consumo de drogas refletiu na sua comercialização ilegal e nas perseguições policiais aos usuários e traficantes; os últimos ocupam favelas e controlam a rotina de milhares de famílias. Além da dependência química, essa ocupação origina diversas expressões da questão social, como: violência, homicídios, desavenças e ainda, exploração do trabalho infantil, pois ao se tratar “[…] de uma prática ilegal, os interesses econômicos se associam, frequentemente à criminalidade, recrutando a mão de obra disponível e 'disposta' a se expor aos riscos desse tipo de ocupação, ou seja, os jovens pobres.” (HYGINO;

GARCIA, 2003, p. 33).

Inegavelmente, o homem não busca somente por meio do uso de drogas o alívio de suas questões existenciais e/ou para minimizar suas dores e sentimentos de angústias. A realização de outras atividades pode proporcionar momentaneamente a sensação prazerosa e a alteração de sua percepção, como ao praticar esportes, dançar, assistir à um bom filme, relacionar-se afetivamente e sexualmente, participar de um culto religioso e meditar (SODELLI, 2010).

Nesta linha de pensamento, a assistente social 5 contribui referindo que a palavra droga é bem ampla e complexa,

> [...] que é qualquer substância que faça com que o indivíduo fuja da dita realidade, que gera um comportamento abusivo e que remete muito à compulsividade, como por exemplo, por sexo, por compras, por alimentos, assim como por substâncias. (AS5).

Ainda com o intuito de alterar sua consciência, o ser humano tem buscado outras formas, que inclusive, colocam em risco sua própria vida, realizando, por exemplo, atividades ligadas ao automobilismo, aos esportes radicais, entre outras.

> Nas mais diversas sociedades e culturas estudadas por antropólogos e por outros cientistas sociais, encontramos algum tipo de situação, algum momento em que não só é permitido, como pode ser inclusive valorizado, um tipo de alteração de comportamento, alteração de atitude em relação a uma rotina. Essa alteração pode ou não estar associada ao uso de substâncias que chamamos de drogas. (VELHO, 1997, p. 62).

Assim, embora seja entendido que a alteração da consciência possa ou não estar relacionada ao uso de drogas, nesta pesquisa restringe-se ao aprofundamento teórico e reflexivo sobre as substâncias psicoativas, que podem ser classificadas em três categorias: estimulantes, depressoras e perturbadoras.

As drogas depressoras do sistema nervoso central diminuem a velocidade de funcionamento do cérebro, reduzindo as atividades psicológicas e motoras. São elas: álcool, ansiolíticos, opiáceos e inalantes.

Entre as estimulantes estão as anfetaminas, cocaína, cafeína e nicotina, que aceleram a velocidade de determinados sistemas neuronais, ocasionando um estado de alerta exagerado.

Já as perturbadoras são substâncias que alteram o funcionamento do cérebro, causando perturbações e alucinações na mente do usuário. Pertencem a

esse grupo: maconha, alucinógenos, anfetaminas e êxtase.

Em outra classificação de drogas trazida por alguns autores estão as drogas lícitas, que têm sua comercialização autorizada, como exemplo: o etanol (álcool) e tabaco (cigarro); e as ilícitas de comercialização proibida, como a cocaína, a maconha (SODELLI, 2010).

Destaca-se que os critérios que classificam as drogas são construtos culturais, variando ao longo dos anos de acordo com valores e princípios de cada sociedade. Em determinado contexto histórico, implica dizer que alguma droga que hoje é proibida, em algum momento da história já foi permitida, sendo utilizada para determinados fins, visando atender a diferentes interesses sociais postos pela sociedade da época, como antes dito ao discorrer sobre a história das drogas pela humanidade. Com isso, nesta pesquisa, o termo “drogas” tem sido utilizado, compreendendo tanto as substâncias ditas lícitas, quanto ilícitas.

Exemplificando, a palavra tabaco não dá significado à planta, mas sim ao instrumento que era utilizado para cheirar rapé de *cohoba*, uma substância utilizada pelos habitantes Taínos, da ilha Hispaniola.

> Quando Colombo chegou na ilha Hispanhola, foi recebido pelos habitantes taínos com uma substância chamada cohoba, composta, possivelmente de folhas de tabaco misturadas a outras plantas […]. O termo “tabaco” designava não a planta, mas o instrumento em forma de Y usado para aspirar o rapé de cohoba, que continha Anadenanthera peregrina e, talvez, tabaco em pó ou outras plantas. (CARNEIRO, 2005, p. 81).

Pensando mais especificamente no cenário brasileiro, embora não se possa afirmar categoricamente a origem das drogas no Brasil, percorrendo diferentes estudos que tratam sobre o tema é possível inferir que muitas delas, especialmente as que vêm a partir de processo natural, vieram junto aos escravos nos navios negreiros, como exemplos a maconha e outras plantas alucinógenas na forma de sementes (LOPES, 2010).

Lopes (2010) aponta que a maconha é citada como um importante remédio consumido no Brasil para bronquite crônica, asma e tuberculose, como mostra o formulário e guia médico de Pedro Luiz Napoleão Chernovitz, livro de medicina mais popular no Brasil do século XIX.

A maconha, conhecida como uma planta com diversos meios de uso, tem sua marca junto ao folclore brasileiro: “[...] as tradições religiosas […] junto com a sombra das próprias árvores sagradas, com o cheiro das próprias plantas místicas –

maconha ou a diamba, por exemplo – é que vem resistindo mais profundamente, no Brasil, à desafricanização.” (FREYRE apud CARNEIRO, 2005, p. 72).

Culturalmente, outra droga marcante na realidade brasileira é a cachaça ou água ardente produzida através da cana-de-açúcar. Quando feita a mistura desta com limão, gelo e açúcar se tem a popular “caipirinha”, assegurada como sendo uma bebida típica e exclusivamente brasileira pelo Decreto Federal n° 4.851, de 02/10/2003 (CARNEIRO, 2005).

O Brasil, mesmo sendo um país rico em florestas, não tem plantas originárias em seu território que são consumidas cotidianamente, como é o caso da referida planta da maconha, vinda da África. O café, cujo uso teria sido descoberto “pelos Pastores da Abissínia”, teve as primeiras mudas trazidas por um militar de nome português e plantadas na cidade de Belém do Pará.

> De Paris, as mudas foram enviadas para as colônias francesas, como as ilhas da Martinica e da Reunião, e para a Guiana, de onde, em 1723, foi trazida para Belém do Pará o primeiro café a ser plantado no Brasil com sementes obtidas de contrabando de Cayena, por um militar português chamado Palheta, que se tornou, mais tarde, famoso pela façanha. (CARNEIRO, 2005, p. 95).

Desta forma, torna-se curioso ressaltar que embora o uso do café seja tão difundindo no território brasileiro, sua planta não é originária do país.

Dessas acepções, pode-se ressaltar que substâncias atualmente consumidas socialmente e consideradas “normais”, como a cachaça e o café, também são psicoativos que alteram a percepção, cujo uso aparece ao longo de um contexto histórico e cultural marcante no país.

Os estudos tratam ainda da Ayahuasca, planta usada para produzir uma “[...] bebida resultante do cozimento do cipó Banisteriopsis caapi (isoladamente também denominada de ayhuasca) e de uma seleção de outras, entre mais de cem plantas.” (CARNEIRO, 2005, p. 111), que é consumida no Brasil durante a realização do ritual religioso conhecido como Santo Daime (expressão “daí-me luz’ e “daí-me força”).

Oportuno comentar que no Brasil nenhuma droga é “legalizada”, sendo no máximo regulamentada, como é o caso do álcool e do tabaco (SODELLI, 2010).

Revendo a literatura que trata sobre a história das drogas, há apontamentos que atrelam a questão da consolidação da política proibicionista ao uso de drogas no mundo com a história política internacional dos EUA, que influencia o modo como

muitos países, inclusive o Brasil, tratam o tema atualmente (SODELLI, 2010).

O mesmo autor garante que “[…] a história brasileira dos programas de prevenção ao uso de drogas mostra nítida aderência à abordagem da ‘Intolerância e da Guerra às Drogas’.” (SODELLI, 2010, p. 113).

Em meio ao comércio ilegal e à necessidade de consumir mais drogas, o dependente descobre-se marginalizado e moralmente vulnerável, o que segundo Seibel e Toscano Júnior (2001, p. 176) favorece ainda mais “[…] o abuso de substâncias tóxicas. Podendo citar, no que diz respeito a esta questão, o desemprego, e a perda de referências intergeracionais.” O uso de drogas conduz ainda à degradação humana e o preconceito faz do usuário uma ameaça à sociedade; culpado e hostilizado por sua condição é rotulado como viciado ou traficante.

Ressalta-se ainda que os dependentes de drogas, na maioria das vezes, encontram-se excluídos do mundo do trabalho e rejeitados pelo sistema capitalista por não apresentarem condições de estarem ou se manterem inseridos nos processos produtivos e, consequentemente, excluídos do contexto social. Os mesmos passam a ocupar um lugar onde são vistos, inclusive, como indivíduos que oferecem ameaça social, precisando ser “expulsos e eliminados” ou “aprisionados” mediante práticas como a internação compulsória, o que pode ser entendido como uma das piores faces da exclusão social. Tal entendimento permite dizer que a lógica do vigiar e punir, como Michel Foucault (1987b) já dizia em outros tempos, mostra-se atual e aplicável na cena contemporânea, uma vez que é mais conveniente “julgar, punir e corrigir” todos àqueles que não se encaixam nos padrões da dita normalidade da sociedade.

Essa necessidade da sociedade vigente em criar padrões de comportamento fica claro nas palavras de Bisneto (2011, p. 175-176):

> Ora, a sociedade capitalista é atravessada por interesses econômicos que estruturam relações de poder, que criam ideologias para justificá-las, e vice-versa: “saber” leva a “poder” que, por sua vez, leva à propriedade privada. O interesse em estabelecer que o menos freqüente é anormal e que o anormal é patológico provém também da necessidade das elites econômicas e políticas de encontrar explicações para o mau funcionamento da sociedade, eximindo-se de qualquer parcela de responsabilidade, estigmatizando grupos sociais mais fracos que são usados como “bodes expiatórios” para os problemas sociais.

Tal fato se dá principalmente devido às constantes mudanças vividas na

sociedade, caracterizadas pela não aceitação de “falhas e faltas” por parte dos indivíduos (também por parte das famílias). Nesta discussão, Silveira (2008) ao refletir sobre o uso indevido de drogas destaca que na atualidade:

> A tensão decorrente de conflitos inerentes à existência humana não é suportada, sendo imperativo o seu alívio instantâneo, dificultando ou impedindo transcendência ou transformação. Caracterizada profundamente pelo consumismo, a sociedade atual não permite espaço para a falta. Esses fatores contribuem para o aumento do consumo de drogas, assim como para o aparecimento de outros transtornos do controle de impulsos (SILVEIRA, 2008, p. 7).

Desta forma, para tratar da questão das drogas é preciso partir do entendimento da construção histórico-social do conceito de loucura, compreendendo que ao longo da história os saberes e as práticas de apreensão da mesma se deram de formas e nomenclaturas variadas, passando de doença mental, por saúde mental, sofrimento psíquico e atualmente adotando como terminologia corrente: transtorno mental. Vale refletir que não importa apenas a terminologia que se utiliza, mas as concepções que se tem sobre aquilo a que está se referindo, entendendo que a quebra de paradigmas é algo que precisa ser processado geralmente a médio e longo prazo, desconstruindo algo para a construção de outra coisa.

Notório destacar que, historicamente, a sociedade, assim como as diferentes instituições, tornaram-se espaços da contradição entre a reprodução dos saberes e práticas de exclusão dos “loucos”, “esquisitos”, “diferentes” (aqui leia-se também dos dependentes de álcool e outras drogas) e de sua aderência ou engajamento a processos de mudança em saúde mental, impulsionados no contexto da Reforma Psiquiátrica.

Neste percurso buscou-se apoio em autores como Foucault, Saraceno, Basaglia, entre outros, que são indicados como referências para os leitores que tenham o interesse em aprofundar mais neste debate.

Sempre houve relatos dos chamados “loucos” na Antiguidade e na Idade Média, períodos em que até gozavam de certa liberdade e podiam circular e interagir em meio à sociedade; como não havia-se descoberto uma forma exata de se tratar os loucos, estes eram cuidados de formas diferentes; as formas de tratamento deste público sofreram alterações de acordo com a época e o lugar. Nestas épocas, os loucos não eram encarcerados, podiam ficar livres, muitas das vezes ficavam simplesmente vagando. Porém a partir do final do século XVII com a Revolução

Industrial e a formação de um novo modelo de sociedade e com o desaparecimento da lepra é que os loucos, juntos com outros perfis de pessoas foram banidos da sociedade e jogados em instituições com a pretensão de curá-los, nascendo assim os hospitais psiquiátricos, também conhecidos como manicômios.

> Ao final da Idade Média, a lepra desaparece do mundo ocidental. Às margens da comunidade, às portas das cidades, abrem-se como que grandes praias que esse mal deixou de assombrar, mas que também deixaram estéreis e inabitáveis durante longo tempo. Durante séculos, essas extensões pertencerão ao desumano. Do século XIV ao XVII, vão esperar e solicitar, através de estranhas encantações, uma nova encarnação do mal, um outro esgar do medo, mágicas renovadas de purificação e exclusão (FOUCAULT, 1987a, p. 7).

Os manicômios nasceram para que a sociedade fosse limpa de pessoas loucas, que praticavam a vadiagem, mendigos e vagabundos, ou seja, todos os tipos de pessoas que não fossem produtivas e que incomodassem à sociedade capitalista eram internados em casas de acolhimento. Nessas instituições as pessoas em tratamento eram advertidas e punidas pelos seus erros; raramente, quando se arrependiam e caso não os cometessem mais, passavam a ser consideradas curadas.

> Essa reclusão dos loucos nos manicômios possibilitou o nascimento da psiquiatria: começou, então, todo o trabalho de descrição e de agrupamento dos diferentes tipos dos sintomas e a denominação dos diversos tipos de transtorno psíquico que fundamentam a psiquiatria moderna. Contudo, não houve qualquer avanço em termos de terapêutica: os ditos doentes mentais passaram a permanecer toda a sua vida dentro dos hospitais psiquiátricos. (MINAS GERAIS, 2006b, p.24)

Segundo Kátia Machado (2005), no século XX os manicômios cresceram e com isso intensificou-se a repressão usada no tratamento dos pacientes; o isolamento, o abandono, os maus-tratos, as péssimas condições de alimentação e de hospedagem agravaram-se progressivamente. A mesma autora comenta que ao final da II Guerra Mundial era dramática a situação dos hospitais psiquiátricos, surgindo, então, no final dos anos de 1970, os primeiros movimentos de Reforma Psiquiátrica, adquirindo maior visibilidade em 1987, a partir da realização da 1ª Conferência Nacional Saúde Mental e do 2º Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru (SP).

> A reforma psiquiátrica, enquanto movimento social, representa, desde o final da década de 40 em varias partes do mundo, a construção de uma mudança da cultura de exclusão existente na sociedade e do modelo asilar/carcerário, herdado dos séculos anteriores, no tratamento da pessoa com um transtorno mental. A substituição da instituição total, que é o hospital psiquiátrico por uma rede de serviços diversificados, regionalizados e hierarquizados orientada não exclusivamente para uma mera supressão de sintomas e sim para a efetiva recontextualização e reabilitação psicossocial, retomando a consciência para com a diferença entre os humanos. (MACHADO, K., 2005, p. 17).

Segundo Amarante (1996), a Reforma Psiquiátrica é um processo histórico de formulação crítica e prática, que objetiva o questionamento, bem como a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

A partir destes movimentos, embates políticos e sociais, novos serviços e políticas foram criados ao longo da história da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, buscando a defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania das pessoas que apresentam transtornos mentais.

Na busca pela garantia e acesso aos direitos fundamentais, conforme elencados na CF de 1988, no Titulo II, Capítulo I, dispostos no artigo 5º, “[...] todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à segurança e à propriedade [...].” (BRASIL, 2003a). De fato, a partir da CF de 1988, passos importantes foram dados para o avanço das legislações que tratam da atenção às pessoas com transtorno mental como a aprovação da Lei Federal n. 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001a) que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Dessa Lei originou-se a Política de Saúde Mental, que visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando a lógica das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o tanto do convívio com a família, como da sociedade como um todo.

Outra Lei importante, por possibilitar a reinserção social de pessoas internadas há mais de dois anos em hospitais psiquiátricos, é a Lei 10.708 de 2003 que em seu artigo 1° instituiu:

> [...] o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei. Parágrafo único. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado “De Volta Para Casa”, sob coordenação do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2003c).

Além de contribuir para o processo de reinserção social das pessoas com transtorno mental, o programa “De Volta para Casa” atende ao disposto na Lei 10.216, que no artigo 5 coloca:

> O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. (BRASIL, 2001a).

Aponta-se ainda outra conquista expressiva da Reforma Psiquiátrica que foi a implantação da rede substitutiva.

> Entende-se por serviços substitutivos em saúde mental, uma rede de serviços articulados, formados por profissionais diversos, equipamentos específicos e uma serie de ações que tendem a acolher os pacientes com transtornos mentais e tratá-los junto ao convívio social e familiar, dando-lhes uma certa liberdade, sem necessidade de internação psiquiátrica, aliás, a forma de tratamento nos serviços substitutivos é contraria à internação hospitalar. (MACHADO, K., 2005, p. 18).

Por esta breve explanação sobre a saúde mental e alguns de seus marcos históricos e legais no Brasil, destaca-se que a partir da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, avançou-se quanto ao trato das pessoas com transtorno mental, especialmente em termos legais e políticos, defendendo que preferencialmente os tratamentos e abordagens psicossociais das mesmas se deem no seu território, mantendo sua convivência familiar e social, através dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. E a partir do entendimento de que a dependência de álcool e de outras drogas passa a ser reconhecida como transtornos mentais, tal panorama também deve ser aplicado aos dependentes destas substâncias.

Contudo, apesar de tais avanços, inclusive no plano legal, cita-se Soares (2002, p. 183) que chama a atenção para aspectos importantes, dizendo:

> Há vários pontos para analisarmos, mas talvez o mais marcante seja a presença de vários estereótipos: a pessoa que faz uso de drogas muito cedo, vai se utilizar de outras drogas mais pesadas; adolescente usa drogas; adolescente usa drogas porque a mãe não põe limites e finalmente, filho caçula é protegido pela mãe. As partes determinam o todo, pois através da falsidade de consciência, naturalizam-se comportamentos que determinam que "todos os adolescentes", por exemplo, usam drogas. O fenômeno deixa de ser multi-determinado, para ser provocado por indivíduos justapostos.

Por sua vez, o psiquiatra Dartiu Xavier, durante o Seminário Drogas e Cidades - Pensamentos Para uma Prática Cidadã, realizado pela Frente Mineira sobre Drogas e Direitos Humanos (FMDDH), que aconteceu entre os dias 14 a 16 de março de 2013, no Centro Universitário Newton Paiva, em Belo Horizonte, contribui com o debate defendendo que "[…] existe um discurso de que a droga leva as pessoas à miséria social. Isso não é verdade, essas pessoas já estavam privadas de moradia, educação, saúde, dos direitos sociais, ou seja, um prato cheio para procurarem as drogas." (informação verbal)[11]

Com isso, faz-se necessário levantar que a dependência de drogas é um fenômeno complexo que requer um trato também complexo. Assim, há entendimentos diversos que dificultam o estabelecimento de procedimentos uniformes e até a formulação de políticas de atenção sobre drogas que planejem ações mais precisas de atendimento e prevenção à questão. As suas causas e consequências também são amplas e relacionadas com aspectos biológicos, econômicos, culturais e sociais.

A partir do colocado, aproveita-se para destacar que a temática das drogas está contaminada de preconceitos ideológicos e políticos. É sinalizado o desafio da necessária desconstrução de determinadas posturas para, posteriormente, construir ações que efetivamente contribuam para a garantia de direitos dos sujeitos que vivenciam tal problemática, especialmente mediante o acesso às políticas públicas.

Diante de tudo que foi exposto, é preciso ter clareza que a dependência não acontece exclusivamente no campo das drogas; existem outros modos de alteração da consciência que podem acontecer em diversos espaços da atividade humana, como: em relação ao trabalho, ao jogo, ao sexo, ao esporte, à internet etc.

---

[11] Palestra proferida por Dartiu Xavier: Drogas e cidades: pensamentos para uma prática cidadã. Belo Horizonte. Seminário drogas e cidades, 1. 14 mar. 2013. Frente Mineira sobre Drogas e Direitos Humanos (FMDDH). Drogas. Palestra no Centro Universitário Newton Paiva.

> É claro que não é só por meio do uso de drogas que o homem busca alívio do ter que cuidar do seu próprio ser. Outras atividades também podem proporcionar esta sensação, por exemplo, assistir a um bom filme, praticar esportes, participar de um culto religioso, ter um relacionamento sexual. Todas essas atividades podem nos possibilitar momentos prazerosos, nos quais experimentamos um desligar automático da nossa árdua tarefa de cuidar do nosso próprio ser, ou seja, podem provocar uma alteração do estado de consciência. (SODELLI, 2010, p. 62).

3.3 Políticas públicas brasileiras sobre drogas: atuais modelos de prevenção e tratamento

Neste tópico realiza-se uma breve apresentação das abordagens e políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas, principalmente mediante a consulta a documentos oficiais que apresentam e descrevem tais políticas, além de revisões teóricas, pesquisa de campo, capacitações e vivências da pesquisadora quando trabalhava no campo da saúde mental.

Percorrendo a história da legalidade no campo das políticas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, deparou-se com a informação de que até os anos 1990 o Brasil ainda não possuía política específica para a questão da dependência do álcool e outras drogas.

Historicamente, os dependentes de álcool e outras drogas, antes dos movimentos antimanicomiais eram tratados dentro dos hospitais psiquiátricos. Segundo Zemel (2011), nenhuma diferenciação era feita entre eles, pois os profissionais e técnicos tinham uma visão muito moralista do problema, “se o usuário não era julgado pelo sistema prisional, ele era julgado pelo sistema psiquiátrico” (ZEMEL, 2011, p.116).

No ano de 1992 realizou-se em Brasília (DF), a segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, que aprofundou debates levantados na primeira Conferência realizada em 1987, como a vinculação entre qualidade de vida e saúde e a substituição das instituições asilares por serviços extra-hospitalares. Esta Conferência defendeu ainda, entre outros aspectos, a ação multiprofissional e a construção de uma cultura assistencial que respeite a particularidade da pessoa com transtorno mental.

Em 1995, como resposta a estas propostas, foi aprovado o Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), o qual pretendia voltar-se à população

institucionalizada em hospitais psiquiátricos há mais de cinco anos, sem a necessidade de internação integral e sem vínculos familiares.

Dessa forma, como elucida Rosa (2003, p. 126), “[...] o PAD previa uma rede de suporte assistencial de atenção, de base comunitária, sobretudo em saúde e judiciária, com acompanhamento contínuo de equipe multiprofissional.” Persistente na luta pela desospitalização da pessoa com transtorno mental, o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial obteve resultados, sendo que já em 1996 o número de hospitais e leitos psiquiátricos reduziu significativamente, o que para o Governo Federal culminou na redução de custos. Porém, os serviços extra-hospitalares não cresceram proporcionalmente, tornando-se evidente a necessidade de reestruturação “[...] do modelo assistencial para que os serviços assegurem os direitos humanos, os direitos civis e políticos, mas também os sociais.” (ROSA, 2003, p.137).

Traçando uma sucinta linha do tempo, apenas em 1998, durante o governo do então Presidente Fernando Henrique Cardoso, foi firmado o compromisso de instituir o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD). Já no ano de 2001 foi elaborada a Política Nacional Antidrogas (PNAD).

Em 2003, durante o governo Lula, foi criada a Política para Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Já em 2005, a PNAD foi realinhada pela Política Nacional Sobre Drogas, a qual dispõe sobre a conscientização da sociedade em relação ao direito dos usuários ao tratamento adequado e igualitário. Assim como prioriza ações para reduzir a oferta de drogas tanto no sentido da prevenção, tratamento e reinserção social quanto em processos criminais contra os responsáveis pela produção e tráfico destas substâncias. A política ainda estimula a realização de pesquisas e análises que possibilitem compreender as transformações e alterações no consumo, na prevenção e no tratamento da dependência de drogas.

As políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas, nos aspectos da prevenção e tratamento, focaram modelos pautados na postura proibicionista até a aproximação de ações redutoras de vulnerabilidade, sendo norteadas por ideologias que justificassem determinadas abordagens em relação a este problema.

De acordo com Sodelli (2010), é possível dividir os modelos preventivos ao uso de drogas em dois grupos maiores: da “intolerância e da guerra contra as drogas” e “da prevenção que convive com as diferenças”, que podem ser aplicados em diferentes áreas sociais, seja na comunidade, nas redes de saúde e

socioassistenciais, como nas empresas.

O primeiro modelo destaca-se por priorizar a abstinência total ao uso de drogas, representado na realidade brasileira pelo *slogan* conhecido como *“Diga não às drogas”,* do Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD). O programa, que é aplicado na rede escolar pela polícia militar, assume uma natureza idealista, pois trabalha na perspectiva de uma sociedade livre das drogas, focando o combate às drogas ilegais, deixando em segundo plano as drogas legalizadas; assim, dita comportamentos e conjuntos de regras a serem seguidas, ferindo inclusive princípios éticos, desrespeitando explicitamente a promoção dos direitos humanos e civis, mediante a lógica do controle do fenômeno das drogas a partir da ideia dos binômios: certo-errado, crime-castigo, lei-ordem, doença-tratamento. Este modelo é exemplificado por situações de tratamento compulsório, quando o usuário está sujeito a ser penalizado pela lei de duas maneiras: como traficante ou como dependente (doente) (SODELLI, 2010).

Já o modelo de prevenção que convive com as diferenças “[...] postula que é impossível pensar uma sociedade sem drogas e que trabalhar no sentido de erradicar todas as formas de uso é ditar normas de comportamentos muito além do que é direito do Estado e das instituições.” (CARLINI apud SODELLI, 2010, p. 55).

Tal modelo objetiva oferecer subsídios e propiciar vivências para que as pessoas se tornem mais conscientes e questionadoras acerca do fenômeno das drogas, refletindo sobre os mitos e verdades sobre seu uso, além de permitir a tomada de decisões de forma mais responsável.

Entretanto, ambos os modelos deparam-se com dificuldades, sendo ainda proposto outro modelo preventivo, denominado de redução de danos, apresentando e defendendo o conceito de vulnerabilidade existencial do ser humano, condição que oferece abertura para o possível uso de drogas.

Para melhor compreensão do modelo de redução dos danos, faz-se necessário entender o termo vulnerabilidade, o qual é originário, conforme discorre Sodelli (2010) ao apontar Alves (1994), da área da advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem. Este termo significa: grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção ou garantia de seus direitos de cidadania. Expressão inicialmente utilizada no campo da saúde, em relação às ações voltadas ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), como busca de avanço em relação à abordagem

de redução de riscos (grupo e comportamento de risco).

Embora não haja consenso sobre os entendimentos acerca do modelo de redução de danos, aqui adotou-se aquele que tem como objetivo prioritário minorar os efeitos negativos (danos) decorrentes do uso de drogas e não alcançar a abstinência como resultado ideal. Pautado pelos variados padrões de uso (experimentador, ocasional, habitual e dependente) e modos de uso (controlado, de risco e nocivo), compreende-se que “[...] o fenômeno da dependência não é uma condição imutável, ou dito em outros termos, um dependente não está de forma alguma determinado a ser dependente para sempre.” (SODELLI, 2010, p. 65).

Conforme levantamentos bibliográficos, o conceito de redução de danos teve origem na Inglaterra em 1926. Porém, só no início da década de 80, na Holanda, é que seus princípios começaram a ser sistematizados em formas de programas. No Brasil, em 1995, na cidade de Salvador (BA), foi oficializado o primeiro programa de redução de danos. Tal abordagem pode ser utilizada tanto em relação às drogas ilegais como heroína, crack, cocaína, etc., quanto às drogas legalizadas, como no uso nocivo do álcool.

Com base nesta compreensão, é possível afirmar que o fato das drogas poderem causar danos à saúde, bem como a possibilidade de dependência, não são desdobramentos exclusivos da relação do homem com tais substâncias, mas sim possibilidades de relações estabelecidas pelo homem com outras atividades no mundo. Em outras palavras, falar de vulnerabilidades implica extrapolar a dimensão individual e alcançar o contexto social, compreendendo as problemáticas vivenciadas pelas pessoas que usam e abusam de drogas como resultante da interação de múltiplos fatores psicológicos, sociais, econômicos, culturais e políticos.

Sodelli (2010, p. 77) sintetiza que a vulnerabilidade não é algo estático e pontual, mas sim dinâmico e contínuo: “[...] as pessoas não são vulneráveis, elas estão vulneráveis sempre a algo, em algum grau e forma, e num certo ponto do tempo e espaço”. O mesmo autor faz menção a Ayres e colaboradores (2003), destacando que as pessoas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, podendo estar vulneráveis sob um aspecto e protegidas sobre outro.

Descortina-se ainda a forte influência de como a mídia e os meios de comunicação tratam o assunto sobre drogas, apresentando especialmente informações negativas e uma visão unilateral da temática ao focar de forma sensacionalista os casos extremos de dependência de drogas ilícitas, assim como

os problemas causados para a sociedade. Essa influência contribui para fortalecer o preconceito e a intolerância sobre as questões decorrentes do uso de drogas, reproduzindo e legitimando o discurso da classe dominante, atendendo seus interesses econômicos (SODELLI, 2010).

Esse entendimento é um convite para que se possa ampliar o conhecimento sobre a temática proposta, no sentido de buscar uma compreensão de como o tema drogas é apresentado na atual sociedade, para além da relação do homem com as drogas, mas também sua relação com o mundo e o quanto esta também interfere nas relações familiares e sociais estabelecidas.

Visando aproximar a noção de vulnerabilidade com a prevenção ao uso nocivo de drogas, aponta-se ainda Sodelli (2010, p. 79-80), que compreende o quadro de vulnerabilidade da seguinte forma:

> - Componente individual – a maior vulnerabilidade não deve ser entendida como uma decorrência imediata da ação voluntária dos indivíduos, grupos populacionais ou nações, mas sim, relacionada a condições objetivas de meio natural e social em que os comportamentos acontecem, ao grau de consciência que os indivíduos, grupos populacionais ou nações têm sobre esses comportamentos e ao poder de transformação que possuem, com base nessa consciência;
> - Componente social – diz respeito a aspectos de como se dá o acesso à informação pelos sujeitos ou grupos populacionais, bem como o acesso aos serviços de saúde e educação; a aspectos sociopolíticos e culturais relacionados a determinados segmentos populacionais, a saber, as mulheres, as crianças, os idosos, as populações indígenas, entre outros; o grau de liberdade de pensamento e expressão dos diferentes sujeitos;
> - Componente programático (político-institucional) – diz respeito a aspectos como financiamentos previstos para programas preventivos, a presença ou não de planejamento das ações, a possibilidade de formação de redes ou coalizão interinstitucional para atuação, além do compromisso expresso das autoridades para tal.

Desta forma, as pessoas que usam e/ou abusam de drogas têm suas experiências no interior de uma história, imersas em um contexto socioeconômico e cultural, vinculadas à relações familiares e à sociedade na qual vivem.

Sodelli (2010, p. 81) defende que “[...] a aproximação do Modelo de Redução de Danos e da noção de vulnerabilidade [...] se dá antes de tudo, no plano da ética, da cidadania e dos direitos humanos”, entrelaçando-os com a possibilidade da construção permanente de uma rede cuidadora entre os técnicos (professor, psicólogo, médico, assistente social, etc.) e o sujeito-alvo (pessoa, família, grupos). Mediante processo de intensa reflexão sobre a questão das drogas, faz-se necessário buscar formas de apoio para reduzir suas vulnerabilidades, que

denomina por uma nova expressão: “[...] ações redutoras de vulnerabilidades ao uso nocivo de drogas.”

Para o mesmo autor, as ações redutoras de vulnerabilidades objetivam reduzir as vulnerabilidades ao uso nocivo de drogas, o que defende estar no campo do possível, ao invés de acabar com o uso destas substâncias, o que acredita estar no horizonte do impossível.

Neste ponto a abordagem da redução de danos dá ênfase à necessidade de priorizar o cuidado de vidas humanas e oferece uma prática de saúde que considera as diversidades e singularidades de cada usuário, priorizando, o que pode ser ofertado e o que deve ser feito, sempre estimulando a motivação e o envolvimento dos mesmos na condução das propostas terapêuticas (BRASIL, 2004). É importante destacar que a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor, pois reconhece cada usuário em suas singularidades, traçando com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida (BRASIL, 2004).

Destaque para o fato de que a Política Nacional Sobre Drogas, publicada em 2005, ter introduzido algumas orientações gerais sobre o tratamento, recuperação e reinserção social definindo que

> o Estado deve estimular, garantir e promover ações para que a sociedade (incluindo os usuários, dependentes, familiares e populações específicas), possa assumir com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social, [...] nos níveis municipal, estadual e federal, pelas organizações não governamentais e entidades privadas. O acesso [...] deve ser identificado, qualificado e garantido como um processo contínuo de esforços disponibilizados, de forma permanente, [...] com investimento técnico e financeiro de forma descentralizada. Na etapa da recuperação, deve-se destacar e promover ações de reinserção familiar, social e ocupacional, em razão de sua constituição como instrumento capaz de romper o ciclo consumo/tratamento, para grande parte dos envolvidos, por meio de parcerias e convênios com órgãos governamentais e organizações não governamentais, assegurando a distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros [...]. (BRASIL, 2005c, p. 5-6).

Tal política estabelece ainda as seguintes diretrizes paras as áreas do tratamento, recuperação e reinserção social:

> Promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda e ajuda mútua, hospitais

> gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros. Desenvolver, adaptar e implementar diversas modalidades de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos dependentes químicos e familiares às características específicas dos diferentes grupos [...]. (BRASIL, 2005c, p. 6).

Baseou-se ainda na Portaria Gabinete do Ministro (GM) n.º 336 de 19 de fevereiro de 2002 do Ministério da Saúde (MS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), que estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, Álcool e Drogas (CAPS ad) e Infantojuvenil (CAPSi), sendo definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Constitui-se num serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e persistentes e demais quadros que justifiquem sua permanência num dispositivo de atenção diária, personalizado e promotor da vida.

Assim, como forma de substituir o modelo hospitalocêntrico criou-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e, para sua implantação, deve-se primeiro observar o critério populacional e a realidade local para a escolha do tipo de CAPS mais adequada ao porte do município, cujos parâmetros são definidos da seguinte forma:

> Municípios até 20.000 habitantes – rede básica com ações de saúde mental;
> Municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes – CAPS I e rede básica com ações de saúde mental;
> Municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes – CAPS II, CAPS ad e rede básica com ações de saúde mental;
> Municípios com mais de 200.000 habitantes – CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSi e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

No Brasil, o primeiro CAPS foi implantado em março de 1986 na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. Com a Reforma Psiquiátrica, foram criados outros CAPS, com outros nomes e lugares, fazendo parte de um intenso movimento social. Inicialmente formado por trabalhadores da área de saúde mental, buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de

transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território” o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004). Desta forma, dentro das perspectivas de atendimento no CAPS, procura-se articular as atividades e ações de saúde mental aos serviços de atenção primária à saúde.

Destaca-se que estas modalidades de serviços devem cumprir a função no atendimento público em saúde mental e devem estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semiintensivo e não-intensivo; além de contemplar, nos casos da inexistência de serviços específicos, o atendimento às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Assim, um CAPS-ad, por exemplo, tem como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas diariamente aos usuários do serviço e à comunidade, dentro da perspectiva de redução de danos; gerenciando os casos e oferecendo cuidados personalizados; proporcionar atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento (BRASIL, 2004).

De acordo com o senso demográfico realizado em 2010 pelo IBGE, o município de Piumhi (MG) possui cerca de 31.883 habitantes, podendo comportar a modalidade de CAPS I. Entretanto, com a reunião dos municípios da microrregião de Piumhi (composta por Capitólio, Doresópolis, Vargem Bonita, São Roque de Minas e Piumhi) a Coordenação Municipal de Saúde Mental de Piumhi (MG), juntamente com o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião, propuseram e implantaram o CAPS II nesta referida cidade. Atualmente em via de negociação, a instituição do CAPS ad é embasada na diretriz mestra do processo da reforma psiquiátrica vigente no país e, em particular, em Minas Gerais. Tem como objetivo normatizar as ações de atendimento em serviços substitutivos da saúde mental para pessoas que

possuem sofrimento ou transtorno mental, com necessidades advindas do uso de crack, álcool e outras drogas, neste território de abrangência.

Na área da saúde mental, lembrando-se que atualmente a dependência de drogas é considerada um transtorno mental, Ronzani e Mota (2011) afirmam que a rede assistencial proposta pela política de saúde mental brasileira é baseada na criação de uma rede de atenção aos usuários de modelo extra-hospitalar, que deve evitar o isolamento social do paciente. Borges e Sudbrack (2001) afirmam que no âmbito da intervenção, a prática dessas redes permite expandir o repertório de possibilidades, ajudando a decidir qual ou quais das muitas redes podem ser ativadas, desativadas ou modificadas.

Acrescenta-se que a Portaria do Gabinete do Ministro (GM) n.º 336 de 19 de fevereiro de 2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) definiu, dentre as atribuições do CAPS, as que se relacionam com a atenção à família, através de atendimentos e de atividades comunitárias, enfocando a integração do usuário na comunidade e sua inserção familiar e social.

> Um dos objetivos dos CAPS é incentivar que as famílias participem da melhor forma possível, do cotidiano dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o ele mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho de CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas, também, participando diretamente das atividades do serviço. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento. (BRASIL, 2004, p. 29).

De acordo com a atual Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas de 2003, torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde, sociais e demais políticas intersetoriais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários. Sempre considerando que a oferta de cuidados à pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, como é o caso do CAPS ad, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede intersetorial.

A figura a seguir possibilita visualizar a maneira como a rede de saúde mental é pensada dentro de uma perspectiva integral.

Figura 3 – Rede de Atenção à Saúde Mental



Fonte: (BRASIL, 2004).

A partir disso, faz-se necessário ainda entender que o usuário ou dependente não pode ser considerado apenas um dependente químico, apresentando necessidades e demandas que, para serem atendidas, direcionam-se a diferentes setores e políticas, sejam elas de saúde, educação, habitação, previdência e assistência social, entre outras.

Nessa direção destaca-se a importância do assistente social, o qual pode desempenhar um papel profissional relevante na área de saúde mental; entretanto, sabe-se que para alcançar melhores formas de intervenção nas situações de dependência de álcool e outras drogas é imprescindível a interlocução de profissionais de diversas áreas, com o intuito de descobrir questões fundamentais, tanto familiares quanto sociais e, assim, elaborar possibilidades de prevenção e tratamento.

Chama-se ainda a atenção para que a prática dos profissionais no campo das políticas sobre drogas não sirva como recurso à lógica repressiva e à política de segurança pública, uma vez que, atualmente, em termos de políticas públicas sobre drogas no Brasil se tem investido mais na repressão do que na ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Defende-se que a postura dos profissionais (professores, assistentes sociais, médicos, psicológos, entre outros) envolvidos no trato desta questão seja diferente

de um posicionamento repressor, policialesco e punitivo, reflexo da herança do modelo de intolerância e guerra contra as drogas surgido e difundido nos Estados Unidos, no final da década de 1960: “[...] cuja proposta proibicionista basicamente tem duas áreas de atuação: acabar com a produção, o cultivo e o tráfico de drogas no mundo; acabar com o consumo de drogas ilegais no mundo.” (SODELLI, 2010, p. 52).

Merece destaque a situação que vem ocorrendo no estado de Minas Gerais no que se refere ao denominado Cartão Aliança pela Vida. Lançado em 2011, este cartão concede auxílio financeiro mensal às famílias que possuem parentes usuários de álcool e drogas para custeio do tratamento em clínicas ou comunidades terapêuticas. Esta ação tem tido mais aporte do que os CAPS’s, ao evidenciar a transferência de recursos dos governos municipais e estaduais para as comunidades terapêuticas.

Por outro lado, no mesmo estado nos anos 2000, existiam 90 tipos de CAPS credenciados junto ao Ministério de Saúde. Entretanto, apenas 16 CAPS ad para uma população de quase 20 milhões de habitantes, sendo que na capital do estado apenas um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e um Centro Mineiro de Toxicomania (CMT) fazem atendimento específico para a questão de álcool e outras drogas (MINAS GERAIS, 2006b).

Não se trata de medir forças com as comunidades terapêuticas, mas é preciso defender os princípios da luta antimanicomial evitando a reprodução do padrão manicominal e hospitalocêntrico por parte daqueles que defendem o tratamento pela via da internação forçada.

Neste contexto, espera-se que iniciativas como a criação da Frente Mineira sobre Drogas e Direitos Humanos (FMDDH), instituída em 2012, sejam recorrentes, uma vez que representa a articulação de entidades, instituições e movimento sociais que lutam por políticas públicas sobre drogas, baseadas nos direitos humanos e no respeito aos princípios do SUS, SUAS e da Reforma Psiquiátrica. Este coletivo trabalha na organização e no direcionamento do debate público, construindo estratégias e ações no campo das políticas sobre drogas. A FMDDH condena todos os abusos e violações dos direitos humanos praticados em quaisquer instâncias no que diz respeito aos usuários de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas.

Como foi dito, o município de Piumhi (MG), assim como a região em torno deste município, ainda não dispõem de um CAPS ad e nem possuem como

referência um dispositivo deste porte. Desta forma, o CAPS II de Piumhi (MG) institui-se enquanto referência para a demanda relacionada ao uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas desta cidade e de outros municípios integrantes da Microrregião de Piumhi, sendo eles: Capitólio, Doresópolis, Vargem Bonita e São Roque de Minas.

Assim, o CAPS II desta localidade, de acordo com a atribuição do CAPS de atender às famílias, prevista na Portaria n.º 336/GM MS de 2002; pela Portaria n.° 384/GM MS de 2005, que autoriza o CAPS a realizar procedimento a usuários de álcool e outras drogas, o fato do município não ter referência para um CAPS ad, também assume o atendimento aos familiares dos dependentes.

> Embora nossa instituição seja um CAPS II e não um CAPS ad, somos referência para álcool e drogas, com atendimento ao dependente químico, atendendo e orientando seus familiares e quando necessário com visitas aos familiares. (C2).

Segundo a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde do Brasil,

> […] 3% da população brasileira sofre de transtorno mental grave e persistente; 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% necessitam de algum atendimento em Saúde Mental, seja contínuo ou eventual. Mas somente 2,3% são encaminhados corretamente à esta área. (MACHADO, A. R., 2010, p. 13).

Nesta perspectiva, para enriquecer a análise proposta apresentar-se-á em seguida um breve levantamento do perfil do usuário de álcool e outras drogas atendido no município em questão, traçado a partir dos livros de registro de dados dos usuários que compareceram ao CAPS durante o período de Janeiro de 2010 a Junho de 2010. Tal levantamento carece de maior aprofundamento, visto se tratar de uma primeira tabulação de dados como esta, ressaltando que ainda inexistem registros organizados sobre os atendimentos aos familiares destes dependentes.

Informa-se que o CAPS de Piumhi (MG) foi criado em outubro de 1996 e desde então fornece serviço de orientação às pessoas que apresentam demandas relacionadas ao uso/abuso/dependência de álcool e outras drogas e às suas famílias; oferta de tratamento da dependência química em nível ambulatorial; encaminhamentos, quando necessários, para tratamento em instituições especializadas ou grupos de apoio. Conta com profissionais capacitados para informar os profissionais da rede sócio assistencial do município e à comunidade

sobre as consequências do uso indevido, tratamento e prevenção às drogas.

No mesmo município, conhecimentos advindos do trabalho desenvolvido por esta pesquisadora no CAPS II da cidade no ano de 2011, apontam que as demandas mais frequentes dos serviços da rede de saúde mental deste município eram: depressão, transtornos de humor, conflitos familiares, violência doméstica, ansiedade, uso e abuso de álcool e outras drogas (PIUMHI, 2011).

Esclarece-se que de Janeiro de 2010 a Junho de 2010, o CAPS II realizou 149 novos cadastros de usuários, sendo 32 destes referentes a usuários de álcool e outras drogas, o que equivale a 21,47% dos novos cadastrados neste período.

O tipo de atendimento realizado variou de acordo com a demanda apresentada pelo usuário atendido naquela unidade de saúde. Alguns buscaram orientações, pois inicialmente não apresentavam demanda para tratamento; já em outros casos, a orientação, o tratamento e o encaminhamento ocorreram quando houve demanda para tais tipos de intervenção. Ainda deparou-se com situações quando a pessoa retornou do tratamento, alegando diferentes motivos: não adaptação ao local para onde foi encaminhada; dúvidas sobre possíveis abordagens, principalmente quando algum familiar é que havia comparecido ao CAPS II solicitando apoio e só posteriormente o sujeito da ação se dispunha a tal.

Ao traçar o perfil dos usuários atendidos, identificou-se que a grande maioria era do sexo masculino, residente em diferentes bairros da cidade, tanto centrais, quanto naqueles mais periféricos; porém nestes últimos a incidência era superior. A maior parte disse ter experimentado a droga pela primeira vez na adolescência; os motivos mais frequentes apontados para iniciação ao uso de drogas foram: em primeiro lugar, a influência de pessoas do círculo de convivência, geralmente amigos; em segundo, curiosidade; e em terceiro lugar foram apontados os problemas familiares.

No período em questão, notou-se que a idade média dos usuários que procuraram o CAPS foi de 30 anos; já a idade média de início no uso de drogas foi de 15,5 anos. O usuário mais jovem atendido no período tinha 15 anos e o mais idoso 51 anos de idade. Observou-se pelos atendimentos realizados que na idade adulta as pessoas começaram a sentir mais os prejuízos causados pelo uso da droga e as convicções adolescentes “de que nada de ruim vai me acontecer” e “eu paro de usar quando eu quiser” passaram a serem revistas.

Ao ter conhecimento sobre a dificuldade em traçar um perfil exato dos

usuários de álcool e outras drogas, pretendeu-se com esse breve esboço fomentar as discussões aqui postas e provocar outras. Não se pode afirmar e generalizar os dados apresentados, já que partiram de dados documentais e de atendimentos realizados pela pesquisadora aos usuários e suas famílias no CAPS II de Piumhi no período mencionado. Tanto os usuários quanto suas famílias buscavam orientações sobre demandas de álcool e outras drogas, especialmente a respeito do tratamento da dependência pela modalidade da internação (inclusive compulsória), além do fato de que muitos ainda não haviam manifestado “querer se tratar”. Com isso cabe a indagação: será que o perfil é o mesmo nos casos onde não há o tratamento voluntário?

Para responder ou aproximar-se de uma resposta à questão problematizada, serão necessários outros dados para aprofundamento, os quais ainda não são conhecidos e que serão fundamentais para a organização adequada de uma rede de apoio para os familiares deste público.

Nesta lógica, para a organização adequada e realística de uma rede de apoio intersetorial para o dependente de álcool e outras drogas e seus familiares, esta deve se basear ainda em dados estatísticos e epidemiológicos por meio de estudos e pesquisas, a partir da prática de evidências.

Neste sentido, acredita-se que para a instituição de uma rede de apoio intersetorial às famílias dos dependentes, faz-se necessário debruçar-se sobre a realidade dos usuários para a qual se destina a ação, buscando o conhecimento de suas características pessoais (amigos, escola, trabalho, família, estado civil, situação profissional, escolaridade, idade de início do uso, etc.), quanto acerca do ambiente social, sendo importante conhecer oportunidades de lazer e recreação, a participação em atividades esportivas, frequência e tipo de “vida noturna”, se algum familiar faz uso de droga, se alguém do convívio usa droga, qual a droga de início, qual a droga atual e se é combinada com outra droga, entre outros.

Já em relação à comunidade aonde irá se inserir o serviço para o dependente de álcool e outras drogas é necessário realizar levantamentos populacionais (quanto ao uso de substâncias entre estudantes, moradores de rua, trabalhadores, profissionais de saúde, praticantes de atividades esportivas, etc.); construção de indicadores estatísticos e epidemiológicos, tais como: internações hospitalares; dados do Instituto Médico Legal para levantamentos sobre a correlação do uso de substâncias psicoativas com registros de óbitos, acidentes de trânsito, violência e

criminalidade direta ou indiretamente relacionados ao uso de álcool ou outras drogas; informações sobre a venda de bebidas alcoólicas; prescrição de substâncias psicoativas adquiridas em farmácias, etc.

No período analisado, faz-se oportuno apresentar, mesmo que de forma sucinta, a estrutura inicial da rede de atendimento para o usuário de álcool e outras drogas e seus familiares, existentes em Piumhi (MG), a qual era composta pelos seguintes serviços:

> Atenção primária (10 Programas Saúde da Família); Unidade comunitária de álcool e outras drogas (Conselho Municipal Anti-Drogas); Unidade ambulatorial e especializada (Centro de Atenção Psicossocial de Piumhi II); Comunidade Terapêutica (Casa de Maria); Grupos de Apoio e/ou auto-ajuda (A.A - Alcoólicos Anônimos, N. A – Narcóticos Anônimos; Amor Exigente, Pastoral da Sobriedade); Hospital Geral (Santa Casa de Misericórdia de Piumhi); Hospital Dia (Regime dia de tratamento intensivo oferecido pelo CAPS); Hospitais Psiquiátricos (Hospital Psiquiátrico Otto Krakauer de Passos (MG), Hospital Psiquiátrico Gedor Silveira de São Sebastião do Paraíso (MG), Casa de Saúde Paulo Menicucci na cidade de Lavras (MG)); Sistema Judiciário (Casos encaminhados pelo TJMG para avaliação, tratamento e perícias técnicas no CAPS); Sistema Prisional (Acompanhamento pela equipe do CAPS de usuários que se encontram em situação de privação de liberdade); demais serviços da rede sócio assistencial do município e microrregião (casos encaminhados pelo CRAS, CREAS, Conselho Tutelar etc. para avaliação e condutas adequadas no CAPS II). (PIUMHI, 2011).

Neste sentido, concorda-se com Saraceno (1999) que, ao se discutir sobre dependência de drogas faz-se necessário remeter à conceituação de saúde mental de forma complexa para além do modelo hospitalocêntrico, na medida em que se deve considerar tanto a dimensão biológica, quanto os fatores psicossociais enquanto determinantes no processo saúde-doença; e também a correlação da saúde aos problemas psicossociais e ambientais, ao grupo primário de apoio, ao ambiente social, educacional, ocupacional, habitacional, econômico, ao acesso a rede de serviços e de saúde, à interação com o sistema judicial/criminalidade, dentre outros.

Sudbrack (2001) por sua vez apresenta como pressuposto que caracteriza a mudança da abordagem tradicional à metodologia de tratamento da dependência química - na perspectiva de trabalho intersetorial - a passagem da exclusão, segregação e internação do dependente de drogas à construção de redes sociais de apoio familiar, junto à comunidade, aos serviços de assistência, tratamento, entre outros parceiros.

O coordenador 7 se refere à necessidade de aumentar os equipamentos sociais, sugerindo, por exemplo, a reestruturação de serviços com foco no fortalecimento de vínculo com as famílias dos dependentes de drogas, os quais consequentemente possam contribuir para o melhor entendimento das mesmas sobre tal problemática.

> [...] se a gente trabalhar com o serviço de convivência e fortalecimento de vínculo fazer com que essas famílias consigam ter um entendimento melhor entre si, o problema social ele não é só um problema de dinheiro, ele é um problema muito mais enraizado na estrutura familiar, então eu penso que pra melhorar a gente teria que aumentar os equipamentos, reestruturar [...]. (C7).

Desta forma, a rede de apoio intersetorial para pessoas com necessidades provenientes do uso de álcool e outras drogas, deverá ser organizada de acordo com as características das pessoas e seus familiares, do ambiente em que vivem, inclusive à força dos estímulos para o uso de substância psicoativa que os envolvem como aos recursos existentes na comunidade para a concretização e eficácia dos serviços.

Neste debate, a Lei n. 10.216 de 2001 (que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental) não trata especificamente da questão do tratamento da dependência química; mas se a dependência química for considerada transtorno mental, a leitura a ser feita é que tal questão deve ser tratada de acordo com esta Lei (BRASIL, 2001a).

Sendo assim, para melhor problematização da questão ora posta, menciona-se o Art. 2°, parágrafo único, inciso IX da Lei n. 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001a), o qual traz a afirmação de que “[…] a pessoa com transtorno mental tem o direito de ser tratada preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental.” Com isso, a internação somente deverá ocorrer após esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração possível e que todas as tentativas de utilização das demais possibilidades deverão ser feitas antes de se decidir pela internação do dependente de álcool e outras drogas; e quando esta for a intervenção, deverá ser realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Para fins de reflexão, cabe ainda destacar que nos tempos atuais, e não só

nestes, vivencia-se posicionamentos que vão desde a criminalização da pobreza - aqui leia-se também, dos dependentes de álcool e outras drogas - até a internação compulsória, o que remete à práticas higienistas e de “limpeza” urbana que de alguma forma incomodam o sistema social.

Entende-se que tais práticas também vão de encontro ao que se pode denominar de violência social, que para Odália (2006) está presente em todas as partes da sociedade, surgindo logo ao se ligar a televisão e ao ler um jornal; presente na discriminação racial, nas diferenças entre as classes sociais, na fragmentação do trabalhador, nos preconceitos políticos, combinada com uma sociedade que está mais preocupada em produzir e vender produtos sofisticados, ditando comportamentos e modelos a serem seguidos, dentre outras nuances.

Numa perspectiva de totalidade, faz-se necessário integrar as políticas em relação às drogas às políticas sociais mais gerais, especialmente, as públicas, buscando parcerias com outras instituições: de educação, saúde, meio ambiente etc., respeitando as particularidades históricas, sociais e culturais nas ações de enfrentamento da problemática das pessoas que usam e/ou abusam de drogas, além de assegurar as condições e os recursos necessários à continuidade das ações (SODELLI, 2010).

Esses e outros aspectos permearam esta pesquisa, conduzindo o debate sobre a questão das drogas e as formas com esta vêm sendo tratada, com o intuito de ser um espaço para contribuir e qualificar outros debates.

3.4 Drogas, redes e a intersetorialidade no trabalho social com famílias

Como visto, na atualidade a atenção às pessoas e às famílias que enfrentam problemas com o uso/abuso/dependência de álcool e outras drogas está baseada legalmente na lógica da Reforma Psiquiátrica, que pressupõe tratamentos ambulatoriais, com modelos de redução de danos e, acima de tudo, garantindo seus direitos. Ação esta só poderá acontecer a partir do momento em que se estruture uma rede de apoio e de cuidados intersetoriais que trabalhe com a lógica da diminuição dos fatores de risco e ampliação dos fatores de proteção, respeitando a diversidade e complexidade, tanto no que se refere às famílias quanto à dependência de álcool e outras drogas.

Utiliza-se a seguinte definição de redes de apoio

> [...] um sistema de organização de pessoas e/ou instituições que se reúnem em torno de um objetivo ou tema comum. Uma rede social deve ter como princípio uma postura democrática e participativa, de modo que as pessoas colaborem entre si sem competir por lideranças ou por poder. As redes se sustentam pela vontade e afinidade de seus integrantes, caracterizando-se como um significativo recurso para a organização comunitária, tanto em termos das relações pessoais quanto para a transformação social. Estar em rede significa realizar conjuntamente ações concretas. Essa estratégia ajuda as instituições e as comunidades a chegarem mais rapidamente a seus objetivos. (VENETIKIDES**;** CORDELLINI, 2008, online).

Segundo Mota, Moreira e Laport (2013, p. 393) mencionando Bourguignon (2001), “[...] rede remete à idéia de conexão, ações complementares e relações horizontais entre parceiros, para garantir a integralidade da atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados e em situação de risco social e pessoal.”

Aqui, entende-se rede social como "[...] o campo presente em determinado momento, estruturado por vínculos entre indivíduos, grupos e organizações construídos ao longo do tempo." (MARQUES, 1999, p. 46), podendo esses vínculos serem de natureza intencional ou não, mantendo-se em constante interação e modificação, demonstrando a característica dinâmica das redes e relações, tanto como das políticas sociais (JUNQUEIRA, 2000).

Comumente, as chamadas redes de apoio intersetoriais devem ser representadas por diferentes sujeitos sociais implicados nas mais diversas esferas de direitos, que deverão, além de lançar mão da responsabilidade de ação que lhes competem, compartilhar a corresponsabilidade pelo cuidado das pessoas, de modo a assegurar atenção integral às mesmas. Tal atenção deve ser extensiva ao grupo familiar, o qual por sua vez, deve assumir o papel de um dos componentes desta rede, visando distanciar-se da posição de assistido, tutelado e apenas receptor de ações. Com isso, enfatiza-se a necessidade de chamar as famílias para a posição de protagonistas no firmamento desta rede de cuidados e atenção voltada para o campo da drogadição.

A atenção integral busca incorporar ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e assistência primária, secundária, terciária e de redução de danos, que devem ser realizadas em parceria entre organizações governamentais e não governamentais, além de resgatar as diversas competências e responsabilidades, inclusive de familiares e dos usuários de álcool e outras drogas.

Esta forma de trabalho, denominada de intersetorialidade é, portanto, a articulação entre sujeitos de setores sociais diferentes e, também, com saberes,

poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas ou situações complexas e/ou abrangentes (FEUERWERKER; COSTA, 2000).

Ao longo da história, a intersetorialidade tem se apresentado na literatura enquanto conceito utilizado em diferentes áreas com diversas perspectivas, predominando publicações na área da Administração Pública e da Saúde Coletiva (MOTA; MOREIRA; LAPORT, 2013).

Para melhor entendimento da perspectiva intersetorial, aponta-se outro eixo fundamental para sua construção: a interdisciplinaridade.

Na busca da conceituação de interdisciplinaridade foi analisado o significado do precedente “inter” apresentado por Rodrigues (1998), que remete à troca, à permuta existente num processo de reciprocidade entre as áreas do conhecimento; posteriormente o termo “disciplinaridade”, oriundo do verbo disciplinar, reflete ao significado de ciência, num sentido de constante aprendizado.

Concorda-se com Rodrigues (1998) que o trabalho interdisciplinar melhora o desenvolvimento da equipe por meio da articulação dos diferentes saberes, da troca de experiências em um processo de constante aprendizado, favorecendo no aumento da qualidade dos serviços prestados pelos profissionais e consequentemente na satisfação da comunidade que, por sua vez, traz uma carga de complexidade sobre o objeto (indivíduo) em estudo.

Indiscutivelmente, a intersetorialidade deve ser considerada como um dos eixos estruturantes das políticas públicas e aproxima-se como parte integrante do que, contemporaneamente, vem se discutindo sobre o enfrentamento da problemática do fenômeno da dependência de álcool e outras drogas numa perspectiva intersetorial.

No contexto das drogas, a intersetorialidade está inserida no plano legal pela Lei n. 11.343 de 2006 (BRASIL, 2006b) e no político pela PNAD, que chamam para a responsabilidade compartilhada, reportando-se à medidas de redução de danos, prevenção, atenção e reinserção social de usuários e dependentes, além da repressão à produção e circulação não autorizada de drogas.

A partir disso, acredita-se que os objetivos traçados pela atual política nacional sobre drogas só serão alcançáveis se articulada a outras políticas públicas como: saúde, educação, habitação, assistência social, segurança pública, etc., respondendo às diferentes demandas dos usuários, contribuindo para que os mesmos possam de fato ter acesso a estas políticas setoriais.

Neste contexto, os diversos sujeitos sociais precisam ter consciência que nenhum setor tem poder suficiente para dar conta das questões do dependente e de seus familiares, e que a ação intersetorial pode possibilitar respostas mais potentes e resolutivas, em vista das articulações possíveis de serem feitas ao se trabalhar em rede.

Tal entendimento também é defendido pelo coordenador 4, como se vê no seguinte fragmento:

> A formação da rede, esse pra mim eu acho que era primordial, é aquele trabalho que a gente tem toda uma estrutura no município, CAPS, CREAS, CRAS, Assistência Social, Conselhos, Clinicas de Recuperação, Piumhi tem uma estrutura muito boa pra poder trabalhar, só que é cada um trabalhando independente, por mais que a hora que a gente precisa a gente vai lá e pede e resolve o trabalho não pode ser assim, trabalho tem que ser junto mesmo numa questão até de prevenção, a gente não pode só buscar e articular o problema [...] porque a rede teria que ter participação de todos os conselhos, aqui a gente não consegue ter uma ligação, por exemplo, com o conselho tutelar, com o conselho da criança e do adolescente, aqui em Piumhi deve ter mais de dez conselhos, a rede busca essa harmonia entre os conselhos e entre os serviços que o município oferece e isso não existe, existe esse apoio entre as pessoas que estão ali, que acabam se conhecendo e a gente acaba tendo certo contato e fazendo isso, mas aquilo do serviço funcionar mesmo a gente não conseguiu fazer, eu acho que se a gente fizesse isso à gente conseguia minimizar o problema porque resolve […]. (C4).

Diante disso, vale ressaltar que em Piumhi a rede tem funcionado em nível informal, pessoal e doméstico, e não no profissional.

Junqueira (2000) contribui afirmando que as redes articulam pessoas e instituições que buscam soluções de maneira compartilhada, na superação de problemas sociais, defendendo que as mesmas devem ser orientadas na sua ação, buscando respeitar a autonomia e as diferenças de cada membro partícipe.

Deste modo, os conceitos de intersetorialidade e de rede apresentam-se como mecanismos de gestão e intervenção que podem e devem articular serviços, instituições governamentais e não governamentais, comunidades, movimentos sociais, visando responder de forma inovadora aos problemas sociais.

Para Mota, Moreira e Laport (2013, p. 391) referenciando Schutz e Mioto (2010),

> [...] pensar a intersetorialidade não significa exclusão da setorialidade, mas ações integradas articuladas de diversos setores. No entanto, a integralidade da atenção se coloca como grande desafio a ser discutido nas iniciativas intersetoriais. Desafio que se apresenta frente à configuração fragmentada e desarticulada da política pública brasileira, o que por vezes dificulta o atendimento das necessidades da população em sua totalidade.

Como forma de enriquecer este debate, menciona-se que ao final das entrevistas, os sujeitos da pesquisa foram questionados acerca do que consideravam ser necessário para aprimorar os atendimentos que são oferecidos às famílias dos dependentes de drogas no município de Piumhi (MG).

Os mesmos disseram acreditar que para aprimorar os serviços socioassistenciais oferecidos às famílias dos dependentes de álcool e outras drogas faz-se necessário o efetivo trabalho em rede, como forma de superar a desarticulação e fragmentação das ações atualmente oferecidas pelas Instituições que desenvolvem trabalhos sociais no contexto da dependência.

A fala da assistente social 7 exemplifica tal ideia.

> Tá faltando essa rede ser rede, a rede tem vários serviços, os dependentes das famílias passam por todos eles, mas eu não acredito que isso funcione como rede, porque a gente não tem muito *feedback*, você encaminha depois você não tem retorno do que aconteceu com aquela família que você encaminhou, você só tem quando ela volta com o mesmo problema, com a mesma solicitação de que nada deu certo [...] eu acho que é necessário um melhor funcionamento dos serviços enquanto rede, a gente tem muitos serviços, mas assim a gente não tem essa integração [...]. (AS7).

Convém mencionar que o retorno das famílias às instituições apresentando a mesma solicitação sinaliza o não êxito das ações pensadas para este público neste contexto, abrindo margem para que outras reflexões sejam feitas tantos pelos gestores, quanto pelos próprios profissionais, no sentido de traçar formas mais resolutivas de realizar os atendimentos desta demanda.

Por outro lado, a assistente social 5 considera que

> [...] a rede de serviços sócio assistenciais aqui (Piumhi) está no rumo certo [...] mesmo sabendo que sempre há o que aprimorar, mas hoje a família consegue mais suporte, quando a gente encaminha a resposta é rápida [...] porém é <u>péssimo o trabalho de prevenção</u>, sendo que o município não oferta este trabalho (AS5, grifo nosso).

No que se refere ao trabalho preventivo no campo das drogas que tem sido realizado pelas instituições, a coordenadora 4 disse que

> [...] um dos últimos projetos que foram feitos em Piumhi foi a inclusão na grade curricular das escolas municipais, um programa pra trabalhar a criança, pra que ela não se torne um futuro dependente, isso foi feito numa parceria junto com o Amor Exigente, que é um grupo que trabalha com a família e o usuário, e nós conseguimos a aprovação de uma Lei Municipal que fosse incluído da grade curricular esse projeto [...]. (C4).

Concorda-se com Mota, Moreira e Laport (2013, p. 395) que a perspectiva intersetorial “[...] lança luz à importância de atenção preventiva que, conforme se observará, tem um papel fundamental na redução do consumo abusivo de drogas, sendo uma medida consideravelmente menos custosa.”

Mas assim, como mencionado pela assistente social 5, outra profissional com a mesma formação, afirma que

> Falta a questão da prevenção [...] na verdade dependência química necessariamente é investir em prevenção, enquanto ação que vai dar um resultado; enquanto a gente trabalhar só com o que já está, nós vamos estar sempre correndo atrás de algum prejuízo, na verdade [...]. Claro que você tem que trabalhar o dependente que já é dependente, mas precisaria muito se investir em prevenção, e não se faz isso, não se faz nem em grupo de risco, que esse também é um trabalho fundamental, você tem grupos ali que indicam um alto risco de envolvimento com droga, já criança, pelo ambiente, pela questão do histórico familiar, pelo comportamento que ele já apresenta na infância, e ai isso não sofre intervenção e a hora que você vê lá na adolescência, o adolescente já ta envolvido, mas ele na verdade já vinha com sinais de risco de que isso aconteceria na vida dele e os serviços não estavam atentos, não atuaram da forma como deviam. (AS7).

Diante disso, no campo da prevenção, especialmente voltada às crianças e aos adolescentes, faz-se necessário planejar ações para indivíduos ou grupos específicos de acordo com determinadas características que, teoricamente estariam mais vulneráveis por estarem inseridos em contextos com maior incidência de fatores de risco do que de proteção. Contudo, é importante ressaltar que embora não exista um único tipo de prevenção para todas as populações ou grupos, os diferentes serviços/instituições precisam, após identificar as necessidades do seu público alvo, estarem atentos para levantar quais seriam os melhores tipos de prevenção para serem desenvolvidos em seus territórios de abrangência. Em outras palavras, a implementação de políticas adequadas a cada contexto é fundamental para o sucesso destas políticas.

Na mesma direção, a coordenadora 7 pondera que embora se precise pensar na questão da prevenção, é preciso considerar a situação da dependência já existente que carece de abordagens, focando o tratamento:

> [...] eu acho que pra gente poder combater a droga, primeiro é aquela coisa que eu falei é a prevenção. Nós temos que começar a trabalhar, os CRAS precisam trabalhar com a situação da prevenção, mas eu acho que a gente também não pode fechar o olho para aquilo que já aconteceu com aquelas pessoas que já estão naquela situação e pra essas pessoas, eu acho que seria necessário um local, uma estrutura, um tipo de trabalho pra que faça a

> desintoxicação [...] pra que ela saia de lá apta a conviver com as pessoas, apta a voltar ao trabalho, muitas vezes eles vão internar, saem, e não dão resultado algum [...]. (C7).

Tal passagem traz a concepção do “combate às drogas”, mas alerta para a necessidade da prevenção. Ainda defende que é de fundamental importância a realização de ações “curativas” que possam promover a desintoxicação dos dependentes de drogas e álcool, para que tenham condições de se engajarem em continuarem seus tratamentos de saúde.

Os sujeitos da pesquisa deram ênfase a outro aspecto importante durante a pesquisa: a necessidade da implantação do CAPS ad para o oferecimento de apoio adequado às famílias. Também chamam à atenção para a realização de ações de prevenção que sejam eficazes junto às crianças e aos adolescentes, inclusive no meio escolar, almejando também que sejam traçados programas e políticas efetivas para melhor qualificação do atendimento, dentre outros aspectos.

> A implantação do CAPS ad, que poderá oferecer serviço especializado aos usuários, bem como às suas famílias e contribuir para a qualificação do atendimento da rede sócio assistencial a esta demanda. (AS3).

> Falta aos serviços existentes trabalharem com estas famílias, dar mais suporte, oferecer o apoio adequado e específico às famílias; o que poderá acontecer quando for implantado o CAPS ad. Falta a realização de um trabalho unificado e de proteção voltado às famílias, com ações para crianças e adolescentes em conflito com a lei, com ações dos governos, com programas e políticas efetivas. (C2).

> Melhoria de qualificação no atendimento; orientação às famílias dos dependentes químicos; orientação escolar e o trabalho preventivo nas faixas antes de tornarem-se dependentes e usuários de drogas. (C3).

Defende-se ainda a importância de ações integralizadas, uma vez que os usuários destas políticas não se fragmentam por suas demandas e necessidades, que são inúmeras e diversificadas. A integração e efetivação das políticas de saúde, ação social, educação, esporte, cultura, lazer e o apoio de legisladores, profissionais da justiça, família, e os próprios dependentes é que garantirão uma mudança de paradigma em relação à prevenção e a assistência referente ao uso de álcool e outras drogas na atualidade.

Contudo, os entrevistados alegaram dificuldades para o trabalho com famílias:

> [...] a questão é que a quantidade de pessoas envolvidas no trabalho que a gente tem hoje é um número ainda insuficiente de profissionais. (C7)

Além do fato de que

> [...] deveria haver mais grupos de apoio no município para os dependentes químicos e uma equipe de profissionais (assistente social, psicólogo) para atender a família do dependente. (AS1).

Cabe ainda ressaltar a importância do envolvimento e responsabilidade da sociedade e dos diferentes meios de comunicação como importantes mecanismos formadores de opiniões em relação à essa mudança de paradigma; também em relação ao enfrentamento dessa problemática ao ter o cuidado de realizar as ações preventivas e tratamento de maneira ética, técnica e legal.

Entretanto, para haver modificação de uma determinada realidade, os diferentes serviços da rede intersetorial, por meio de diversos profissionais, devem ter uma boa relação entre os membros da equipe para desenvolver seus conhecimentos específicos de uma forma compartilhada. É preciso levar em conta a reciprocidade dos saberes, analisando e somando as respostas adquiridas em coletividade, dar prioridade às necessidades do usuário, ter fundamentação teórica e domínio técnico-operativo e transformar teorias em prática. Ao entender primeiramente a linguagem e o significado das expressões da questão social imposta pelos sujeitos atendidos, podem desenvolver formas adequadas para o atendimento das demandas impostas com acolhimento, integralidade, equidade e humanização.

Todavia, para atingir tal objetivo é fundamental que haja a disponibilidade dos serviços e dos profissionais para realizar o trabalho intersetorial.

> [...] essa própria disponibilidade de atuar enquanto rede é uma dificuldade porque nós vivemos em instituições que são muito fechadas em si, então assim ‘eu faço tudo que eu posso e o que eu preciso, a outra que é falha [...] eu acho que as instituições são muito fechadas no trabalho de rede e isso dificulta esse funcionamento enquanto rede, apesar de ser vários serviços você tem cada um atuando isoladamente, muito dependendo do profissional [...] então essa também é uma dificuldade de aprimorar mais, precisa de articulação, a rede ser rede, ela não é uma rede ela, é um emaranhado de serviços desorganizados. (AS7, grifo nosso).

A assistente social 7 chama a atenção para um grande desafio: a dificuldade do trabalho interdisciplinar e intersetorial, ou seja: envolver, de forma integrada, diferentes profissionais, setores e políticas públicas (ou não), no nível local para definir sua política própria sobre álcool e outras drogas, com vistas à superação do

trabalho fragmento, isolado e desorganizado que tem sido realizado, o qual possivelmente não tem apresentado resultados expressivos neste contexto.

A mesma profissional prossegue descrevendo uma iniciativa inovadora e importante no sentido da construção de uma rede intersetorial no município de Piumhi (MG).

> [...] esse ano (2014), a gente realizou um seminário para tentar formar nossa rede, fazer com que ela funcione, ai a gente montou um seminário, fez uma cartilha junto com a prefeitura, o CREAS e o CRAS, de todos os serviços existentes e teve o seminário onde a gente apresentou, entregou essa cartilha pra cada instituição e falando da importância das pessoas conhecerem como é o fluxo de um problema, os serviços que existem e como é que deveriam funcionar e nos colocamos a disposição pra estar indo nas instituições pra falar da rede [...] e assim: não teve nenhuma solicitação da gente ir às instituições, então eu acho que a gente ta é apagando incêndio [...] não era só pra entregar essas cartilhas, era pra que a gente começasse a fazer as discussões, por exemplo, a questão da dependência química, quais são os serviços envolvidos? Vamos sentar e vamos ver o que esta sendo feito, o que não está, porque não está, o que poderia [...] a gente ta sempre começando como se fosse do zero, uma família chega aqui, ai eu vou começar meu trabalho parecendo que eu to começando, mas ela já tem um histórico de CAPS, de Conselho tutelar, de uma serie de serviços que ela já foi atendida e eu trabalho como se fosse a primeira vez que aquela família tivesse sofrendo uma intervenção e na verdade não é, a hora que se busca, porque na verdade nem busca, quando a gente vai buscar os contatos já teve um monte de coisas que já foram feitas [...]. (AS 7, grifo nosso).

O trecho em destaque sinaliza a realização de ações paliativas e imediatistas no campo das drogas, o que acaba despertando a frustração de alguns profissionais e instituições, que podem acabar por também se sentirem “falhos” e “incapazes” de contribuir para mudanças que conduzam a intervenções efetivas e resolutivas junto aos casos atendidos.

Isso confirma as palavras de Junqueira (2000, p. 40) ao relatar que "[...] a rede pode resultar um saber intersetorial, ou mesmo transetorial, que transcende as relações intersetoriais na construção de novos saberes, de novos paradigmas." Portanto, há a necessidade de mudanças e de articulação com outros setores e políticas sociais para o enfrentamento resolutivo do fenômeno da dependência de álcool e outras drogas.

Sendo assim, a abordagem integral das famílias no contexto das drogas deve ser facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares, como forma de obter maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença.

Simultaneamente, espera-se que, mediante a abordagem interdisciplinar seja buscado uma visão globalizada diante das mazelas deixadas pela questão social, enquanto um objetivo comum. Ainda, que seja capaz de se estender do campo individual para o campo coletivo, partindo de um ponto com diversos pensamentos, idéias e opiniões para uma visão de totalidade.

A torcida volta-se para que as ações coletivas sejam coerentes e resolutivas perante as necessidades da população usuária, a partir da mediação dos seus interesses, viabilização dos seus direitos sociais (garantidos na CF de 1988) e prestação de serviços de qualidade, na promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas que vivenciam a dependência de drogas.

Neste estudo, encontrou-se de forma corrente a defesa de que a intersetorialidade deva ser considerada como um dos eixos estruturantes das políticas sociais, especialmente as de iniciativa pública, como um caminho para se aproximar do que contemporaneamente vem se discutindo sobre as melhores práticas no enfrentamento da problemática do fenômeno da dependência de álcool e outras drogas.

Contudo, sabe-se que trabalhar com a intersetorialidade é um grande desafio, visto que os serviços ainda trabalham de forma fragmentada e compartimentalizada, requerendo formar uma grande rede de atenção para conferir o apoio às pessoas que demandam por intervenções em matéria de dependência de drogas.

Os diversos sujeitos sociais precisam ter claro que nenhum setor tem poder suficiente para dar conta de forma exclusiva das questões do dependente de drogas e de seus familiares; a ação intersetorial pode possibilitar intervenções mais qualificadas e resolutivas, em vista das articulações possíveis de serem feitas ao se trabalhar em rede, articulando pessoas e instituições na busca compartilhada e corresponsável de respostas às demandas sociais apresentadas. Nesse sentido, o trabalho social com famílias, na perspectiva de redes de apoio intersetorial, busca respeitar a autonomia e as diferenças de cada membro e/ou serviço participante (JUNQUEIRA, 2000).

De fato, nenhuma área do conhecimento é autossuficiente para responder às diferentes demandas apresentadas na atualidade. Os vários níveis de serviço/atendimento devem ter uma postura interdisciplinar na articulação dos saberes, superando as especialidades e especificidades de cada área e rebatendo a questão da formação profissional, que é cada vez mais fragmentada

e especializada; neste ponto, reforça-se o campo da ciência como o mais importante.

Parafraseando Junqueira (2000, p. 39) acredita-se na “[...] articulação de instituições que se comprometem a superar de maneira integrada os problemas sociais”, formando as redes que são construídas por diferentes sujeitos sociais com objetivos compartilhados, norteando suas ações e demonstrando a importância das instituições públicas e privadas ao desenvolverem seus saberes e o compartilharem de forma integrada, a serviço do interesse coletivo.

Tais considerações foram feitas no sentido de elucidar questões referentes ao trato e implementação das políticas públicas de atenção às drogas. Tal passo não é conclusivo e nem encerra a discussão; o intuito foi contribuir para o debate sobre tais políticas, defendendo que, mesmo que sua efetivação seja complexa, ao contar com sujeitos sociais engajados e uma rede intersetorial fortalecida, com profissionais qualificados para atuar diretamente na realidade apresentada pelos dependentes de drogas e suas famílias e com a existência de instituições públicas que desenvolvam ações capacitadas para tal demanda, poder-se-á construir ações bem sucedidas, com possibilidades de transformações imprescindíveis neste processo.

> É preciso aprimorar as políticas públicas. O erro é conjuntural, a matriz é sócio-política.[...] Dá pra dizer que falta, como falta a instalação do CAPS ad, mas é preciso resolver a conjuntura também. (C5).

Em suma, é possível entender que para a compreensão do fenômeno da dependência ao álcool e outras drogas e a repercussão desta problemática no que tange ao universo familiar, faz-se necessário considerar os diferentes determinantes e desafios ainda postos na contemporaneidade, tendo em vista a ampliação dos nossos horizontes em relação a esta temática. Em outras palavras, precisa-se abordar a drogadição como uma categoria transversal presente em vários contextos da vida cotidiana e que se apresenta com múltiplas facetas.

Com isso, compreendendo a família como provedora de cuidados e portadora de direitos, entende-se a relevância de políticas públicas voltadas à prevenção e ao tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas. E a partir do foco de abordagem desta pesquisa, defende-se a necessidade de programas e

projetos que atendam às demandas, tanto dos dependentes de álcool e outras drogas quanto de suas famílias. Dessa maneira, podem tornar-se temas de pesquisas futuras no ambiente do Serviço Social e áreas afins.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não, não tenho caminho novo.
O que tenho de novo é o jeito de caminhar.
Tiago de Mello.

Com o desenvolvimento dessa pesquisa foi possível experimentar uma profunda imersão no tema e entender que a discussão sobre as problemáticas familiares vividas em todas as suas dimensões e particularidades constitui-se em uma tarefa difícil e complexa, que ainda suscita muitos aprofundamentos.

Inegavelmente, a família é uma construção social que vem passando por transformações ao longo da história da humanidade, constituindo diversas formas de se viver em família. Desta forma, tornou-se prudente falar em pluralidade de famílias, constituindo espaços contraditórios permeados por necessidades, relações afetivas e também conflituosas.

O Estado neoliberal, através de suas políticas mínimas e a oferta irregular de serviços públicos oferecidos à população, tem se tornado incapaz de oferecer políticas públicas efetivas voltadas para o fortalecimento dos contextos familiares, o que permite que rebatimentos se deem de formas variadas neste espaço, causando grande impacto no cotidiano das famílias, independentemente de suas configurações, como: gravidez precoce, desemprego, violência, alcoolismo, drogadição, trabalhos precários, baixa escolaridade.

Diante do estudo em voga, é possível afirmar que o Estado tem se desresponsabilizado de matérias de sua competência, como a questão das drogas, chamando cada vez mais a sociedade civil e também as famílias para responder às demandas desta importante expressão da questão social, através de um discurso de responsabilidade social e da centralidade das famílias nas políticas públicas na atualidade.

Obviamente, a implementação e acompanhamento efetivo de ações intersetoriais por parte das diferentes políticas públicas, com certeza contribuiria para a melhoria da qualidade de vida das famílias, inclusive aquelas que têm problemas relacionados com a dependência de drogas.

Outro fator relevante que chama a atenção é o quanto que tornou-se “natural” para a sociedade discriminar as pessoas que fazem uso problemático de drogas, taxando-as e estigmatizando-as, ao invés de procurar entender o significado que a

droga possui em suas vidas. Faz-se necessário realizar trabalhos sociais que partam do prisma de que as questões sobre a dependência de álcool e outras drogas são multideterminadas e construídas historicamente pelos homens, os quais desde a Antiguidade recorrem ao uso de substâncias psicoativas para aliviar sua própria existência, motivados por diferentes aspectos: culturais, religiosos, místicos, medicinais, entre outros.

Desta forma, não se pode dizer que o consumo das drogas não é o fator importante e exclusivo de problemas de ordem familiar ou falhas educativas, mas sim de um somatório de fatores relacionais, familiares, conjunturais e sociais.

Destacou-se que quando se fala em uso de drogas, geralmente busca-se um responsável para tal problemática, condenando geralmente a família, sem ao menos visualizar que todos os envolvidos, inclusive a própria sociedade e o Estado, são corresponsáveis para fomentar ações de enfrentamento a tal questão.

Foi interessante notar que o discurso das assistentes sociais entrevistadas sugeriu com maior frequência do que o dos coordenadores a culpabilização e a responsabilização das famílias pelo problema social vivenciado: a dependência de álcool e outras drogas. Este ponto de vista diverge do sexto princípio fundamental do atual Código de Ética Profissional do Assistente Social, que define que os (as) assistentes sociais devem se empenhar “[...] na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças.” (CFESS, 2011, p. 23).

Tal fato significou um convite a pensar sobre a formação dos assistentes sociais na contemporaneidade. Embora esta não seja uma proposta da pesquisa, pede-se licença para tecer algumas considerações a este respeito, visando melhor compreender uma possível “reatualização” do conservadorismo no seio da profissão do Serviço Social, uma vez que embora a categoria profissional tenha um projeto societário hegemônico, esta não é homogênea.

Entre outros autores, Iamamoto (2007) destaca-se na discussão sobre a formação profissional, dizendo que essa não se restringe à oferta de disciplinas que proporciona uma titulação do profissional de Serviço Social. Esses conceitos remetem à formação de profissionais qualificados, habilitados teórica e metodologicamente, para que possam entender os resultados de sua prática no jogo das forças sociais.

Nessa lógica, aponta-se também que, a partir dos anos de 1990, algumas

mudanças ocorridas no contexto universitário foram ditadas pela lógica do mercado e pela cultura globalizada, sendo necessária a adequação das políticas educacionais aos ajustes estruturais da esfera econômica. Tem-se então a mercantilização do ensino superior no país, que remonta a um conjunto de questões das mais variadas modalidades: aligeiramento dos cursos de graduação, cursos sequenciais, mestrados profissionalizantes, crescimentos vertiginosos das instituições privadas de ensino superior, “dissocialidade” do ensino, pesquisa e extensão, bem como sistemas de avaliação de cursos, educação à distância, entre outros.

Essa lógica mercantilista acarreta, entre outras repercussões, em desqualificação profissional, em formação com conhecimentos superficiais que atendam de forma técnica as exigências do mercado e a mudança de perfil profissional que contemple a prestação de serviços dentro do imediatismo apresentado na realidade social.

O conjunto de mudanças societárias advindas desse quadro reflete diretamente no processo de formação profissional de todas as áreas de conhecimento, reafirmando a necessidade de superação de práticas, conceitos, teorias, culminando, por exemplo, no processo necessário de revisão curricular.

Ressalta-se que esse processo configura-se também em um movimento permanente de discussão da formação profissional no Serviço Social, com destaque para o protagonismo da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), que desde 1978 dirigiu o processo de redefinição da formação profissional do assistente social.

No que tange ao Serviço Social, na contemporaneidade, depara-se com os mais variados desafios, como: vínculos de trabalhos precários, baixa remuneração, atendimentos de pessoas que vivem na extrema desigualdade social, a qual traz impactos em diferentes esferas de suas vidas, entre outros.

Neste sentido, é relevante destacar que especialmente a partir dos anos de 1980, a formação dos assistentes sociais buscou avançar na compreensão do estado capitalista, das políticas sociais, dos movimentos sociais, do poder local, dos direitos sociais, da cidadania, da democracia, do processo de trabalho, da realidade institucional, dentre outros temas, uma vez que o Serviço Social se vê em confronto com um conjunto de transformações societárias, sendo desafiado a compreender e intervir nessas novas configurações. Assim, é chamado a atuar em defesa da cidadania, da não discriminação em qualquer circunstância, do respeito à

diversidade e às diferenças e com presença garantida junto à batalha pelos direitos sociais, decorrente da luta contra o estigma do assistencialismo e do conservadorismo no seio da profissão.

Pode-se falar que, a partir das décadas de 80 e 90 do século XX e XXI, a categoria profissional constituiu-se em intensa participação. Foram ganhos ao longo dos anos o projeto ético-politico da profissão que integra valores, escolhas teóricas interventivas, políticas, éticas, dentre outros, significando a tomada de uma determinada direção social da profissão.

Não há como negar que o Serviço Social, nos últimos anos, enfrentou desafios herdados no último século. Todavia, merecem destaque os ganhos obtidos, que são expressamente válidos para a categoria profissional. Nesse novo cenário de transformações e desafios, os assistentes sociais são chamados a serem criativos e competentes com base no projeto ético-politico que os norteia em sua atuação profissional nos mais diferentes espaços socio-ocupacionais. Com isso, a formação profissional dos assistentes sociais pressupõe a existência de um sólido suporte teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo.

Desta forma, os instrumentos normativos do Serviço Social, construídos coletivamente pelos assistentes sociais, como o projeto ético-político, “[...] fortalecem e respaldam as ações profissionais na direção de um projeto em defesa dos interesses da classe trabalhadora e que se articula com outros sujeitos sociais na construção de uma sociedade anticapitalista.” (CFESS, 2011, p. 14).

Ao resgatar as considerações sobre o que foi discutido propriamente nesta pesquisa, foi surpreendente o fato de terem sido os coordenadores das instituições que manifestaram com maior veemência concepções mais ampliadas sobre as configurações familiares, dizendo que a problemática das drogas pode alcançar qualquer pessoa, independentemente de classe social, religião ou raça; ou seja, pode incidir em configurações familiares diversas.

Os profissionais de serviços de atendimento a usuários de drogas, tanto os assistentes sociais, quanto os coordenadores, afirmaram que, frequentemente, deparam-se com um desafio que se constitui em uma das especificidades no atendimento das demandas relacionadas à dependência de álcool e outras drogas: a ausência de um pedido próprio ou pessoal de tratamento, sendo comum a família buscar inicialmente por este.

Para os mesmos sujeitos, a maior expectativa das famílias é pela solicitação

da internação dos familiares dependentes de álcool e outras drogas, os quais ainda mencionaram a sobrecarga, tanto financeira, quanto física e emocional, que as famílias enfrentam na relação do cuidado com a convivência com a pessoa dependente de substâncias psicoativas. Aqueles que cuidam dos usuários muitas vezes sentem-se fragilizados e “impotentes” para dar o apoio necessário, desencadeando atitudes como: incompreensão familiar, rejeição, culpa e vergonha. Neste sentido, com base na literatura estudada, indagou-se que as famílias poderiam estar procurando pela internação para aliviar os próprios sentimentos e ansiedades, também por se sentirem “incompetentes” nas suas funções.

Outro aspecto que foi comum nas entrevistas realizadas foi a menção sobre a codependência das famílias no cenário da dependência de drogas. A família do dependente de drogas precisa de cuidados para oferecer o suporte adequado aos seus membros que vivenciam esta problemática.

Desta forma, notou-se que as famílias ao descobrirem que um familiar está fazendo o uso de drogas logo buscam pela internação como meio de tratamento e recuperação do dependente, em hospitais, clínicas de saúde e comunidades terapêuticas, inclusive com financiamento público e por via de um serviço substitutivo de saúde mental, o CAPS.

Os sujeitos da pesquisa afirmaram que há uma grande demanda das famílias por atendimentos nas instituições acessadas. A procura destas costuma ser de forma direta, o que dificulta a realização de busca ativa das mesmas, entretanto, parte dos profissionais assistentes sociais e coordenadores disseram que não desenvolvem trabalhos específicos com as famílias dos dependentes de álcool e outras drogas, embora acreditem na importância de tal intervenção.

Historicamente, o enfrentamento da dependência de drogas foi visto sob diversas vertentes: o combate às drogas e a repressão ao tráfico de entorpecentes, o internamento em hospitais (inclusive psiquiátricos), clínicas e comunidades terapêuticas. Além do fato que, embora desde o ano de 2004 já seja previsto o tratamento em CAPS ad através da Política de Atenção a usuários de álcool e outras drogas baseada na redução de danos, culturalmente prevalece o hábito da internação como medida mais solicitada para tratamento da dependência de drogas, o que vai em desencontro ao defendido pelo movimento da Reforma Psiquiátrica e pela luta antimanicomial.

De um modo geral, as instituições pesquisadas, com base na fala dos

profissionais entrevistados (assistentes sociais e coordenadores) apresentaram dificuldades para atender os problemas cotidianos enfrentados pelas famílias, decorrentes e agravados pelas manifestações da dependência de substâncias psicoativas, como no tocante à carência de condições objetivas, técnicas e/ou financeiras de realizar alguns procedimentos necessários para a devida atenção aos casos de dependência.

Tais profissionais disseram que, comumente, os familiares não se responsabilizam diante da situação vivenciada, delegando aos serviços e aos próprios profissionais a resolução dos problemas vividos no contexto familiar.

Neste viés, outro contraponto possível de ser feito é partir do entendimento de que, neste contexto, estas famílias comportam-se assim por sentirem-se hostilizadas e estigmatizadas pela sociedade. Vale lembrar que os profissionais também representam determinadas “visões de homem e de mundo”, fazendo parte desta mesma sociedade. Além disso, saber lidar com a situação de dependência e suas consequências, não é atitude que a família seja obrigada; por vezes, nem os próprios profissionais o sabem.

Tanto os assistentes sociais quanto os coordenadores manifestaram a concepção de drogas reduzida à relação com a dependência causada pelo uso de drogas ou ao “uso prejudicial” destas, com ênfase nos malefícios advindos da dependência, sejam as substâncias ilícitas ou não.

Diante disso, as falas dos sujeitos da pesquisa também revelaram que um dos meios utilizados pelas famílias no enfrentamento dos seus problemas tem sido o compartilhamento de suas dificuldades, “fracassos” e “sucessos” cotidianos em grupos de apoio. Apontam ser recorrente o fato das famílias procurarem por atendimentos para suas demandas nos diversos serviços oferecidos por diferentes políticas sociais, sejam eles formais, informais, públicos ou não governamentais.

No entanto, os entrevistados manifestaram ainda a fragilidade destas estratégias de enfrentamento e a capacidade das diferentes instituições para atenderem de forma resolutiva e qualificada os problemas relacionados ao cuidado das famílias dos dependentes de álcool e outras drogas, dando ênfase à necessidade da implantação do CAPS ad para o oferecimento de apoio adequado às famílias. Saíram em defesa de ações de prevenção que sejam eficazes junto às crianças e aos adolescentes inclusive no meio escolar, almejando também que sejam traçados programas e políticas efetivas para melhor qualificação do

atendimento das diferentes demandas relacionadas à dependência, entre outros aspectos.

Pela literatura acessada e pelos dados obtidos nesta dissertação, é possível defender que a família exerce sem dúvida papel preponderante no processo de formação das pessoas e tem servido de motivação constante no acompanhamento do dependente de substâncias psicoativas. Porém, identificou-se que geralmente os atendimentos limitam-se ao dependente, quando deveriam alcançar toda a família, já que a mesma tem sido cada vez mais chamada a oferecer suporte adequado para o tratamento dos dependentes e por ser considerada como uma importante instituição social neste contexto. Com isso, a ausência de políticas públicas articuladas e integradas para atender as famílias nessa área, também pode contribuir para o agravamento da situação vivida por estas.

Por sua vez, a carência de ações de prevenção às drogas por parte do poder público no contexto pesquisado é um aspecto que também pode contribuir para o aumento do número de dependentes de drogas e, consequentemente, de demandas vividas por suas famílias, trazendo impactos para a sociedade como um todo.

Evidenciou-se que os serviços ofertados pela denominada rede de apoio às famílias dos dependentes de álcool e outras drogas no município pesquisado ainda são insuficientes, fragmentados e não oferecem atendimento eficiente para as múltiplas necessidades destas. A inexistência de programas de apoio instituídos, abrangentes e intersetoriais apresentam aos familiares o desafio muitas vezes solitário de encontrar meios de acessar e articular algum nível de tratamento para a dependência, assim como a inserção social e econômica para tentar minimizar as situações enfrentadas decorrentes dessa complexa problemática.

Neste sentido, a presente pesquisa espera, entre outros aspectos, contribuir com outros estudos que visem a potencialização da atenção às famílias de dependentes de álcool e outras drogas em municípios de pequeno porte, através do fortalecimento da rede de apoio intersetorial às famílias de pessoas que vivenciam estas situações. Até então encontram-se desassistidas pela carência de serviços de apoio e/ou pela desarticulação das ações realizadas pelos serviços existentes, inclusive no município de Piumhi (MG).

Almeja-se ainda que tal estudo possa suscitar a articulação dos diferentes sujeitos sociais no âmbito do município de Piumhi (MG), implicando num melhor manejo das questões relacionadas à dependência de álcool e outras drogas, através

da rede de apoio aos familiares do usuário.

Defende-se ainda a necessidade do fortalecimento dos fatores de proteção ao uso de drogas junto às famílias atendidas pelos diferentes serviços da rede de apoio em Piumhi (MG), para estimular a formação de uma consciência crítica das famílias em relação ao uso de drogas e sobre os tratamentos disponíveis para os casos de dependência destas substâncias.

Foi possível compreender que o trabalho intersetorial e em rede precisa ser constituído por uma complementaridade de saberes. Assim, a interdisciplinaridade precisa estar no cerne de sua constituição, na medida em que a pluralidade de olhares pode contribuir para auxiliar as famílias na tomada de decisões de forma mais autônoma e indo de encontro a respostas resolutivas para suas situações. Com isso, a interdisciplinaridade pode interessar a todos aqueles que atuam profissionalmente nesse contexto.

Para tal, entende-se que o trabalho intersetorial em rede possa abrir novos espaços profissionais e possibilitar uma atuação onde as pessoas serão acolhidas em suas diferentes necessidades individuais, coletivas, assim como familiares; bem como exigir conhecimento plural para atender às diversas expressões da questão social.

Neste sentido, a presente pesquisa pode tornar-se um instrumental valioso para o profissional de Serviço Social e de outras formações**,** à medida que traz centralidade às demandas advindas dos atendimentos e intervenções realizadas nos diferentes serviços das potenciais redes de apoio, podendo sinalizar novas frentes de trabalho e novos projetos profissionais.

Pretende-se ainda publicar os resultados obtidos e embrenhar-se em outras pesquisas, além de poder oferecer para os profissionais interessados subsídios teórico-metodológicos que almejem contribuir para o fortalecimento da rede intersetorial de atendimento na área de álcool e outras drogas e de saúde mental nos contextos onde estejam inseridos.

Notou-se que a partir do que foi estudado e explanado nesta dissertação, torna-se compreensível que o tema “Redes de apoio às famílias no contexto da dependência de drogas” seja bastante amplo, dando abertura para diversos outros questionamentos no sentido de desfazer alguns tabus existentes nesta sociedade, que não se esgotam na pesquisa em voga. Aliás, sabe-se que esta análise apresenta limites teóricos e analíticos que mediante outros estudos poderão ser

sanados.

Em suma, é possível entender que para a compreensão do fenômeno da dependência ao álcool e outras drogas e a repercussão desta problemática no que tange ao universo familiar, faz-se necessário considerar os diferentes determinantes e desafios ainda postos na contemporaneidade, com vistas à ampliação de horizontes em relação a esta temática. Em outras palavras, precisa-se abordar a drogadição como uma categoria transversal presente em vários contextos da vida cotidiana e que apresenta-se com múltiplas facetas.

Por fim, cumpre destacar que o propósito desta dissertação consistiu na análise da dependência de álcool e outras drogas no contexto familiar e sua interface com a rede de apoio intersetorial às famílias em um município de pequeno porte, ficando, portanto, tais considerações restritas à análise desta relação. Assim, esta relação foi evidenciada tanto na investigação teórica, quanto no estudo realizado junto aos profissionais dos serviços socioassistenciais do município pesquisado que enfrentam problemas desta natureza.

Porém, as considerações finais aqui apresentadas, constituem apenas num primeiro ensaio na investigação desta relação e restringem-se a realidade apresentada pelos serviços em voga, especialmente o olhar sobre as famílias dos dependentes de álcool e outras drogas e sobre a constituição da rede de apoio intersetorial no município de Piumhi (MG).

Esta referida pesquisa pode tornar-se objeto de estudos futuros, nos quais poderiam ser estudadas as perspectivas do trabalho em rede intersetorial a partir da visão das próprias famílias e de como estão sendo atendidas no contexto da dependência de drogas pelos diferentes serviços e políticas sociais; além de se levantar alternativas de intervenção e atendimento para trabalhar com a família e o dependente de drogas. Por acreditar que todas as questões relacionadas às famílias são prioritárias, o Serviço Social tem um papel importante a desempenhar neste contexto.

Enfim, chegou-se nesta pesquisa até onde foi possível, esforçando-se para desenvolvê-la de forma ética, comprometida e consciente dos limites desta pesquisadora, esperando que as reflexões e debates aqui postos, possam contribuir para outros estudos e aprofundamentos sobre o tema, sabidamente complexo e imerso em contradições, instigante pelas descobertas e pelos desafios aos quais o pesquisador pode se deparar! Fica aí o convite para outras reflexões!

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). **Família:** redes, laços, e políticas públicas. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

ALENCAR, M. M. T. Família, trabalho e reprodução social: limites na realidade brasileira. In: DUARTE, M. J. O.; ALENCAR, M. M. T. (Org.). **Família & famílias:** práticas sociais e conversações contemporâneas. Rio de janeiro: Lumen Juris, 2010.

ALMEIDA, M. J. A.; SOARES, A. C. N. Central de conciliação e pensão alimentícia. In: CONGRESSO MINEIRO, 1., 2011, Belo Horizonte. **Cadernos.** Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/cadernos-ejef/eventos/1congressomineiro/2011/Sessao-Poster/materia/Maria-Juliana-Andrade-Almeida-Central-de-Conciliacao-e-Pensao-Alimenticia.html>. Acesso em: 25 out. 2011.

ALVES, D. S. V.; LIMA, A. F.; SILVA, E. G.. A família no desafio do tratamento em CAPS-AD. In: ENCONTRO NACIONAL DE PSICOLOGIA SOCIAL DA ABRAPSO, 16., 2011, Recife. **Anais....** Recife: ABRAPSO : Ed. UFPE, 2011. Disponível em: <http://www.encontro2011.abrapso.org.br/site/textoscompletos>. Acesso em: 11 maio 2014.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente:** outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ARAGUAIA, M. **Crack**. Disponível em: <http://www.brasilescola.com/drogas/crack.htm>. Acesso em: 25 mar. 2013.

BAÇU, J. **Execução do eu:** o drama das drogas e um caminho para a recuperação. 2. ed. Petrópolis: Gráfica Tupi, 1996.

BALLONE, G. J. **Codependência**. 2008. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=24>. Acesso em: 17 abr. 2013.

BARROS, J. M. P. **Mediação familiar**: diálogo interdisciplinar. 2013. 128 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2013.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social:** fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2007. (Biblioteca básica de serviço social; v. 2).

BENEVIDES, M. V. M. **A cidadania ativa**: referendo, plebiscito e iniciativa popular. 2. ed. São Paulo: Ática, 1996.

BERGER, D. L.; LUCKMANN, T.. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. Tradução de Florirão de Souza Fernandes. 4. ed. Petrópolis: Vozes,1978. (Antropologia, 5).

BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental:** uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2011.

BORGES, J. S.; SUDBRACK, M. F. O. Terapia de redes sociais. In: SEIBEL, S.D.; TOSCANO JÚNIOR, A. **Dependência de drogas.** São Paulo: Atheneu, 2001.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 22 mar. 2011.

_____. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas.** Brasília, DF, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002***.* 3. ed. Brasília, DF, 2002.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** 31. ed. rev. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília, DF, 2003b.

_____. Lei n. 10.780, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 ago. 2003c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm>. Acesso em: 22 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Guia de Orientação Técnica – SUAS, n.º 1**: proteção social básica de Assistência Social. Brasília, DF, 2005a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social/2004***:* Norma Operacional Básica NOB/SUAS. Brasília, DF, 2005b.

_____. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional sobre Drogas.** Brasília, DF, 2005c.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Proteção básica do Sistema Único de Assistência Social:** orientações técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social. (Versão preliminar). Brasília, DF: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2006a.

BRASIL. Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2006b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 22 mar. 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 25 nov. 2009. Seção 1. p. 82.

BUCHER, R. **Drogas e sociedade nos tempos da AIDS.** Brasília, DF: Ed. UnB, 1996.

CALDEIRA, Z. F. **Drogas, indivíduo e família**: um estudo de relações singulares. 1999. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

CALDERON, A. I; GUIMARAES, R. F. Família: a crise de um modelo hegemônico. **Serviço Social & Sociedade***,* São Paulo, ano 15, n. 46, p. 21-34, 1994.

CAMPOS, M. T. **Violência e dependência química:** desafios para a escola cidadã. Santos, SP: Espaço do Autor, 2004.

CARLINI, B. Estratégias preventivas nas escolas. In: SEIBEL, S.D.; TOSCANO JÚNIOR, A. **Dependência de drogas.** São Paulo: Atheneu, 2001.

CARNEIRO, H. **Pequena enciclopédia da história das drogas e bebidas:** histórias e curiosidades sobre as mais variadas drogas e bebidas*.* Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

CARNEIRO, S. B. Projeto de Lei n. 2.285, de 25 de outubro de 2007. Dispõe sobre o Estatuto das Famílias. **Diário da Câmara dos Deputados,** Brasília, DF, 6 nov. 2007. Disponível em: <http://www.ibdfam.org.br//?artigos&artigo=33> Acesso em: 9 maio 2009.

CARVALHO, M. C. B. (Org.) **A família contemporânea em debate***.* 3. ed. São Paulo: EDUC: Cortez, 2000a.

_____. O lugar da família na política social*.* In: _____. (Org.). **A família contemporânea em debate.** 3. ed. São Paulo: EDUC : Cortez, 2000b.

_____. A priorização da família na agenda da política social*.* In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família brasileira**: a base de tudo. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. Famílias e políticas públicas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M.A.F. (Org.). **Família:** redes, laços, e políticas públicas. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CARVALHO, L. Famílias Chefiadas por mulheres: relevância para uma política social dirigida. **Serviço Social & Sociedade***.* São Paulo, ano 19, n. 57, p. 74-98, jul.1998.

CFESS. **Código de ética do/a assistente social:** Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 9. ed. rev. e atual. Brasília, DF, 2011.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas:** o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CINTRA, A. M. O. **Organização de serviços em dependência química.** São João Del Rey: Ed. UFSJ: NEAD, 2010.

COELHO, V. P. O trabalho da mulher, relações familiares e qualidade de vida. **Serviço Social & Sociedade,** São Paulo, ano 23, n. 71, p. 63-79, set. 2002.

COHEN, B. J. F. **Sociologia geral***.* Tradução de Joaquim O. Pires da Silva e Denise Gros Muller. Revisão técnica de Mário Riedl. São Paulo: McGrawHill do Brasil. 1980.

COLLET, C. **Dependência química e relações sociais no Centro de Detenção Provisória de São José dos Pinhais-PR**. 2010. Monografia (Especialista em Serviço Social: Questão Social na Perspectiva Interdisciplinar) – Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, Matinhos, 2010. Disponível em: <http://www.esedh.pr.gov.br/arquivos/File/Dependencia_quimica_e_relacoes_sociais_no_CDPSJP.pdf>. Acesso em: 17 Jul. 2013.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001, Brasília. **Relatório final.** Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde/MS, 2002b.

COSTA, F. S. M. **Instrumentalidade do Serviço Social:** dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa e exercício profissional. 2008. 149 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2008. Disponível em: <http://bdtd.bczm.ufrn.br/tedesimplificado//tde_arquivos/17/TDE-2009-05-27T071239Z-1978/Publico/FrancileneSMC.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2012.

COSTA, L. F.; JACOBINA, O. M. P.; SUDBRACK, M. F. O. Redes sociais como estratégia de prevenção do uso indevido de drogas no contexto da escola. In: SIMPOSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 2., 2005, São Paulo. **Proceedings online.** São Paulo: Ed. USP/FE, 2005. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000200084&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 16 dez. 2009.

CRUZ, A. R. **Introdução ao estudo da dependência química***.* São João Del Rey: Ed. UFSJ: NEAD, 2009.

DENCKER, A. F. M.; VIA, S. C. **Pesquisa empírica em ciências humanas**: com ênfase em comunicação. São Paulo: Futura, 2001.

DENCKER, A. F. M.; VIA, S. C. Técnicas de entrevista e questionário. In: _____.; VIA, S. C. **Pesquisa empírica em ciências humanas**: com ênfase em comunicação. São Paulo: Futura, 2001. cap. 13.

EIDAM, R. A. **A atuação do assistente social na prevenção e tratamento de usuários de drogas***:* limites e possibilidade. 2002. 135 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2002.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade e do Estado***.* 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil,1995.

ESCOHOTADO, A. **O livro das drogas**: usos e abusos, desafios e preconceitos. São Paulo: Dynamis, 1997.

FALCÃO, M. C. B. A proteção social destinada às famílias brasileiras. **Serviço Social & Sociedade***,* São Paulo, ano 14, n. 42, p. 68-77, ago. 1993.

FALEIROS, V. P. **O que é política social.** 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988. (Primeiros passos).

_____. **Saber profissional e poder institucional***.* 6. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FARAH, M. F. S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **Administração Pública,** Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 119-144, jan./fev. 2001.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio século XXI escolar:** o minidicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FEUERWERKER, L. C. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na Rede Unida. **Divulgação em Saúde para Debate***,* Rio de Janeiro, n. 22, p. 25-35, 2000.

_____.; SOUSA, M. F. Em busca de um novo paradigma: a arte de trabalhar em rede. **Divulgação em Saúde para Debate***,* Rio de Janeiro, n. 21, p. 49-53, 2000.

FILGUEIRAS, C. A. C. Trabalho, sociedade e políticas sociais. **Serviço Social & Sociedade,** São Paulo, ano 16, n. 49, p. 29-41, nov. 1995.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica***.* 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1987a.

_____. **Vigiar e punir:** história da violência nas prisões. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 1987b.

FRAGA, C. K. Atitude investigativa no trabalho do Assistente Social. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, ano 31, n. 101, p. 40-64, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n101/04.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2014.

FREITAS, R. C. S.; BRAGA, C. D.; BARROS, N. V. Famílias e Serviço Social: algumas reflexões para o debate. In: DUARTE, M. J. O.; ALENCAR, M. M. T. (Org.). **Família & famílias:** práticas sociais e conversações contemporâneas. Rio de janeiro: Lumen Juris, 2010.

FREYRE, G. **Sobrados e mucambos**. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1968.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, L.; TEIXEIRA, M. **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. Rio de Janeiro: Cortez, 2006.

GONÇALVES, A. M.; LUIS, M. A. V.; SENA, R. R. Doença mental e uso de álcool e outras drogas: dificuldades relatadas por mulheres cuidadoras em família. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 14-20, jan./jul. 2003.

GOULART, D. C. S.; MACHADO, A. R.; SHERA, W.; SOARES, A. C. N. Apoio intersetorial às famílias de dependentes de álcool e outras drogas. **Revista Sociedade em Debate**, Pelotas, ano 2, v. 19, n. 2, p. 174-208, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/958/740>. Acesso em: 19 set. 2014.

GUEIROS, D. A. Família e proteção social: questões atuais e limites da solidariedade familiar. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 23, n.71, p. 102-121, set. 2002.

GUIMARÃES, R. F.; ALMEIDA, S. C. G. Reflexões sobre o trabalho social com famílias. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M.A.F. **Família**: redes, laços e políticas públicas. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

HYGINO, A.; GARCIA, J. Drogas: a permanente (re) encarnação do mal. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 24, v. 74, p. 31-41, 2003.

IAMAMOTO, M. V**. Relações sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica**.** 20. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade***:* trabalho e formação profissional. 6. ed. São Paulo, Cortez, 2003.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche***.* 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social***:* ensaios críticos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1994.

IBGE. **Cidades@**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 29 mar. 2010a.

_____. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro, 2010b.

JOSÉ FILHO, M. **A família como espaço privilegiado para a construção da cidadania**. 1998. 295 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 1998.

_____. **Família**: conjuntura, organização e desenvolvimento. Franca: Ed. UNESP/FHDSS, 2007.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. esp., p.35-45, 2000.

KALOUSTIAN. S. M. **Família brasileira:** a base de tudo. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

LANE, S. T. M. Linguagem, pensamento e representações sociais. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. C. (Org.). **Psicologia social:** o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____.; CODO, W. (Org.). **Psicologia social:** o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 1994.

LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. São Paulo: Casa de Leitura Médica, 2010. v. 1

_____.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria,** São Paulo, v. 26, n. 1, p. 68-77, maio 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2010.

LOPES, R. F. B. Ensaio de uma Legalização. **Revista das Faculdades Integradas Vianna Júnior**, Juiz de Fora, v. 2, n. 1, p. 195-227, out. 2010.

LOSACCO, S. O jovem e o contexto familiar. In: ACOSTA, A.R.; VITALE, M.A.F. (Org.). **Família:** redes, laços, e políticas públicas. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MACEDO, R. M. (Org.) **Família e comunidade**. São Paulo: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia, 1996.

MACHADO, A. R. **Políticas públicas em álcool e outras drogas**. São João Del Rey: Ed. UFSJ, 2010.

MACHADO, K. Como anda a reforma psiquiátrica? **Radis:** Comunicação e Saúde., Rio de Janeiro, n. 38, p. 11-19, out. 2005. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/38/reportagens/como-anda-reforma-psiquiatrica>. Acesso em: 22 ago. 2014.

MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S.D.; TOSCANO JÚNIOR, A. **Dependência de drogas.** São Paulo: Atheneu, 2001.

MARCONI, M. A.; PRESOTTO, Z. M. N. **Antropologia:** uma introdução. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARQUES, E. C. Redes sociais e instituições na construção do estado e da permeabilidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais***,* São Paulo, v. 14, n. 41, p.45-67, 1999.

MARSIGLIA, R. M. G. Famílias: questões para o Programa de Saúde da Família (PSF). In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F.(Org.). **Família:** redes, laços, e políticas públicas. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MARTINELLI, M. L. **Pesquisa qualitativa, um instigante desafio.** São Paulo: Veras,1999.

MARTINS, L. **Heroína**. 2006. Disponível em: <http://www.infoescola.com/drogas/heroina/>. Acesso em: 27 mar. 2013.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MENEZES, M. S. C. **O que é o amor exigente**: resposta para pais e filhos. 9. ed. São Paulo: Loyola, 1992.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais**: SUS fácil MG. Belo Horizonte, 2006a.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2006b.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 2002. Seção 1.

_____. Portaria GM nº 384 de 05 de julho de 2005. Autoriza os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS I a realizarem procedimentos de atenção a usuários de álcool e outras drogas. **Diário Oficial da União,** Brasília, 2005.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. **Serviço Social & Sociedade,** São Paulo, ano 18, n. 55, p. 114-129, 1997.

_____. Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos vulneráveis. In: CAPACITAÇÃO em Serviço Social e política social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais. mod. 4. Brasília, DF: Ed. UnB: Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, 2000.

MIOTO, R. C. T. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sócio-familiar. In: SALES, I. et al. (Org.). **Política social, família e juventude**: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2004.

MOTA, D. C. B.; MOREIRA, R. B. S; LAPORT, T. J. O desafio da intersetorialidade na área de drogas. In: RONZANI, T. M. (Org.). **Ações integradas sobre drogas**: prevenção, abordagens e políticas públicas. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2013.

MOTA, L. A. Drogas e estigmas. In: SEMANA DE HUMANIDADES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2. 2005, Fortaleza. **Anais....** Fortaleza, Ed. UFC/Neip, 2005.

MURAD, J. E. **O que é preciso saber.** 7. ed. Belo Horizonte: Lê, 1997.

MURARO, R. M. **A mulher no terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos,1992.

NEDER, G. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família brasileira***:* a base de tudo. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 1998.

NEVES, M. S.; SOARES, A. C. N. A precarização do trabalho no Brasil e os seus rebatimentos no cenário familiar: as marcas históricas da violência. **Serviço Social & Realidade***,* Franca, v. 18, n. 1, p. 147-166, 2009.

NOGUEIRA, C. **A história do tabaco.** 2010. Disponível em: <http://www.charutos.com.br/artigos/art_charutos15.htm>. Acesso em: 23 dez. 2012.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. **Álcool.** 2007. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>. Acesso em: 25 mar. 2013.

ODÁLIA, N. **O que é violência**. São Paulo: Brasiliense, 2006. (Primeiros passos).

OLIVEIRA, M. A. F.; COLVERO, L. A. A saúde mental no Programa Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem:** saúde mental. Brasília, DF, 2001.

OLIVEIRA, N. H. D. **Recomeçar**: família, filhos e desafios. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

OLIVEIRA, R. G.; SIMIONATO, M. A. W. **Funções e transformações da família ao longo da história.** Disponível em: <http://www.institutounipac.com.br/aulas/2012/1/UBSOC05N1/000229/000/func%C3%B5es%20e%20transforma%C3%A7%C3%B5es%20da%20fam%C3%ADlia%20ao%20longo%20da%20hist%C3%B3ria.pdf>. Acesso em: 6 set. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 – Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*.* Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** (**CID-10).** 10. ed. rev. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 1997. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 15 abr. 2013.

PALHA, P. F.; PAULA, K. A.; PROTTI, S. T. **Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste - Ribeirão Preto. Ribeirão Preto. Interface:** Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 331-48, mar./ago. 2004.

PASSOS, F. G*.* **O renascer da mulher.** Juiz de Fora: Ed. UFJF, 1994.

PAULO NETTO, J. **Ditadura e Serviço Social***.* 4 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **Capitalismo monopolista e Serviço Social***.* São Paulo: Cortez, 1992.

_____. Transformações societárias e Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade***,* São Paulo, ano 17, n. 50, p. 87-132, abr., 1995.

_____.; BRAZ, M. **Economia política:** uma introdução crítica*.* São Paulo: Cortez, 2006.

PEREIRA, L. C. D. V., SOUZA, R. L. B. **A Família no grupo:** apoio a familiares de dependentes químicos*.* 23 out. 2010. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt>. Acesso em: 23 dez. 2010.

PINHO, P. H. **Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial***.* 2009. 225 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PIUMHI. **Cartilha de articulação de recursos e formação de redes do município de Piumhi (MG)**. Piumhi, 2014.

_____. **Pesquisa interna sobre atendimentos realizados pelo CAPS II no município de Piumhi (MG).** Piumhi, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social. **Dicionário de termos técnicos da assistência social**. Belo Horizonte, ago. 2006.

QUEIROZ, S. Fatores de risco e de proteção para consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes. In: SEIBEL, S.D.; TOSCANO Júnior, A. **Dependência de drogas.** São Paulo: Atheneu, 2001.

REIS, J. R. T. Família, emoção e ideologia. In: LANE, S. T. M; CODO, W. (Org.). **Psicologia social:** o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 1994.

RESENDE, C. G. **Principais substâncias psicoativas e problemas relacionados**. São João Del Rey: Ed. UFSJ, 2010.

REZENDE, M. M. **Tratamento de dependentes de drogas**: diálogos com profissionais da área de Saúde Mental. 1999. Tese (Doutorado em Saúde Mental), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

RIBEIRO, D. **O processo civilizatório:** etapas da evolução sócio cultural. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

RIBEIRO, F. **Maconha pode ajudar no tratamento de dependentes de crack.** 2011. Disponível em: <http://noticias.psicologado.com/neurociencia/maconha-pode-ajudar-no-tratamento-de-depen
dentes-de-crack-aponta-estudo#ixzz2OsaLPymB >. Acesso em: 26 abr. 2013.

RIBEIRO, R. M. et al. Estrutura familiar, trabalho e renda. In: KALOUSTIAN. S. M. (Org.). **Família brasileira:** a base de tudo. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

RODRIGUES, M. L. O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar. In: MARTINELLI, M. L. (Org.). **O Uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez: Educ,1998.

RONZANI, T. M. **Texto base da disciplina**: prevenção ao uso de álcool e outras drogas. São João Del Rey: Ed. UFSJ, 2010.

_____. Perspectivas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas. In: _____. (Org.). **Ações integradas sobre drogas:** prevenção, abordagens e políticas públicas. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2013.

RONZANI, T. M.; MOTA, D. C. B. Políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas. In: BRASIL. Ministério da Justiça. **Prevenção ao uso indevido de drogas:** capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Brasília, DF, 2011.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003, 367 p.

_____. As condições da família brasileira de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde mental e Serviço Social:** o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SAMARA, E. N. **A família brasileira.** 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

SANTOS, J. **Criminalização ou descriminalização do usuário de drogas***?* Disponível em: <http://aqueimaroupa.com.br/?p=7636>. Acesso em: 13 mar. 2010.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidade possível. Rio de Janeiro: Te Cora, 1999.

SARTI, C. A. **A família como espelho:** um estudo sobre a moral dos pobres. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). **Família:** redes, laços, e políticas públicas. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SCHONS, S. M. **Assistência social entre a ordem e a "des - ordem".** São Paulo: Cortez, 1999.

SEIBEL, S.D.; TOSCANO JÚNIOR, A. **Dependência de drogas.** São Paulo: Atheneu, 2001.

_____. Conceitos Básicos e Classificação Geral das Substâncias Psicoativas. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JÚNIOR, A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

_____.; FONTANA-ROSA, J. C.; SEGRE, M. Enfoque ético-legal da dependência de drogas. In: _____.; TOSCANO JÚNIOR, A. **Dependência de drogas.** São Paulo: Atheneu, 2001.

SHERA, W. et al. Mental health system reform: A multi-country comparison. **Social Work In Health Care**, Ontario, v. 35, n. 1-2, p. 547-575, 2002.

SILVA, D. L. Metodologia de pesquisa. São João Del Rey: UFSJ, 2010.

SILVA, L. M. R. **Serviço Social e família**: a legitimação de uma ideologia. São Paulo: Cortez, 1982.

SILVEIRA, D. X. Reflexões sobre a prevenção do uso indevido de drogas. In: NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. (Org.). **Drogas e redução de danos:** uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: Ed. UNIFESP, 2008.

SOARES, A. C. N. **Mulheres chefes de família**: narrativa e percurso ideológico. Franca: Ed. UNESP/FHDSS, 2002. (Dissertações e teses).

SODELLI, M. **Uso de drogas e prevenção:** da desconstrução da postura proibicionista às ações redutoras de vulnerabilidade. São Paulo: Iglu, 2010.

SONENREICK, C. Introdução às psicoterapias. In: SEIBEL, S. D; TOSCANO JÚNIOR, A. (Org.). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SPOSATI, A. A. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**: uma questão de análise. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

SUDBRACK, M. F. O. **Construindo redes sociais:** metodologia de prevenção à drogadição e à marginalização de adolescentes de famílias de baixa renda; usuário de drogas: transação, descumprimento, reincidência e sentença condenatória? Disponível em: <http://www.parana-online.com.br/canal/direito-e-justica/news/211083/>. Acesso em: 14 mar. 2010.

_____. Terapia familiar sistêmica e dependência a substâncias. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JÚNIOR, A. **Dependência de drogas.** São Paulo: Atheneu, 2001.

SZYMANSKI, H. Viver em Família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano 23, n. 71, p. 9-25, set. 2002.

TOSCANO JÚNIOR, A. Um breve histórico sobre o uso das drogas. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JÚNIOR, A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

TOUZEAU, D. A perspectiva farmacológica. In: BERGERET J.; LEBRANCI J. **Toxicomanias**: uma visão multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

TRINDADE, C. R. **Instituição de Igrejas no Bispado de Mariana**. Rio de Janeiro: M.E.S., 1945.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais***:* a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994.

TRYSSENAAR, J.; TREMBLAY, M. Aging with a serious mental disability in rural Northern Ontario: Family members' experiences. **Psychiatric Rehabilitation Journal***,* Ontario, v. 25, n. 3, p. 255-264, 2002.

VECINA, G. Apresentação. In: BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas e Ministério da Saúde. ANVISA. **Exigências mínimas para funcionamento dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas***.* Brasília, DF, 2002.

VELHO, G. Drogas, níveis de realidade e diversidade cultural. In: RIBEIRO, M. M.; SEIBEL, S. D. (Org.). **Drogas:** hegemonia do cinismo*.* São Paulo: Memorial, 1997.

VENETIKIDES, C. H.**;** CORDELLINI, J. V. F. Drogadição na adolescência: um desafio de gestão e de atenção integral. **Revista Igualdade,** Curitiba, ano 14, n. 41, ed. esp., mar. 2008. Disponível em: <http://www2.mp.pr.gov.br/cpca/telas/ca_igualdade_37_3.php>. Acesso em: 22 ago. 2011.

VITALE, M. A. F. Avós: velhas e novas figuras da família contemporânea. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). **Família:** redes, laços, e políticas públicas. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

WANDERLEY, M. B. Refletindo sobre a noção de exclusão em Família. **Serviço Social & Sociedade***,* São Paulo, ano 17, n. 55, p. 74-83, nov. 1997.

YASBEK, M. C. **Classes subalternas e assistência social***.* São Paulo: Cortez, 1996.

_____. Os fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade. In: CAPACITAÇÃO em Serviço Social e política social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais, módulo 2. Brasília, DF: UnB: Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, 2009.

ZAPPAROLLI, C. R. Mediação de conflitos. In: BRASIL. Ministério da Justiça. **Prevenção ao uso indevido de drogas:** capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Brasília, DF, 2011.

ZEMEL, M. L. S. Prevenção - novas formas de pensar e enfrentar o problema. In: BRASIL. Ministério da Justiça. **Prevenção ao uso indevido de drogas:** capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Brasília, DF, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

D E C L A R A Ç Ã O

Declaro, para os devidos fins, que o pesquisador (a) Daniela Cristina Soares Goulart, RG: MG-11.190.434, está autorizada a realizar pesquisa na (Nome da Instituição), situada (Endereço), Piumhi/MG, (CNPJ da Instituição):

Franca, ___ de _____de 2013.

_____

(Nome do Diretor ou responsável pela Instituição)

RG.: _____

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA (COORDENADORES)

DATA: ____/ ____/ ____

A- IDENTIFICAÇÃO

A.1 Sobre a INSTITUIÇÃO:

a) Nome da Instituição: _____

a) Natureza ( ) Pública ( ) Privada ( ) Filantrópica

b) Tipo de clientela atendida: _____

c) Formas de atendimento ( ) público ( ) particular ( ) convênio

c) Que tipo de serviço que oferece: _____

_____

_____

d) fontes de financiamento:

( ) verba pública ( ) pagamento de usuários/famílias ( ) de convênios ( ) outra: Especificar: _____

A.2 Sobre o COORDENADOR

d) Data de Nascimento: _____/_____/_____

e) Idade: _____

f) Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

g) Marque com um X as opções que lhe correspondem sobre sua titulação:

( ) Graduado. Em qual área? _____

( ) Especialização. Em quê? : _____

( ) Mestrado. Especificar a área: _____

( ) Doutorado. Especificar a área: _____

h) Tempo em que é Coordenador na Instituição _____ meses

_____ ano (s)

i) Vínculo de trabalho na Instituição ( ) Contratado

( ) Efetivo

( ) Outro: Especificar: _____

A.3 Questionário sobre a prática da Coordenação propriamente dito:

j) O que é droga para você?

_____

_____

_____

k) Qual a sua concepção sobre as famílias de dependentes de álcool e outras drogas?_____
_____
_____
_____
_____

l) A instituição desenvolve algum tipo de trabalho com famílias de dependentes de álcool e outras drogas?_____
_____
_____

m) Como a Instituição recebe as demandas referentes aos atendimentos às famílias de dependentes de álcool e outras drogas?

( ) Denúncia
( ) Encaminhamento
( ) Demanda espontânea
( ) Outra forma. Especificar: _____

n) Esta Instituição atendeu aproximadamente quantas famílias de dependentes de álcool e outras drogas no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2012?

_____

o) Quais os profissionais que trabalham no atendimento desta demanda na Instituição?

_____
_____
_____

p) O que as famílias dos dependentes de álcool e outras drogas consideram ser de responsabilidade desta Instituição onde procuram atendimento? Qual é o tipo de demanda (s) mais frequente (s) solicitada (s) por estas famílias?

_____
_____
_____
_____
_____

q) Quais os principais procedimentos adotados pela Instituição para encaminhar as demandas das famílias de dependentes de drogas para os serviços da rede sócio assistencial do município? (enumere os principais)

( ) Contato telefônico para programação/instituição
( ) Contato pessoal com o programa/instituição

( ) Formulário próprio de encaminhamento
( ) Telegrama de encaminhamento para programação/instituição
( ) Relatório de encaminhamento para programação/instituição
( ) Outro. Especificar: _____

r) Para quais outros serviços do município vocês comumente encaminham as famílias de dependentes de álcool e outras drogas? (enumere quantas opções forem necessárias)

( ) CAPS II
( ) Santa Casa
( ) CRAS
( ) CREAS
( ) Casa de Maria
( ) Ministério Público
( ) PSF
( ) Hospital Psiquiátrico
( ) Amor Exigente
( ) Álcoolicos Anônimos
( ) Narcóticos Anônimos
( ) Outro. Especificar: _____

s) Quais as dificuldades encontradas para atender o que as famílias dos dependentes de álcool e outras drogas esperam da Instituição?

_____
_____
_____
_____
_____

t) No seu entender, o que é necessário para aprimorar os serviços sócio assistenciais oferecidos às famílias dos dependentes de álcool e outras drogas no município de Piumhi?

_____
_____
_____
_____

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA (ASSISTENTES SOCIAIS)

DATA: ____/ ____/ ____

B- IDENTIFICAÇÃO

B.1 Sobre a INSTITUIÇÃO:

a) Nome da Instituição: _____

a) Natureza ( ) Pública ( ) Privada ( ) Filantrópica

b) Tipo de clientela atendida: _____

c) Formas de atendimento ( ) público ( ) particular ( ) convênio

c) Que tipo de serviço que oferece: _____

_____

_____

d) fontes de financiamento:

( ) verba pública ( ) pagamento de usuários/famílias ( ) de convênios ( ) outra: Especificar: _____

B.2 Sobre o ASSISTENTE SOCIAL

d) Data de Nascimento: _____/_____/_____

e) Idade: _____

f) Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

g) Tempo de formado _____ meses

_____ ano (s)

h) Marque com um X as opções que lhe correspondem sobre sua titulação:

( ) Graduado

( ) Especialização. Em quê? : _____

( ) Mestrado. Especificar a área: _____

( ) Doutorado. Especificar a área: _____

i) Tempo de serviço como A.S. na Instituição _____ meses

_____ ano (s)

j) Vínculo de trabalho do A.S. na Instituição ( ) Contratado

( ) Efetivo

( ) Outro: Especificar: _____

B.3 Questionário sobre a prática profissional do ASSISTENTE SOCIAL propriamente dito:

k) O que é droga para você?

_____
_____
_____
_____
_____

l) Qual a sua concepção sobre as famílias de dependentes de álcool e outras drogas?_____
_____
_____
_____
__

m) A instituição desenvolve algum tipo de trabalho com famílias de dependentes de álcool e outras drogas?_____
_____
_____

n) Como a Instituição recebe as demandas referentes aos atendimentos às famílias de dependentes de álcool e outras drogas?

( ) Denúncia
( ) Encaminhamento
( ) Demanda espontânea
( ) Outra forma. Especificar: _____

o) Esta Instituição atendeu aproximadamente quantas famílias de dependentes de álcool e outras drogas no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2012?

_____

p) O que as famílias dos dependentes de álcool e outras drogas consideram ser de responsabilidade desta Instituição onde procuram atendimento? Qual é o tipo de demanda (s) mais frequente (s) solicitada (s) por estas famílias?

_____
_____
_____

q) Quais são as expectativas destas famílias em relação ao Serviço Social?

_____
_____

_____
_____

r) Quais as ações que você desenvolve no seu cotidiano de trabalho como Assistente Social da Instituição referentes aos atendimentos às famílias de dependentes de álcool e outras drogas?

_____
_____
_____
_____
_____

s) Quais os outros profissionais que também trabalham no atendimento desta demanda na Instituição onde trabalha?

_____
_____
_____

t) Quais os principais procedimentos adotados pela Instituição para encaminhar as demandas das famílias de dependentes de drogas para outros serviços sócio assistenciais do município? (enumere as principais)

( ) Contato telefônico para programação/instituição
( ) Contato pessoal com o programa/instituição
( ) Formulário próprio de encaminhamento
( ) Telegrama de encaminhamento para programação/instituição
( ) Relatório de encaminhamento para programação/instituição
( ) Outro. Especificar: _____

u) Para quais outros serviços sócio assistenciais do município vocês comumente encaminham as famílias de dependentes de álcool e outras drogas? (enumere quantas opções forem necessárias)

( ) CAPS II
( ) Santa Casa
( ) CRAS
( ) CREAS
( ) Casa de Maria
( ) Ministério Público
( ) PSF
( ) Hospital Psiquiátrico
( ) Amor Exigente
( ) Álcoolicos Anônimos
( ) Narcóticos Anônimos
( ) Outro. Especificar: _____

v) Quais as dificuldades encontradas para atender o que as família dos dependentes de álcool e outras drogas esperam do Serviço Social?

_____
_____
_____

_____
_____

x) No seu entender, o que é necessário para aprimorar os serviços sócio assistenciais oferecidos às famílias dos dependentes de álcool e outras drogas no município de Piumhi?

_____
_____
_____

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Comitê de Ética em Pesquisa unesp Franca

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

NOME DO PARTICIPANTE:
DATA DE NASCIMENTO: __/__/___. IDADE:____
DOCUMENTO DE IDENTIDADE: TIPO:_____ Nº_____ SEXO: M ( ) F ( )
ENDEREÇO: _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____
CEP: _____ FONE: _____.

Eu, _____,
declaro, para os devidos fins ter sido informado verbalmente e por escrito, de forma suficiente a respeito da pesquisa: **Redes de apoio às famílias de dependentes de álcool e outras drogas: uma interface com as políticas públicas intersetoriais.** O projeto de pesquisa será conduzido pela pesquisadora **Daniela Cristina Soares Goulart,** do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, orientado pela **Profa. Dra. Ana Cristina Nassif Soares,** pertencente ao quadro docente da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/UNESP/C.Franca. Estou ciente de que este material será utilizado para apresentação de Dissertação, observando os princípios éticos da pesquisa científica e seguindo procedimentos de sigilo e discrição. Fui esclarecido (a) que este projeto de pesquisa visa analisar e mapear a rede de apoio existente às famílias de usuários de álcool e outras drogas, mediante a interface com as políticas públicas intersetoriais no município de Piumhi/MG.. Fui esclarecido (a) ainda sobre os propósitos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados e riscos e a garantia do anonimato e de esclarecimentos constantes, além de ter o meu direito assegurado de interromper a minha participação no momento que achar necessário.

Franca, de de .

_____.
Assinatura do participante

Daniela Cristina Soares Goulart *(assinatura)*
Pesquisador Responsável
Nome: Daniela Cristina Soares Goulart
Endereço: Rua Luiz Ferreira Belo, 45, Bairro: São Francisco, Piumhi/MG
Tel: (37) 9962-2784
E-mail: danipiui@yahoo.com.br

Ana Cristina Nassif Soares *(assinatura)*
Orientadora
Prof. (ª) Dr. (ª) Ana Cristina Nassif Soares
Endereço: Rua Dr. Afonso Infante Vieira Filho 5061
Tel: (16) 999673456
E-mail: anassif@netsite.com.br