

**RENI APARECIDA EIDAM**

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE  
USUÁRIOS DE DROGAS: LIMITES E POSSIBILIDADES**

**PONTA GROSSA  
2002**

**RENI APARECIDA EIDAM**

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE  
USUÁRIOS DE DROGAS: LIMITES E POSSIBILIDADES**

Dissertação apresentada como requisito parcial a obtenção de grau de Mestre no curso de mestrado em Ciências Sociais Aplicadas, área de concentração Instituições Políticas e Políticas no Brasil.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lúcia Helena Barros do Valle

**PONTA GROSSA  
2002**

Ficha catalográfica elaborada pelo setor de Tratamento da Informação BICEN/UEPG.

E34a Eidam, Reni Aparecida  
A atuação do assistente social na prevenção e tratamento de usuários de drogas: limites e possibilidades. Ponta Grossa, 2002.  
135 f.

Dissertação (mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) - Universidade Estadual de Ponta Grossa - Pr.

Orientadora: Profª Drª Lúcia Helena Barros Valle.

1. Drogas. 2. Drogadicção. 3. Prevenção. 4. Exclusão social. I. Valle, Lúcia Helena Barros. II. T.

CDD : 362.29

**TERMO DE APROVAÇÃO**

**RENI APARECIDA EIDAM**

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA PREVENÇÃO E  
TRATAMENTO DOS USUÁRIOS DE DROGAS: LIMITES E  
POSSIBILIDADES**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:



Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lúcia Helena Barros do Valle  
Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG



Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Samira Kauchakje  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC-PR.



Prof. Dr. Guilherme Germaão Telles Bauer  
Universidade Tuiuti do Paraná - UTP

## AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho não seria possível sem a colaboração de muitas pessoas que jamais saíram de nosso pensamento e sentimento, sempre com muita gratidão: primeiramente a **DEUS**, presente em todos os momentos de minha vida, Luz Condutora de todos os meus passos.

A todos os sujeitos dessa pesquisa – **assistentes sociais** – que no anonimato de seus depoimentos, emprestaram seus conhecimentos e suas experiências, possibilitando explorar e conhecer essa desafiante área de atuação.

A todos os meus familiares, em especial, a minha mãe **Alice Felicia Eidam** pelo exemplo de dedicação e por sempre me incentivar; as minhas irmãs **Ermelina, Érica e Reny de Fátima** que sentiram a falta de minha presença durante o processo de mestrado.

Ao **Adão**, meu amor e companheiro de todas as horas, pelo apoio e por nunca me deixar desistir.

A todos os professores que emprestaram seus conhecimentos nas disciplinas ministradas na primeira turma de mestrado em ciências sociais aplicadas, e em especial a professora **Dr<sup>a</sup> Lúcia Helena Barros do Valle**, que aceitou orientar este trabalho.

Um agradecimento muito especial as professoras **Araci Asinelli Luz** e **Samira Kauchakje**, que compoem a banca de qualificação dessa dissertação compartilharam ideias, teorias, leituras e críticas, permitindo novas conexões para a concretização deste trabalho.

Aos colegas do **COMEN**, com quem trocamos ideias e com quem compartilhamos momentos tristes e alegres no dia-a-dia de trabalho.

Dedico a todas as pessoas que direta ou indiretamente estão empenhadas na busca de alternativas para enfrentamento às drogas.

## **A VISÃO DO FUTURO**

---

O jovem rapaz e a estrela do mar  
Uma história inspirada em Loren Eiseley

Um jovem sábio fazia um passeio pela praia, ao alvorecer ao longe, avistou um jovem rapaz que parecia dançar ao longo das ondas. Ao se aproximar, percebeu que o jovem pegava estrelas do mar da areia e as atirava suavemente de volta à água. E então o homem sábio perguntou:

“O que você está fazendo?”

“O sol está subindo e a maré está baixando; se eu não as devolver ao mar, irão morrer.”

“Mas, meu caro jovem, há quilômetros e quilômetros de praias cobertas de estrelas do mar... Você não vai conseguir fazer qualquer diferença.”

O jovem se curvou, pegou mais uma estrela do mar e atirou-a carinhosamente de volta ao oceano, além da arrebentação das ondas.

E retrucou:

“Fiz a diferença para essa aí.”

A atitude daquele jovem representa alguma coisa especial que existe em nós.

Todos fomos dotados da capacidade de fazer diferença.

Cada um de nós pode moldar o próprio futuro.

Visão sem ação não passa de um sonho.

Ação sem visão é só passatempo.

Visão com ação pode mudar o mundo.

**Joel Arthur Barker**

## RESUMO

O presente trabalho, apresentado à Universidade Estadual de Ponta Grossa, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais Aplicadas, trata sobre a atuação dos Assistentes Sociais na prevenção e tratamento de usuários de drogas; seus limites e possibilidades. Foi elaborada a partir da análise de questionários e entrevistas que envolveram 07 (sete) assistentes sociais. Teve como objetivos conhecer a prática dos assistentes sociais na área de dependência química, identificando os limites e possibilidades. É uma pesquisa qualitativa, descritiva e explicativa. O trabalho foi realizado pela mestranda com a colaboração de 07 (sete) assistentes sociais. O instrumento aplicado constitui-se de duas partes: um questionário aberto seguido de entrevista, para confirmação das respostas. A totalidade absoluta dos questionários foi devolvida com respostas. As respostas colhidas foram sistematizadas nos limites e possibilidades de atuação dos assistentes sociais e divididos em 3 (três) categorias: prevenção, exclusão social e interdisciplinaridade. A análise procedeu-se de modo global, processando articular as categorias, entendendo a relação dialética de causa e efeito, obtendo uma série de conclusões sobre a prática do assistente social na área de dependência química.

**Palavras chaves:** Drogas, drogadicção, prevenção, exclusão social

## ABSTRACT

The present work, presented to the State University of Thick Tip, as part of the requirements for attainment of the heading of master in Applied Social Sciences, deals with the performance the Social Assistants in the prevention and treatment of users of drugs; its limits and possibilities. It was elaborated from the analysis of questionnaires and interviews that had involved 07 (seven) social assistants. It had as objective to know the practical one of the social assistants in the area of chemical dependence, identifying to the limits and possibilities. It is a qualitative, descriptive and explicative research. The work was carried through by mastered with the contribution of 07 (seven) social assistants. The applied instrument consists two-piece: a followed open questionnaire of interview, for confirmation of the answers. The absolute totality of the questionnaires was returned with answers. The harvested answers had been systemize in the limits and possibilities of performance of the social and divided assistants in 03 (three) categories: prevention, social exclusion and interdisciplinary. The analysis was preceded from global way, processing to articulate the categories, understanding the relation cause dialectic and effect, getting a series of conclusions on the practical one of the social assistant in the area of chemical dependence.

**Word key:** drugs, drugadiction, prevention, social exclusion.



## LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1	Questionário aplicado aos sujeitos da pesquisa.....	<b>90</b>
ANEXO 2	Lei dos Tóxicos.....	<b>95</b>
ANEXO 3	Classificação e efeitos das drogas no organismo.....	<b>98</b>
ANEXO 4	Gírias praticadas pelos usuários de drogas.....	<b>113</b>
ANEXO 5	Alguns conceitos básicos e definições de terminologias e expressões utilizadas nos estudos e envolvimentos como usuários de drogas.....	<b>122</b>

## SUMÁRIO

	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>10</b>
	<b>PARTE I – AS DROGAS NA HISTÓRIA DA HUMANIDADE.....</b>	<b>13</b>
<b>1</b>	<b>O SUJEITO ENQUANTO DEPENDENTE QUÍMICO.....</b>	<b>13</b>
1.1	Aspectos históricos e antropológicos do uso de drogas.....	20
1.2	O USO DE DROGAS NO BRASIL NAS ÚLTIMAS DÉCADAS.....	24
1.2.1	O panorama brasileiro.....	25
1.2.2	Os estudos sobre bebidas alcoólicas.....	25
1.2.3	Os estudos sobre outras drogas psicotrópicas: o consumo de drogas entre alunos de 1º e 2º graus.....	27
1.2.4	O consumo de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua.....	28
1.2.5	Alguns indicadores sobre o uso de psicotrópicos.....	29
1.2.6	Custos sociais decorrentes do uso indevido de drogas.....	30
1.2.7	Assistência aos transtornos por uso e abuso de álcool e outras drogas no SUS	31
1.2.8	Situações de risco e de proteção a drogadição entre adolescentes.....	32
1.2.8.1	Fatores presentes no indivíduo.....	33
1.2.8.2	Fatores presentes na família.....	34
1.2.8.3	Fatores presentes na escola.....	34
1.2.8.4	Fatores presentes no grupo.....	35
1.2.8.5	Fatores presentes na comunidade.....	36
1.2.9	O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).....	36
	<b>PARTE II – PREVENÇÃO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....</b>	<b>39</b>
<b>2</b>	<b>PREVENÇÃO.....</b>	<b>39</b>
2.1	POLÍTICAS DE SAÚDE NA QUESTÃO DAS DROGAS.....	42
2.2	PROJETO DE REDUÇÃO DE DANOS: UMA NOVA ESTRATÉGIA DE POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE.....	44
2.2.1	Redução de danos no Brasil.....	45
2.3	CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROFISSÃO DE SERVIÇO SOCIAL E SUA INSERÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL: ANTECEDENTES HISTÓRICOS E TEÓRICOS.....	50

2.3.1	O Serviço Social e as políticas de saúde mental.....	55
	<b>PARTE III – ANÁLISE DA PESQUISA – CATEGORIAS IDENTIFI-</b>	
	<b>CADAS.....</b>	<b>61</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA DA PESQUISA.....</b>	<b>61</b>
3.1	CATEGORIAS DA PESQUISA.....	66
3.2	ANÁLISE DOS DADOS.....	67
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>82</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>85</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>89</b>

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A problemática das drogas adquiriu tal magnitude que se percebe estar diante de um verdadeiro flagelo de extensão mundial que condena à morte, milhares de seres humanos, promove a violência e, em muitos países, é até causa de desestabilização social.

O tráfico e o consumo de drogas é uma realidade em todos os países latino-americanos, que constitui muitas vezes, no portão de entrada das drogas e de conexão com o tráfico internacional.

Segundo dados da ONU (Organização das Nações Unidas), em torno de 8 (oito) milhões de pessoas no mundo inteiro consomem heroína e outras substâncias derivadas de plantas de ópio; 13,3 usam cocaína; 141,2 milhões consomem maconha e 25,5 utilizam alucinógenos. Calcula-se que 127 milhões tomam sedativos.

No mundo, existem cerca de 40 milhões de usuários dependentes e uma superprodução de drogas suficiente para 140 milhões de pessoas sendo, depois do comércio de armas, o mais rentável do mundo. No Brasil e no México um quilo de cocaína custa U\$13.000; na Colômbia custa U\$2.100; em Miami U\$19.000 e na Europa cerca de U\$90.000. Calcula-se que as atividades do narcotráfico geram por ano, nos Estados Unidos, 50 (cinquenta) bilhões de dólares. É certo que a comercialização gera desequilíbrios na política econômica, já que as atividades ilícitas provocam a “lavagem” do dinheiro, o enriquecimento de alguns e a pobreza de outros.

O alcoolismo é a segunda doença que mais mata no mundo; entre as drogas é a primeira e, entre as doenças, só perde para as cardiovasculares. No Brasil, o alcoolismo é responsável por 54% dos acidentes de trabalho, 65% dos acidentes de trânsito e 57% de acidentes graves. O alcoolismo e o uso de drogas representam, em conjunto, cerca de 20% das internações por transtornos mentais no Brasil (93% são homens), chegando a 28% na Região Sul. As consequências do uso do álcool foram causa básica de 3.621 óbitos (89% do sexo masculino), dos quais 35% ocorreram antes dos 40 anos de idade. (NOTO e CARLINI, 1993).

A sociedade se encontra diante de um fenômeno heterogêneo e complexo com fortes componentes culturais. A resposta para tal fenômeno não se restringe ao tratamento, tampouco ao combate ao tráfico, isoladamente. Ela tem que ser articulada com ações de saúde, segurança, educação, assistência social, esporte, cultura, geração de renda.

O novo olhar que se propõe sobre o tratamento ao abuso de drogas se insere na Reforma Psiquiátrica Brasileira, instituída pela lei 10.216 de 2001, que estabelece que a

internação de pessoas com transtornos mentais só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Buscou-se neste trabalho, desmistificar a concepção estigmatizada do usuário de drogas e mostrar a natureza e predisposição da dependência, a partir do entendimento de que a dependência química é uma doença de natureza física e mental, com componentes familiares e sociais. E dada esta complexidade o trabalho se tornou difícil por ser campo de atuação de várias ciências.

A realização deste trabalho, além de cumprir as exigências do curso de mestrado em Ciências Sociais Aplicadas, tem como objetivo, responder a algumas inquietações da autora acerca da prática dos assistentes sociais em relação à questão das drogas no seu cotidiano profissional. A partir da pesquisa, procurou-se conhecer a prática dos assistentes sociais enquanto educadores sociais, buscando a compreensão dos mesmos em relação a este fenômeno, sem a pretensão de esgotá-la na sua totalidade, mas identificando seus limites e possibilidades nesta área de atuação.

Os motivos que ligam a temática deste estudo são as inquietações e acontecimentos derivados da história pessoal e profissional desta pesquisadora no decorrer dos 14 (quatorze) anos de prática profissional, atuando na saúde pública.

No caminho percorrido refletiu-se constantemente sobre as justificativas que levam o ser humano a abusar e a depender de substâncias químicas e questionou-se enquanto profissionais “do social” do que “eu” posso fazer em relação a este problema? e como os assistentes sociais podem efetivamente contribuir com os indivíduos e com a coletividade para que preservem sua saúde e mantenham uma qualidade de vida.

Na primeira parte, trabalhou-se o resgate histórico de uso de drogas na humanidade, abordando as questões sobre: “o sujeito enquanto dependente químico, os “aspectos históricos e antropológicos do uso de drogas”, e o “uso de drogas no Brasil, nas últimas décadas”, contextualizando a droga no Brasil, utilizando-se de pesquisas do CEBRID junto a escolares, meninos e meninas em situação de rua, aborda os fatores de risco social, fatores de proteção e legislação vigente.

Na segunda parte, foram tratadas da prevenção, políticas de saúde mental, buscando identificar o contexto em que se deu a inserção do assistente social e a contextualização histórica da profissão.

Na terceira parte, foi realizada uma análise geral, momento em que a pesquisadora procura avaliar o processo deste trabalho, explicando como ocorreram as aproximações com o objeto de estudo; com base na metodologia utilizada, desenvolveu-se uma discussão sobre as

funções desempenhadas pelas assistentes sociais, privilegiando a prática de educação em saúde, identificando as categorias “prevenção”, “exclusão social” e “interdisciplinaridade”, ressaltando as possibilidades e limites da ação do assistente social sob a perspectiva de combate ao abuso de substâncias psicoativas.

As considerações finais estão voltadas ao valor da contribuição do assistente social enquanto educador social, como sujeitos, como pessoa protagonista na prevenção ao abuso de drogas, capaz de desenvolver estratégias de prevenção no seu local de trabalho e na comunidade, com pensamentos críticos e tomadas de decisões sobre estudos de vida que favoreçam a preservação de saúde e manutenção da qualidade de vida.

Espera-se que este trabalho não seja somente um critério para a obtenção de um título, mas que sua leitura seja agradável e que venha de encontro aos interesses de todos os envolvidos no processo social que valorizam a vida e desejam uma sociedade mais humanitária.

## PARTE I: AS DROGAS NA HISTÓRIA DA HUMANIDADE

### 1 O SUJEITO ENQUANTO DEPENDENTE QUÍMICO

A luta contra as drogas é um empenho de todos. No mundo das drogas não existem países de primeiro ou segundo mundo, porque ninguém é tão rico que não possa receber algo dos outros e tão pobre que não tenha nada para dar (JOÃO PAULO II).

O ser humano traz consigo uma dimensão social e histórica do seu comportamento. Na busca incessante de melhores condições para sua existência procura experiências agradáveis e prazerosas: conhece produtos que atuam como coadjuvantes do equilíbrio orgânico, produtos que possuem substâncias modificadoras da percepção e sensação.

Diante de ameaças à sua integridade física, ao seu espaço territorial e à família, o instinto de agressividade entra em ação para que a pessoa possa enfrentar e vencer o inimigo, ou, diante de obstáculos do dia-a-dia, esse mesmo instinto transforma obstáculos em desafios, o que redundará em progresso humano. Ao mesmo tempo, o organismo humano é dotado de mecanismos de defesa, que incluem a agressividade natural. Para que essa agressividade não tome as características de violência, em situações naturais, esses mecanismos são estimulados e se mantêm em equilíbrio: fuga e ataque, os dois movimentos básicos de autoproteção.

Da idade da pedra para a sociedade moderna, o grande desafio que se coloca ao homem é reagir e se adaptar tal a velocidade com que as mudanças acontecem no mundo moderno, podendo alterar concepções e ações em relação ao trabalho, à vida e à família. A família, na visão sociológica, é uma das cinco maiores instituições sociais que especificam os papéis e os preceitos para o comportamento dos indivíduos. Ela é responsável pelo controle da função reprodutora, pela socialização das crianças e por estratégias de segurança econômica de seus membros (COHEN, 1980).

Família, embora não sendo um conceito unívoco, remete à ideia de um grupo de parentes co-residentes, ou seja, um grupo doméstico, cujo parentesco pode advir de consangüinidade, aliança ou adoção. Para esse grupo a finalidade precípua de sua existência é a manutenção econômica, a identificação individual e coletiva, e a criação dos filhos. Os grupos de descendência e residência formados pelo parentesco mantêm uma solidariedade

multifuncional, determinando casamentos, regulação dos conflitos, herança, cultos, valores etc. (LABURTHE-TOLRA e WARNIER. 1993,).

As transformações mais significativas da família no contexto do novo paradigma, provavelmente se devem ao questionamento dos papéis masculino/feminino na sociedade industrial, a revolução sexual desencadeada pelo avanço das práticas contraceptivas e por outros fatores culturais, com mudanças no seu sistema de valores, onde se destacam:

- Mudanças na relação homem/mulher/filhos – Os pais (na condição de casal), em certos casos, não têm assumido seu papel educativo junto aos filhos em formação . Esse papel foi delegado à mãe e às empregadas domésticas, aos media eletrônicos e à imitação do estilo de vida dos adultos;
- o reconhecimento dos direitos das crianças e adolescentes;
- o deslocamento cada vez maior da família enquanto elemento principal no processo de socialização e aculturação da criança, colocando-se a escola em seu lugar.

Segundo pesquisas de Sampaio (1997) Zagury (1996), a família sofreu mudanças significativas nos últimos anos. É fato significativo que o padrão tradicional de família vem experimentando profundas alterações na sua forma de organização. Mudanças estruturais mais amplas acabam repercutindo na forma das famílias se organizarem, na medida em que alteram as condições sócio-econômicas de existência, que geram um quadro de insegurança e instabilidade social. A família reestrutura-se de acordo com as demandas capitalistas. Ela encontra novas formas de sobrevivência, assumindo formas de organização condizentes com o sistema na qual está socialmente inserida. São diversas as formas de agregados familiares, não fazendo sentido definir padrão único e formativo. Contudo, as pesquisas assinalam o valor da família como sustentáculo afetivo, essencial ao desenvolvimento dos seus membros, cabendo a ela o apoio, a orientação, a segurança, o diálogo na formação de seres humanos desenvolvidos e a sua integridade. É na família, mediadora entre o indivíduo e a sociedade, que aprendemos a perceber o mundo e a nos situarmos nele. É a formadora da primeira identidade social, onde o respeito aos diferentes saberes é basilar para a construção de relações dialógicas no contexto familiar. Os progenitores só serão capazes de educar para a autonomia cidadã, se aceitarem as suas imperfeições e compreenderem as necessidades e os interesses dos filhos, sem nunca perderem as suas convicções firmadas em valores perenes do humano.



Ao aproximar-se da questão drogas tem-se que considerar que a prática do uso não pode ser reduzida à dependência. O “drogadicto”, toxicômano ou dependente de drogas, representa uma pequena parcela do universo constituído pelos usuários de drogas. Termos como toxicômano ou toxicofílico (afinidade com drogas), são utilizados como sinônimos de viciado e dependente. Em 1969 a OMS (Organização Mundial de Saúde), propôs o termo farmaco-dependente. No decorrer do texto, será usado o termo drogadicto. Um drogadicto só vai estar drogado quando estiver sob efeito da droga. Quando não, manterá suas características psicossociais e físicas (quando da adicção a uma droga que dê esse tipo de dependência) do seu perfil de drogadicto. Dessa forma também pode ocorrer de um indivíduo que não é drogadicto usar uma droga e, evidentemente, ficar drogado.

Será utilizado o termo DROGAS para indicar toda substância capaz de alterar o funcionamento do sistema nervoso central. Portanto, estão incluídas as drogas legalmente produzidas e comercializadas como o álcool, o cigarro e os medicamentos psicotrópicos e as drogas ilícitas como a maconha, cocaína, crack, ecstasy, ice, LSD e os solventes e inalantes.

No campo de atuação médica, a distinção entre uso/abuso (mais recentemente chamado uso prejudicial) e dependência, permite legitimar a intervenção médica, distinguindo o que se configura como um problema de saúde, como uma doença.

Conforme Helen Nowlis (1975), para classificar as pessoas como “utilizadoras” ou “não utilizadoras” de substâncias é preciso observar: a farmacologia da substância, a dosagem, a frequência, a finalidade do uso, a cultura social, a motivação e a necessidade. Só após essa análise é possível classificar os usuários em:

**USO PASSAGEIRO** – quando as experiências se limitam a uma, duas ou três absorções da droga.

**USO CASUAL** ou **OCASIONAL** - utilizam uma ou várias substâncias, quando disponíveis, ou em ambientes favoráveis, num contexto social no qual outros estão usando, sem rupturas nas relações afetivas, sociais ou profissionais.

**USO REGULAR** - pode variar entre uma ou várias vezes por semana. A pessoa necessita de uma substância a qual modifica as suas percepções sobre si mesmo e sobre o mundo que o rodeia, e já se observam sinais de rupturas nas relações afetivas, sociais ou profissionais.

**USO COMPULSIVO** – a droga domina a vida do indivíduo, implica em uma frequência de uso extremamente elevada. A maior parte do tempo, de seus pensamentos e de suas energias, ele ocupa com a obtenção do uso. Vive pela droga e para a droga, descontroladamente, com rupturas em seus vínculos sociais, podendo haver marginalização e

isolamento (SEIDL *et al*, 1999). Começa a usar drogas leves e, gradativamente passa a consumir drogas mais potentes e de forma crônica.

#### CONSUMIDORES REGULARES DEVIDO A CRISES DA ADOLESCÊNCIA –

Para muitas crianças, a experiência com a droga começa no ventre materno, em consequência do abuso praticado pela mãe no período de gestação, pois, muitas vezes, tal droga atravessa a barreira da placenta e várias delas são capazes de causar malefícios. Ao nos referirmos à adolescência, buscamos a origem da palavra que, segundo o “Novo Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa”, refere-se ao “período da vida humana que sucede à infância, começa com a puberdade, e se caracteriza por uma série de mudanças corporais e psicológicas.” Em estudos anteriores, essa etapa do desenvolvimento humano foi associada a crises, problemas, tumulto, estresse e sofrimento necessários ao amadurecimento tanto físico como psicológico. Estudos mais recentes apresentam uma nova forma de ver a questão, considerando a adolescência como um tempo de transformação que não é, necessariamente, de transtorno, embora possa trazer problemas para alguns. Nem toda a adolescência é problemática, e nem todo o adolescente recorre, necessariamente, à droga para compensar dificuldades.

É muito comum ouvir-se afirmações sobre a adolescência que, na verdade, não passam de mitos, de ideias baseadas em concepções não comprovadas por fatos. Os mitos mais usuais sobre a adolescência são:

- Todos os adolescentes sentem dificuldades que são esperadas e necessárias para o seu crescimento;
- um dos acontecimentos mais importantes na vida do adolescente é a separação do convívio com os pais e com outros adultos, e esse afastamento é fundamental para o amadurecimento emocional;
- a rebeldia contra os pais, os professores ou qualquer forma de autoridade é característica da adolescência. Por isso mesmo, comportamentos como o uso de álcool, de tabaco e de outras drogas são manifestações de rebeldia normais;
- espera-se que os adolescentes se comportem de forma estranha, fora dos padrões considerados normais para os adultos;
- os comportamentos manifestados durante a adolescência têm pouca ou nenhuma ligação com os comportamentos da vida adulta, pois a adolescência é, antes de tudo, uma fase caracterizada por um “transtorno normal”, que vai passar com o tempo.

Por outro lado, existem fatos que podem contribuir efetivamente para a compreensão da adolescência:

- A adolescência é uma fase de transformação, mas não necessariamente de transtorno, de confusão ou de rebeldia;
- a maioria dos problemas dos adolescentes não decorre da adolescência, e sim da sua realidade familiar ou social;
- o uso de drogas não pode ser considerado como uma prática que, necessariamente, faz parte do desenvolvimento de um indivíduo e nem tende a desaparecer espontaneamente;
- o consumo de drogas no início da adolescência pode significar dificuldades com a família ou com o meio social ou, ainda, alguma forma de **estresse** relacionado às transformações que o jovem sofre nessa etapa da vida;
- o uso de drogas na adolescência pode ser ainda, uma manifestação de carências socioeconômicas, manifestadas, sobretudo, nas áreas de saúde e de educação.

Sabe-se que existe uma relação entre adolescência e o uso de drogas, bem como, se tem notícia de aumento da experimentação, do uso regular e do consumo que têm exposto adolescentes e jovens a graves problemas de saúde física e mental. Muitos deles experimentam drogas muito cedo, passando do uso de drogas lícitas para de drogas ilícitas. Assim, jovens que começam consumindo tabaco e álcool, podem passar, mais tarde, a consumir maconha, cocaína e outras drogas. No entanto, vale salientar que, nem sempre, essa passagem da droga lícita para a droga ilícita está relacionada ao simples aumento da idade. O consumo de tabaco ou de bebidas alcoólicas no início da adolescência não determina, necessariamente, o uso de drogas ilícitas em fases posteriores, nem tampouco que a seqüência iniciada pelo álcool e pelo tabaco evolua para outras drogas como maconha ou cocaína.

No que se refere às causas do uso de drogas na adolescência, não se conhece nenhum motivo que, sozinho, seja determinante ou causador do uso, abuso ou da dependência de drogas, mas é possível afirmar que existem situações de vida que favorecem o uso indevido de drogas. Pode-se afirmar que existem os fatores de risco que aumentam a possibilidade do uso de drogas e de fatores de proteção que dificultam o uso, sobre os quais serão tratados posteriormente.

**CONSUMIDORES QUE VIVEM EM CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS DEFICITÁRIAS** – A promiscuidade habitacional, a precariedade do ambiente e de educação, a carência alimentar e emocional, caso essas carências sejam associadas a uma predisposição de personalidade (fatores genéticos) podem motivar o consumo de drogas.

**CONSUMIDORES COM GRAVES PROBLEMAS DE PERSONALIDADE** - Para pessoas com desvios de personalidade o consumir drogas é apenas mais um sintoma. Consumir drogas é secundário para um neurótico ou psicótico.

CONSUMIDORES PARA OS QUAIS O CONSUMO DE DROGAS SE CONSTITUI NO PRINCIPAL PROBLEMA – São usuários geralmente com problemas de personalidade. Começam a usar drogas leves e, gradativamente, passam a consumir drogas mais potentes e de forma crônica. Um impulso irresistível age sobre o usuário. Para o consumidor compulsivo, o consumo das drogas alivia sofrimentos causados pela falta da própria droga: angústia, depressão, violência, tremores.

DEPENDÊNCIA QUÍMICA – é o estado de desejo irreprimível e compulsivo de fazer uso de droga, de forma contínua ou periódica, buscando sentir seus efeitos no âmbito psicológico ou fisiológico.

Segundo Vargas (1997) a dependência é um problema do indivíduo. É uma necessidade de natureza irresistível, que o sujeito tenta satisfazer de alguma forma, com uma ou outra droga.

O fenômeno da dependência não se restringe ao álcool e a outras drogas, mas há outros fenômenos em que a problemática existe como dependência a televisão, sexo, computadores, jogos e outros. A substância da dependência é a insatisfação, a busca eterna do objeto que possa satisfazer, mas que nunca é alcançado.

Há que se observar dois aspectos que caracterizam a utilização indevida de substâncias psicoativas, o abuso e a dependência. No que se refere ao abuso de substâncias existem os seguintes critérios:

- Um padrão de uso desadaptativo que leva a insuficiência ou distresse, e manifesta-se por uma ou mais das seguintes alterações abaixo, ocorrendo em um período de doze meses;
- recorrente uso da substância resultando em deficiências na maior parte das obrigações do trabalho, escola e lar;
- recorrente uso de substância em situações que poderão causar danos físicos (dirigir, operar máquinas);
- recorrente uso de substância causando problemas legais;
- recorrente uso de substância causando problemas interpessoais e sociais persistentes e recorrentes. (VARGAS, 1997).

O modo patológico do consumo caracteriza-se pela incapacidade de diminuir ou parar o uso, de esforços mal sucedidos repetidos para controlar o consumo durante períodos de abstinência temporária, ou de restrição em certos momentos do dia; persistência do consumo de substância mesmo diante da ocorrência de distúrbios graves. O indivíduo sabe que os distúrbios são exacerbados com a utilização de substância, mas continua a usá-la pela necessidade de um consumo diário para manter um funcionamento pessoal adequado.

No campo social, a atuação do indivíduo pode ser prejudicada devido a sua incapacidade em assumir responsabilidade nas obrigações sociais importantes: manifestação de comportamento impulsivo; o rendimento profissional poderá sofrer prejuízo, pelas faltas ou por chegar ao trabalho intoxicado.

Para caracterizar o abuso de substâncias é necessário um período mínimo de doze meses de padrões comportamentais desadaptativo de uso de substância. Por outro lado, a dependência de substância psicoativa se caracteriza como uma forma mais grave da utilização de substância, pois além do uso patológico, vai ocorrer a Tolerância e/ou Síndrome de Abstinência.

Tolerância é a necessidade de aumentar a quantidade de substância para conseguir os efeitos desejados de euforia e prazer ou, ainda, o alívio de sofrimento, tornando-se necessário uma dose marcadamente maior, ou com droga mais forte, ou em maior frequência, ou o efeito é diminuído com a mesma quantidade da substância.

Dependência física ou síndrome de abstinência é o desenvolvimento de uma síndrome específica à substância devido à cessação ou redução do uso dessa substância, que foi usada pesada e prolongadamente. A síndrome é o quadro de efeitos ruins que o usuário sofre pela ausência da droga em seu organismo.

O aspecto deprimente da dependência é ela se constituir de um fenômeno fisiológico, cognitivo e comportamental, onde o uso de substâncias alcança uma prioridade tão grande que os demais valores tornam-se quase inexistentes. Segundo a OMS, as diretrizes diagnósticas da dependência de acordo com os critérios da CID-10 (Código Internacional das Doenças), considerando a identificação de, no mínimo três delas, nos últimos doze meses que antecederam a anamnese; são as seguintes:

- forte desejo ou compulsão para consumir substâncias;
- dificuldade em planejar, controlar ou cessar o consumo;
- tolerância;
- 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 uma reinstalação da situação anterior;

- estreitamento do repertório pessoal de consumo (passa a fazer uso em qualquer lugar, a qualquer hora etc) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

Para compreender a questão do uso indevido de drogas, é preciso conhecer as relações entre três elementos: a pessoa, a droga e o contexto sociocultural. (SEIDL, *et al*, 1999)

O primeiro elemento – pessoa – refere-se ao indivíduo, levando em consideração suas características, sua história de vida.

O segundo elemento – droga – identifica uma substância psicoativa, com características específicas, quanto à forma como atua e ao potencial de causar danos ao organismo.

O terceiro elemento – contexto sociocultural – diz respeito às características sociais, culturais, históricas e econômicas que identificam cada sociedade ou comunidade e que determinam ofertas e demandas diferenciadas para o uso ou o abuso de drogas.

A história do uso dessas substâncias em diferentes culturas, em diferentes sociedades e em diferentes épocas mostra que o ser humano tem buscado nas drogas não só a obtenção do prazer, mas também a modificação intencional do estado de consciência. Inúmeras são as substâncias cujo consumo sempre esteve presente na vida diária das mais diferentes culturas e das mais variadas formas. Por isso, o consumo de algumas drogas deve ser encarado como uma manifestação de caráter cultural e humano.

## 1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E ANTROPOLÓGICOS DO USO DE DROGAS

O uso de substâncias químicas psicoativas tem acompanhado o desenvolvimento das sociedades, desde os primeiros tempos, constituindo-se em um fenômeno cultural inserido nos contextos sociais mais diversos, porém mantendo determinadas características. Alguns estudos referem conotações históricas:

- Habitantes da América pré-colombiana já faziam uso de cactos como o peiote em cerimônias religiosas. Nos santuários de Delfos na Grécia, a sacerdotisa fazia suas profecias sob o efeito de um tipo de cacto (BUCHER, 1989);

- 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 (BUCHER, 1989);

- 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.

Desde 2.000 a.C. a maconha é conhecida, tendo sido usada na China, Egito e Índia com valor terapêutico (BUCHER, 1989). Ainda se sabe que há tradição do uso de Cannabis, principalmente, em países onde o álcool é proibido.

Na civilização Inca, o uso da folha da coca era controlado pessoalmente pelo Imperador. O maior privilégio que um Inca podia obter era conquistar o direito de mascar as folhas de coca e os nobres costumavam ser sepultados com uma generosa provisão de folhas, para abastecê-lo no paraíso incaico (BUCHER, 1989).

Nos Andes, o costume de mascar coca é atual e ajuda o andino a enfrentar as condições de clima e altitude. Entre os séculos XV e XVI, a Europa “descobre o Novo Mundo”. De volta de suas viagens, os navegadores relatam, com entusiasmo, acerca das maravilhas descobertas, inaugurando um período de viagens de reconhecimento das terras conquistadas. Em uma leitura atual desta fase da história, pode-se interpretar que a América do Norte foi destinada a ser colônia de povoamento, enquanto que a América do Sul e a África tornaram-se colônias de exploração, por serem regiões pródigas em produtos naturais. Decorre deste caráter exploratório o contato com os povos nativos e seus hábitos e costumes, ao mesmo tempo em que se observam ciclos econômicos que se sucedem como o da borracha e da cana.

Neste período também pode ser observada a migração de produtos naturais que contêm substâncias químicas psicoativas. Os espanhóis levaram a folha de coca para a Europa no Século XVIII; em 1860 ocorreu a sintetização da cocaína por Albert Hiemann e até o início do século XX, seu consumo era livre. Em 1903, a substância foi retirada da fórmula da Coca Cola. Além disso, os espanhóis tentaram, sem sucesso, dissuadir os nativos dos Andes a não utilizarem a folha da coca e quase provocaram uma descaracterização étnica. (BUCHER, 1989).

Com o advento da Revolução Industrial, novas relações de trabalho são instituídas e as cidades vão se organizando em torno dos pólos industriais. As antigas colônias libertam-se do jugo da coroa e, ao se independarem politicamente, tornam-se dependentes comercialmente e a relação colonizador e colonizado muda para países produtores e países consumidores. O avanço do Capitalismo no mundo ocidental influi diretamente no contorno geopolítico das nações.

Ainda no século passado, em paralelo ao uso social do ópio e da cocaína, os usos medicinais destas substâncias também tiveram relevância: em 1814, o químico alemão Friedrich Sertuner sintetizava a morfina, a partir do ópio, dando esperança a medicina de poder vencer a dor. Alguns anos depois, Charles Gabriel Pravaz inventa a seringa hipodérmica, o que contribui para a rápida expansão do consumo da morfina receitada largamente como anestésico. Por volta de 1880, a medicina mencionava a síndrome de morfinomania, através de uma publicação de Lervinstein, onde se relatavam cento e dez casos de dependência à morfina, percebendo que a relação entre a busca de meios curativos eficazes e o uso de substâncias químicas psicoativas continuava estreita (PEREIRA, 1998).

Na segunda metade do século passado, as drogas psicoativas já eram usadas de forma diferente da dos povos nativos: descartadas pela pesquisa médica, drogas, como o ópio, continuaram com a comercialização livre, não demorando a surgirem pela Europa, as “casas de ópio” atraindo a atenção da sociedade da época. A mesma sociedade que, até o início deste século, adquiria nas tabacarias seus estojos com cânulas de prata para o consumo da cocaína.

Durante a Segunda Guerra mundial, os médicos militares de várias nacionalidades receitaram anfetaminas regularmente às tropas, para combater a fadiga, aumentar a resistência e manter o “espírito de luta”.

Em 1943, o Dr. Albert Hoffmann trabalhava para o laboratório Sandoz com o ácido dielamida lisérgico. As realizar suas pesquisas com este ácido, testou várias dosagens, sendo que na vigésima quinta substância que manipulava, acidentalmente, absorveu uma pequena quantidade através da pele. Devido aos efeitos que percebeu em si, batizou tal substância de **LSD-25<sup>1</sup>**, e resolveu fazer novas pesquisas sobre ela, relatando, posteriormente, que a mesma podia provocar um estado de realidade alterada (PEREIRA, 1998).

Na década de 60, o interesse de outros pesquisadores quanto ao LSD-25 e seu uso como coadjuvante terapêutico, tornou-se circunstâncias que auxiliaram na popularização da droga, principalmente no meio artístico e intelectual, fazendo parte do movimento chamado psicodelismo.

Entre os anos 50 e 60, o mundo não é mais o mesmo tal a velocidade das mudanças patrocinadas pelo apetite político e econômico, ou seja, o avanço do capitalismo, alterando fundamentalmente a vida cultural. A especialização tecnológica, além da síntese das

---

<sup>1</sup> LSD-25: É a mais representativa das drogas alucinógenas sintéticas. O componente básico da ergotina foi isolada, resultando na dietilamina do ácido lisérgico, que foi descoberto, quando se buscava a cura para a doença de Santo Antão, ou fogo de Santo Antão.



substâncias químicas, promove o crescimento da indústria automobilística e dos meios de transporte; a corrida armamentista e as armas químicas.

Surge o conceito de Sociedade de Consumo, e deste, o movimento hippie que provoca uma revolução cultural no valor estável, ou seja, do ideal de progresso: costumes sociais a propor uma volta ao viver comunitário. Contradizendo os padrões impostos, homens deixam os cabelos crescer e usam roupas coloridas; as mulheres usam calças compridas nos ambientes de trabalho e falam abertamente de sua sexualidade. Questiona-se o tabu da virgindade, prega-se o amor livre.

Os movimentos (do feminismo, homossexualismo, e os movimentos étnicos) explodem no seio da sociedade. À semelhança das antigas tribos, os pilares do movimento propunham uma volta na relação do homem com a natureza. Grupos hippies buscavam auto-suficiência com o artesanato e a alimentação natural, produzidas nas próprias comunidades. Buscavam nos alucinógenos (maconha e LSD-25, principalmente), a compreensão dos estados superiores de consciência e adotaram as práticas do oriente como Yoga, justificando o transcendente do ser humano, na prática mística, contribuindo para a popularização da figura dos “gurus indianos”.

Este movimento encontrou adeptos nas artes, no teatro, no cinema, na música fazendo deles veículos de divulgação dos valores revolucionários que questionavam todos os tabus. Uma “nova ordem social” estava proposta no resgate das coisas naturais, bem expressa no modo de vestir: a adoção do mocassim, da camiseta e da calça brim.

O movimento de contra cultura, ao criticar uma sociedade competitiva, moralista e consumista, denunciou suas contradições, criando um movimento baseado na mística da música, da comunhão e da droga como propiciadores de uma alternativa mais verdadeira de viver (BUCHER, 1989).

O sistema político e econômico vigente, por um lado combateu a “desordem” instalada no movimento psicodélico, mas por outro, apropriou-se dos novos valores adotados pela massa, difundindo filmes e discos, promovendo artistas e a moda psicodélica, embalados pela mídia, vendendo tênis, camiseta e calça jeans que, desvinculados do significado do movimento, tornam-se apenas objetos de consumo. Surgem as grifes e mantém-se o ideal de progresso e desenvolvimento.

A toxicomania surge, no final do século passado, como filha indigna da medicina. Após o movimento hippie decretado na canção dos Beatles “O sonho acabou”, o fenômeno se

expande desconectado do coletivo social e o uso indiscriminado, individualizado surge escancaradamente como um verdadeiro flagelo, adquirindo status epidêmico.

## 1.2 O USO DAS DROGAS NO BRASIL NAS ÚLTIMAS DÉCADAS

Os dados epidemiológicos disponíveis no Brasil ainda são insuficientes para uma avaliação adequada do cenário geral do uso de drogas, havendo necessidade de maior incentivo para o desenvolvimento de programas permanentes de pesquisas sobre o tema. As pesquisas realizadas se restringem a populações específicas e a regiões determinadas.

No que se refere especificamente à questão das drogas psicotrópicas, a epidemiologia diz respeito ao estudo do número de casos de usuários e/ou dependentes, bem como acontecimentos relacionados, como acidentes de trânsito, óbitos, apreensões de drogas psicotrópicas pela polícia, internações hospitalares entre outros (NOTO *et al*, 1995).

O termo epidemiologia diz respeito ao: Estudo da distribuição dos estados ou acontecimentos relacionados à saúde em uma dada população (BEAGLEHOLE *et al*, 1994). Tem como objetivo traçar um perfil mais realista da situação vivida pela população, possibilitando um direcionamento mais adequado das políticas públicas.

No Brasil, a epidemiologia sobre o uso de drogas psicotrópicas começou a tomar corpo apenas no final da década de oitenta. É interessante destacar considerações sobre o contexto histórico que antecedeu a realização destes estudos. No final dos anos setenta, em alguns países, dentre os quais os Estados Unidos, observaram-se um aumento do número de usuários de drogas psicotrópicas.

Essa situação deflagrou um movimento caracterizado por um enfoque alarmista, intolerante e repressivo, que os norte americanos denominaram de “guerra às drogas.” Esse movimento teve, ainda, como meta, a disseminação da abordagem alarmista para países menos desenvolvidos, principalmente aqueles considerados como rotas de tráfico, dentre os quais se inclui o Brasil. (CARLINI-COTRIM, 1995). Na ocasião, o país não dispunha de dados epidemiológicos consistentes, não tendo ideia da situação nacional em relação às drogas psicotrópicas. E isto foi um fator importante que causou certo pânico entre estudantes, principalmente envolvendo o uso de drogas ilícitas como maconha, cocaína, LSD e heroína. A mídia também contribuiu significativamente para a divulgação do “pânico.”

### 1.2.1 O panorama brasileiro

A epidemiologia sobre o uso de drogas no Brasil começou a se desenvolver somente a partir do ano de 1987, com uma série de estudos desenvolvidos pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo. O CEBRID foi um dos pioneiros em pesquisas entre jovens (estudantes de primeiro e segundo graus e meninos e meninas em situação de rua) e por meio de indicadores epidemiológicos (intervenções hospitalares por dependência e apreensão de drogas pela Polícia Federal). Esses estudos mostraram a existência de duas abordagens distintas em relação às drogas psicotrópicas: uma, de natureza emocional, com base no senso comum, e outra, mais realista, fundamentada em resultados de pesquisas.

Na situação denominada pela abordagem emocional, predominava a ideia de uso indiscriminado de drogas, especialmente ilícitas e com tendência à rápida disseminação. Por outro lado, o retrato epidemiológico mostrava um número relativamente reduzido de usuários, com o predomínio do uso das drogas lícitas, com exceção ao álcool, como solvente e medicamentos psicotrópicos, e de outro, uma tendência à estabilidade. (CARLINI-COTRIM, 1995).

Na década de 1990, não só alguns desses estudos foram repetidos, como outros foram iniciados, o que permitiu um acompanhamento mais sistemático e mais contínuo da situação. Embora muitos destes estudos tenham sido desenvolvidos na última década, destacaremos os mais abrangentes, bem como, os fatores de risco e de proteção e o programa de redução de danos, não perdendo de vista que nosso objeto de estudo neste trabalho é a possibilidade de intervenção e atuação dos assistentes sociais no contexto da dependência química.

### 1.2.2 Os estudos sobre bebidas alcoólicas

Os dados existentes mostram que o álcool aparece com destaque, sendo, sem sombra de dúvidas, a droga mais consumida no Brasil e a responsável pelos maiores índices de problemas decorrentes de seu uso indevido.

Um estudo realizado nas cidades de Brasília, São Paulo e Porto Alegre, nos anos de 1990 e 1991, apontou índices muito elevados de casos de abuso e dependência do álcool na população adulta. O percentual de casos encontrados foi de aproximadamente 7,6% em São Paulo e 9,2% em Porto Alegre, o que significa dizer que quase 8% da população de São Paulo

consome álcool, enquanto em Porto Alegre esse percentual fica pouco abaixo de 10%. (CARLINI, *et al*, 1989).

Outro dado importante sobre o consumo de bebidas alcoólicas é que ele não se restringe à população adulta, sendo também freqüente entre adolescentes. Nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997, foram realizados quatro levantamentos entre estudantes de 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras, entre elas: Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo. O último levantamento, realizado em 1997, apresentou três resultados que merecem ser destacados:

- 1 – Cerca de 75% dos estudantes afirmam ter consumido bebidas alcoólicas pelo menos uma vez na vida, o que significa dizer que 3/4 dos estudantes ouvidos já haviam experimentado algum tipo de bebida.
- 2 – Aproximadamente 29% já haviam usado bebidas alcoólicas até se embriagar, ou seja, quase 1/3 dos estudantes fizeram uso abusivo do álcool.
- 3 – cerca de 15% faziam uso freqüente de bebidas, ou seja haviam consumido álcool seis ou mais vezes no mês que antecedeu a pesquisa, o que significa dizer que quinze em cada cem estudantes podiam ser incluídos na categoria de usuário abusivo.

Vale ressaltar que esse consumo, muitas vezes, é iniciado no próprio ambiente familiar, sendo a cerveja a bebida alcoólica mais citada pelos entrevistados. Em relação à prevalência relacionada ao uso e/ou dependência do álcool na população geral adulta (ALMEIDA FILHO *et al*, 1992) realizou-se um estudo domiciliar em três áreas urbanas brasileiras (São Paulo, Porto Alegre e Brasília). As estimativas de prevalência global para abuso e dependência de álcool foram elevadas, variando entre 7,6% em São Paulo e 9,2% em Porto Alegre, numa relação de cerca de quinze homens para cada mulher.

Comparando os quatro levantamentos realizados entre estudantes, observamos uma tendência ao aumento do consumo freqüente de álcool, especialmente entre os jovens com idade superior a dezesseis anos.

No que diz respeito aos problemas decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, destacam-se os acidentes de trânsito. Um levantamento realizado, em 1997, pela Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito – Abdetran – em Salvador, Recife, Brasília e Curitiba, revelou índices consideráveis de álcool no sangue das vítimas de acidentes de trânsito. Das 865 (oitocentas e sessenta e cinco) vítimas, 27,2% apresentaram valores

superiores a 0,6 decigramas de álcool por litro de sangue, atual limite permitido pelo Código Nacional de Trânsito.

A esses dados, somam-se os casos de pessoas que buscam tratamento em função de abuso ou dependência do álcool. Em um estudo realizado pelo CEBRID, foram analisadas as internações ocorridas por dependências e psicoses por drogas psicotrópicas de 1987 a 1993, ou seja, ao longo de sete anos consecutivos. Os resultados indicam o álcool como responsável por cerca de 90% das internações, sendo que a maioria dos internados se encontrava na faixa etária entre 31 e 45 anos, com predomínio do sexo masculino, na proporção de 15 homens para uma mulher (NOTO e CARLINI, 1995).

### 1.2.3 Os estudos sobre outras drogas psicotrópicas – o consumo de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus

Foram realizados quatro estudos, nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997, envolvendo estudantes de 1º e 2º graus da rede de ensino público em dez capitais brasileiras. No estudo realizado em 1997, 24,6% dos estudantes entrevistados afirmaram já ter ao menos experimentado outras drogas psicotrópicas, excluindo álcool e tabaco, com índices variando entre 19% em São Paulo e 30,5% em Porto Alegre. Isso quer dizer que cerca de 1/4 dos alunos já haviam experimentado drogas diferentes do álcool ou do tabaco.

Esse mesmo estudo aponta os solventes como as drogas psicotrópicas mais citadas, com 13,8% dos estudantes admitindo já ter feito uso de algum tipo de inalante, dentre as quais a cola de sapateiro ou lança-perfume. As demais drogas citadas na seguinte ordem:

- 7,6% para maconha;
- 5,8% para os calmantes ou ansiolíticos;
- 4,4% para os medicamentos para emagrecer ou anfetaminas;
- 2,0% para a cocaína.

Esse panorama é diferente quando se comparam os jovens do sexo masculino e do feminino. O consumo de maconha e cocaína predomina entre os jovens do sexo masculino, enquanto o consumo de calmantes e medicamentos para emagrecer é mais freqüente entre o sexo feminino. No que diz respeito ao fator socioeconômico, os estudantes que declaram ter feito uso de psicotrópicos estavam distribuídos de forma semelhante nas diferentes classes sociais.

Esse resultado sugere certa semelhança do consumo para os diferentes níveis socioeconômicos com relação aos estudantes da rede pública, ou seja, o consumo não é mais intenso numa determinada classe. Quando comparados com os levantamentos realizados em 1987, 1989 e 1993, esses dados mostram que o uso de drogas psicotrópicas, de forma global, não sofreu alterações significativas ao longo dos anos.

Por outro lado, pode-se constatar um aumento significativo no consumo de algumas drogas. A maconha, por exemplo, passou de 2,8% em 1987 para 7,6% em 1997, enquanto a cocaína, que em 1987 representava 0,5% do consumo, passou a 2,0% em 1997. Quanto às anfetaminas, cujo consumo era relativamente estável até 1993, passou de 3,1% em 1987 para 4,4% em 1997. (GALDUROZ, *et al*, 1997).

#### 1.2.4 O consumo de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua

Nos levantamentos realizados com crianças e adolescentes em situação de rua, em 1987, 1989, 1993 e 1997, foram observados índices extremamente elevados de uso de drogas psicotrópicas. O estudo feito no ano de 1997 em Brasília, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo mostrou que 88,1% dos entrevistados já haviam usado drogas. Desses 48,3% admitiram fazer uso pesado das mesmas, ou seja, terem consumido algum tipo de droga cinco ou mais vezes por semana, no mês que antecedeu à coleta de dados.

As drogas psicotrópicas mais citadas foram os solventes, seguidos pela maconha e cocaína, e também, pelos medicamentos psicotrópicos. O crack, por sua vez, está praticamente restrito a São Paulo, e a merla, a Brasília. Comparado aos levantamentos anteriores, o número de usuários de cocaína aumentou na maioria das capitais pesquisadas, observando-se índices mais elevados em Porto Alegre, no Rio de Janeiro e em São Paulo.

Quanto aos medicamentos psicotrópicos, os percentuais foram maiores em Recife e Fortaleza, destacando-se o consumo da substância *flunitrazepam*, comercializada com o nome de Rohypnol, e da substância *trihexyphenidil*, comercializada com o nome de Artane. O número de usuários de medicamentos psicotrópicos em São Paulo e Porto Alegre, que era elevado na década de 1980, praticamente desapareceu nos anos 1990.

### 1.2.5 Alguns indicadores sobre o uso de psicotrópicos

As consequências do uso indevido de drogas não se reduzem aos resultados dos estudos epidemiológicos. Por isso, esses resultados não devem ser avaliados isoladamente. É preciso analisá-los em conjunto, para uma melhor compreensão da questão do consumo de drogas na sociedade brasileira.

Dados obtidos a partir dos relatórios oficiais de internações hospitalares por dependência de droga, ao longo do período 1987-1995, indicam que, excluindo-se o álcool, a cocaína atualmente é a responsável pelo maior número dessas ocorrências. Essa posição era ocupada, até 1990, pela maconha. Observa-se, portanto, que houve um aumento gradativo do número de internações motivadas pelo consumo de cocaína, acompanhado da diminuição dos casos de maconha. (NOTO *et al*, 1995).

Fenômeno semelhante também foi observado no que se refere às apreensões de drogas pela Polícia Federal ao longo dos últimos anos, ou seja, um aumento das apreensões de cocaína acompanhado da diminuição das apreensões de maconha. (GALDURÓZ *et al*, 1994).

Os resultados dos estudos epidemiológicos mostram um inquestionável aumento da disponibilidade e do consumo de cocaína no Brasil, bem como dos problemas decorrentes do seu uso. No entanto, em relação à maconha, embora o consumo entre os estudantes tenha aumentado, observa-se uma redução das apreensões pela Polícia Federal e das internações hospitalares, o que poderia ser interpretado como um fenômeno de tolerância social em relação ao consumo dessa droga. (NOTO *et al*, 1995).

No estudo realizado pela Abdetran, em 1997, em Salvador, Recife, Brasília e Curitiba, além do álcool, as outras drogas encontradas no sangue das vítimas de acidentes de trânsito foram:

- Maconha, em 7,7% dos casos;
- Calmantes, em 3,4% dos casos;
- Cocaína, em 2,3% dos casos;
- Barbitúricos, em 1,5% dos casos;
- Anfetaminas, em 0,6% dos casos;
- Opiáceos, em 0,3% dos casos.

Constata-se, portanto, que é alto o índice de drogas encontrado no sangue das vítimas de acidente de trânsito, principalmente o álcool e nem sempre as consequências do uso indevido dessas substâncias se limitam ao próprio usuário. A Legislação Brasileira, através de

seu atual Código Nacional de Trânsito prevê sanções no caso de motoristas que façam uso de drogas psicotrópicas e venham a dirigir, nos seus artigos:

Art. 165 – Dirigir sob a influência de álcool, em nível superior a seis decigramas por litro de sangue, ou de qualquer substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica.

Art. 166 – Confiar ou entregar a direção de veículo a pessoa que, mesmo habilitada, por seu estado físico ou psíquico, não estiver em condições de dirigi-lo com segurança.

Diante do quadro epidemiológico envolvendo a droga no Brasil, observa-se preponderante participação das bebidas alcoólicas tanto no consumo quanto nos problemas dele decorrentes. O panorama torna-se mais preocupante quando são considerados alguns dados que indicam estar ocorrendo um aumento na frequência de uso entre jovens. No entanto, as medidas no sentido de prevenir ou minimizar a situação ainda são muito reduzidas, sobretudo, quando se constata a presença de campanhas publicitárias, cada vez mais sofisticadas, que incentivam o consumo, mascarando os inúmeros problemas que envolvem o uso indevido dessas bebidas. Em relação às demais drogas psicotrópicas, vale ressaltar que, nos últimos anos, as mudanças não foram muitas. Em geral, as alterações são negativas, especialmente no que se refere às drogas ilícitas, dentre as quais a maconha e a cocaína. Esse quadro sugere que as medidas adotadas nesses últimos anos não tiveram a eficácia esperada, sendo necessário adotar soluções alternativas para romper a visível tendência de aumento do consumo dessas drogas. No que diz respeito ao tipo de informação divulgada nos meios de comunicação de massa, prevalece a tolerância em relação às drogas lícitas, como o álcool e o tabaco; por outro, domina a visão alarmista sobre as drogas ilícitas, como a maconha e a cocaína.

#### 1.2.6 Custos sociais decorrentes do uso indevido de drogas.

Os “custos sociais” decorrentes do uso indevido de drogas, cada vez mais elevados, tornam urgente a intervenção mais adequada do ponto de vista da saúde pública. As consequências, diretas e indiretas, do uso abusivo de substâncias psicoativas são apenas no contexto de rede pública de saúde, mas principalmente nas várias interfaces da vida social: na família, trabalho, trânsito, na disseminação do vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis, mulheres e crianças, no aumento da criminalidade. Para estimar o montante dos custos



relativos ao uso e abuso de álcool e droga em termos de saúde pública, as pesquisas tem se pautado, principalmente, nos gastos com tratamento médico, na perda de produtividade de trabalhadores consumidores abusivos de drogas; e nas perdas sociais decorrentes de mortes prematuras. Outro aspecto relevante do problema diz respeito ao hábito de fumar, que raramente faz parte das estatísticas oficiais vinculadas a dependência química. Neste caso, 2,2% do PIB (Produto Interno Bruto) nacional é consumido com tratamento de doenças decorrentes da dependência tabágica. Segundo Bucher, estima-se que 5% da assistência especializada do País destinam-se ao tratamento de casos de abuso de outras drogas que não o álcool, equivalendo neste caso a 0,3% do PIB. A estimativa é que no seu conjunto, o custo das drogas psicoativas no Brasil corresponde a 7,9% do PIB por ano, ou seja, acerca de 28 bilhões de dólares (Secretaria de Estado da Saúde/SP, 1996). Nos Estados Unidos no ano de 1990, os custos econômicos totais do “abuso do álcool” foram estimados em mais de 100 bilhões de dólares, sendo que mais de 80% destes custos foram relativos ao tratamento, morbidade de mortalidade.

O tabaco também merece destaque, pois, a dependência tabágica é responsável por 85% dos casos de DPOC (Doença pulmonar obstrutiva crônica), 30% dos casos de câncer, 25% dos casos de angina e 25% dos casos de doenças cérebro-vascular.

#### 1.2.7 Assistência aos transtornos por uso e abuso de álcool e outras drogas no SUS

No Brasil, os gastos relativos a internações decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, no triênio 1995-96-97, ultrapassou os 310 milhões de reais. Ainda neste mesmo período, o alcoolismo ocupava o 4º lugar no grupo das doenças que mais incapacitam, considerando a prevalência global.

No ano de 1996 o SIH/SUS (Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde), registrou que a cirrose alcoólica do fígado foi a 7ª maior causa de óbito na população acima de 15 anos. Nesse mesmo ano, foram internados 39.255 pacientes acima de 15 anos com este diagnóstico. Desse total de pacientes, foram a óbito 3.626, significando cerca de 9,2%.

Os transtornos mentais associados ao uso e abuso de substâncias psicoativas – psicose alcoólica e por drogas, síndrome de dependência do álcool e dependência de drogas – são a segunda causa de internações psiquiátricas, sendo que estas encontram-se entre as cinco primeiras causas de internação hospitalar no país. Dentro de uma série histórica (1993-1997),

observa-se que o número de emissão de AIH (Autorização de internação hospitalar) por consumo de drogas, especificamente com relação ao diagnóstico de Dependência de Droga (CID 304), dobrou. Em 1993 foram emitidas 5.429 AIH's, enquanto que em 1997 a frequência de emissão de AIH's foi de 11.084. Já os gastos totais relativos a este diagnóstico, no mesmo período, triplicaram, passando de US\$902.886,29 em 1993, para US\$2.919.933,94 em 1997.

Há que se ressaltar que a alta prevalência de co-morbidade psiquiátrica das dependências químicas, impede a correta avaliação deste dado, considerando-se a dificuldade de um registro epidemiológico que desagregue internações decorrentes de patologias primárias, dos transtornos por abuso e dependência de álcool com sintomas psiquiátricos (ALMEIDA FILHO, *et al*, 1992).

Para um correto levantamento dos gastos hospitalares do SUS com assistência de patologias decorrentes do uso de substâncias psicoativas, teria que se quantificar de todos os quadros nosológicos apresentados e atendidos pelo SUS, quantos tiverem em sua etiologia o envolvimento destas substâncias. Tal tarefa, portanto, não é possível, pois no sistema de informações – SIH/SUS – este dado não é presente. Os gastos diretos com as principais situações que motivaram internações em hospitais gerais na rede do SUS, que podem decorrer do uso de substâncias psicoativas, chega a R\$601.540.115,33.

#### 1.2.8 Situações de Risco e de Proteção a drogadição entre adolescentes

Entende-se fator de risco como uma condição que pode estar presente no indivíduo, na família, na escola, no grupo de convívio ou na comunidade e que propicia o uso indevido de drogas, ocorrendo isoladamente, ou em conjunto. Um adolescente, cujos pais sejam consumidores de bebidas alcoólicas, ou que tenha em seu círculo de amigos, usuários de drogas, ou ainda que more em um bairro onde a violência e o tráfico sejam intensos, certamente estará mais exposto ao consumo, pois estas situações representam fatores de risco. No entanto, a existência de fatores de risco, não implica, necessariamente, no consumo abusivo, ou seja, uma situação de risco pode contribuir para que o jovem sinta vontade de experimentar drogas, mas isso não quer dizer que ele será um usuário abusador ou dependente.

Fator de proteção é uma condição que também pode estar presente no indivíduo, na família, na escola, entre os amigos ou na comunidade, e que pode contribuir para diminuir a probabilidade de envolvimento com a droga, impedindo o aparecimento de novos casos, mesmo quando há fatores de risco presentes. Uma liderança positiva, por exemplo, exercida

por alguém que seja capaz de transmitir aos jovens um estilo saudável de vida, baseado num ideal de companheirismo e participação, pode atuar como fator de proteção.

É importante observar que os fatores, sejam de risco ou de proteção, não têm caráter determinante, apenas aumentam ou diminuem, em diferente intensidade, a probabilidade de uma determinada situação ocorrer ou mesmo se agravar. Esses fatores devem ser considerados de forma conjunta e equilibrada entre o que constitui risco e o que oferece proteção para o jovem, já que, vistos isoladamente, não são indicadores de um comportamento determinado. No entanto, o conhecimento desses fatores é importante porque pode contribuir para mudar o curso de um acontecimento que poderia colocar um adolescente em risco.

No intuito de confrontar os principais fatores de risco e de proteção, será apresentado a seguir, um paralelo didático, com a subsequente descrição destes aspectos.

#### 1.2.8.1 Fatores presentes no indivíduo

Os fatores presentes no indivíduo são de natureza genética, emocional, existencial, psicológica e comportamental. É possível falar em fatores de risco quando o adolescente apresenta as seguintes características:

- É filho de pais dependentes de drogas;
- iniciou as atividades sexuais precocemente;
- tem propensão à ansiedade e à depressão;
- apresentou comportamento contrário às normas e às regras na infância;
- teve experiências precoce com drogas.

Por sua vez, os fatores de proteção estão presentes quando o adolescente apresenta as seguintes características:

- É autoconfiante e responsável;
- tem condições intelectuais para tomada de decisão;
- tem interesse pelos estudos;
- mantém relação afetiva de confiança com pais, professores, parentes ou outra pessoa capaz de dar conselhos e apoio emocional.

Esses fatores, quando presentes, contribuem para afastar ou aproximar o adolescente do consumo das drogas. Assim, é possível admitir que um adolescente que iniciou a vida sexual precocemente, que sofre de depressão ou ansiedade, que, na infância, não obedecia a

regras e normas ou que já experimentou substâncias, ainda que lícitas, está mais sujeito a se transformar num consumidor de drogas do que um outro que não apresentou esses comportamentos.

Por outro lado, aquele que é autoconfiante e responsável, que tem capacidade intelectual para tomar decisões, que se interessa pelos estudos e mantém relações afetivas de confiança com pessoas capazes de lhe dar conselhos e apoio emocional tem maior possibilidade de não se deixar envolver pelas drogas.

#### 1.2.8.2 Fatores presentes na família

Pode-se dizer que o núcleo familiar constitui fator de risco quando:

- Os pais apresentam comportamento de abuso ou dependência de drogas;
- as relações entre os seus membros são conflituosas ou excessivamente permissivas;
- não existem diálogo e afetividade na comunicação entre pais e filhos;
- não existem critérios na aplicação de regras disciplinares;
- os pais não manifestam interesse por aquilo que os filhos fazem;
- os pais são tolerantes quanto ao consumo de álcool e de tabaco.

Os fatores de proteção estão presentes no núcleo familiar do adolescente quando:

- Existem laços afetivos significativos entre os seus membros;
- a educação formal é estimulada e valorizada;
- predomina o estilo compreensivo de vida sem autoritarismo ou permissividade;
- existe relação de confiança entre pais e filhos;
- os pais demonstram interesse pela vida dos filhos e participam de seus sucessos e fracassos.

As famílias revelam seus potenciais, mas também seus limites no desempenho do papel educativo. O reconhecimento dessa realidade contraditória permite uma nova leitura e, conseqüentemente, a construção de novas possibilidades no trabalho preventivo.

#### 1.2.8.3 Fatores presentes na escola

O Contexto escolar, tanto pode ser favorável como desfavorável ao consumo de drogas entre os adolescentes, conforme se pode verificar na seqüência.

Dentre os fatores de risco, presentes na escola pode-se mencionar:

- a indefinição de normas ou a falta de controle sobre a presença de drogas;
- a tolerância no uso do cigarro;
- a utilização de rótulos para a identificação do aluno como forma de punição ou de exclusão.

Os fatores de proteção mais presentes no ambiente escolar são:

- A verbalização de expectativas positivas com relação ao aluno;
- o estímulo a continuidade dos estudos;
- o estímulo ao exercício dos princípios de altruísmo, cooperação e solidariedade;
- a promoção de atividades criativas e extracurriculares para a criação de vínculo entre aluno, escola, pais e comunidade;
- atuação da escola como veículo de informação adequada sobre a questão das drogas.

#### 1.2.8.4 Fatores presentes no grupo

Uma outra categoria de fatores é a que diz respeito ao grupo ao qual o adolescente pertence. Dentre os fatores de risco, podem-se mencionar os seguintes:

- A existência de vínculo mais forte com usuário de drogas do que com a família ou qualquer outro grupo;
- a existência de relações de amizade com usuários de tabaco, álcool e outras drogas;
- o contato freqüente com colegas que apresentem **comportamento transgressor** (*conduta de desobediência à lei que pode levar à uma punição*)

Os fatores de proteção mais comumente encontrados entre os pares, por sua vez, são os seguintes:

- A participação em grupos com objetivos sociais ou comunitários;
- o envolvimento em atividades antidrogas;
- a aceitação de autoridade situada fora de seu grupo, seja na comunidade, na escola ou na família.

#### 1.2.8.5 Fatores presentes na comunidade

- Na comunidade também podem existir fatores propícios ou não ao consumo de drogas.

Os fatores de risco mais usuais na comunidade são os seguintes:

- A falta de oportunidades socioeconômicas para construção de um projeto de vida;
- a falta de oportunidade de emprego para os jovens;
- o fácil acesso ao álcool, ao tabaco e a outras drogas;
- a permissividade do grupo em relação ao consumo de drogas;
- a negligência no cumprimento de normas e leis que regulamentam o uso de drogas.

Por sua vez, dentre os fatores de proteção que estão presentes na sociedade, podemos destacar:

- O estabelecimento de normas de controle social para prevenir o uso de drogas;
- a satisfação das necessidades básicas nas áreas de saúde, educação, habitação, profissionalização, emprego e lazer;
- a existência de incentivos ao envolvimento dos jovens em serviços comunitários.

#### 1.2.9 O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA):

Um aspecto preocupante da questão do uso indevido de drogas no Brasil é o consumo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes.

Dentre os direitos fundamentais atinentes aos infantes e jovens encontra-se o direito ao respeito, que consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideais e crenças, dos espaços e objetos pessoais, cabendo a todos velar por sua dignidade, salvaguardando os de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

Na abordagem a crianças e adolescentes para fins de prevenção ou tratamento de toxicomania, a observância dos preceitos apontados é imperiosa, sob pena de incorrer o interventor na prática de crime, pois entre outros dispositivos legais, o artigo 232 do **Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal nº8.069/90**, pune com pena de detenção de seis meses a dois anos quem submeter criança ou adolescente sob sua autoridade, guarda ou vigilância a vexame ou constrangimento. A relevância pessoal não exaure a responsabilização

do ofensor no campo civil, administrativo ou funcional, conforme previsto nas respectivas legislações.

Conforme o Estatuto da Criança e Adolescente existem, no Brasil, cerca de sessenta e cinco milhões de crianças e adolescentes com idade até dezenove anos. Para fins legais, é considerada criança a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente aquela entre doze completos e dezoito anos de idade. Em relação ao Estatuto da Criança e do Adolescente, destacaremos:

Do livro I – parte geral, TÍTULO I, Das Disposições Preliminares, destaca-se alguns artigos:

(...)

Art.3º – A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

(...)

Art.5º – Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo-se na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

**TÍTULO II – Dos Direitos fundamentais. Capítulo I – Do Direito à vida e à saúde.**

Art.7º – A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência

(...)

**TÍTULO III. Da Prevenção.** Capítulo I – Disposições Gerais.

Art. 70 – É dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente.

Art. 71 – A criança e o adolescente têm direito à informação, cultura, lazer, esportes, diversões, espetáculos e produtos e serviços que respeitem sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

(...)

**Capítulo II Da Prevenção Especial. Seção II. Dos Produtos e Serviços.**

Art. 81 – É proibida a venda à criança ou ao adolescente de:

I – armas, munições e explosivos;

II – bebidas alcoólicas;

III – produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica ainda que por utilização indevida;

(...)

**TÍTULO II. Das Medidas de Proteção. Capítulo I. Disposições Gerais**

Art. 98 – As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:

I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;

II – por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável;

III – em razão de sua conduta.

**Capítulo II. Das Medidas Específicas de Proteção.**

Art. 100 – Na aplicação das medidas levar-se-ão em conta as necessidades pedagógicas, preferindo-se aquelas que visem ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Art. 101 – Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras coisas, as seguintes medidas:

(...)

V – requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;

VI – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento de alcoólatras e toxicômanos;

Em relação ao **uso ou abuso de drogas**, o ECA prevê, também, à prevenção terciária (intervenção com tratamento ambulatorial, internamento ou inclusão em programas oficiais de recuperação de dependências químicas).



## PARTE II - PREVENÇÃO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

“A melhor prevenção é ter proteção interna contra as drogas” (Içami Tiba)

### 2 PREVENÇÃO

Prevenção é o conjunto de medidas para reduzir o uso. Tanto o indivíduo, a família e a sociedade têm uma função na prevenção: o indivíduo, de desenvolver a capacidade social e profissional; a família, de estruturar dinâmicas que auxiliem o indivíduo e a sociedade a instituir medidas que reduzam a oferta de drogas.

As intervenções preventivas são desenvolvidas segundo três princípios básicos: (BUCHER, 1991).

- Os valores humanos, embora de difícil definição operacional, devem entrar em qualquer consideração sobre o que é saúde, dentro de um contexto de valorização da vida e da pessoa humana, referindo-se a uma verdadeira ecologia humana no que diz respeito aos meios preventivos colocados à disposição da sociedade no seu conjunto, no sentido não de imposição autoritária, mas de direitos humanos;
- A problemática da agressão ao corpo físico, bem como à mente, pelo abuso de substância psicoativas, ainda está em desenvolvimento, apontando para a necessidade de novas contribuições nas diferentes ordens de conhecimento, para tirar as intervenções preventivas das tentações de improvisações ideológicas e repressivas e,
- A variedade de concepções, meios e técnicas de prevenção sugere que este procedimento nada mais é do que um ponto de partida para chegar à preservação não apenas do corpo, mas do homem integral e do seu ambiente, como propósito de natureza filosófica, ética, neurológica e educacional.

“Prevenção é proteção”, junto com a evolução do conceito saúde, manifestou-se uma diversidade, no campo da prevenção. Partindo do modelo médico original e tradicional no campo da patologia somática monocausal, a noção de prevenção evoluiu para um modelo pedagógico mais pertinente para a patologia multicausal das doenças, em relação com o comportamento psicossocial e o modelo individual de personalidade. A terminologia diferencial utilizada na prevenção caracteriza bem essa evolução.

A distinção desses três níveis na prevenção pode, também, ser feita pela perspectiva da metodologia estratégica, no que se refere ao problema da farmacodependência:

- Prevenção Primária – Busca informar e educar sobre questões relacionadas com o uso de drogas e que podem intervir negativamente na vida dos sujeitos.  
Atividades: Educação para a promoção da saúde, informação e medidas sociais e legais;
- Prevenção Secundária – Conjunto de estratégias especializadas dirigidas ao indivíduo, ao grupo ou ao conjunto da população durante os primeiros estágios do uso abusivo de drogas. Procura desenvolver ações que venham a impedir a transição do uso recreativo ou eventual de uma determinada droga para abusos frequentes ou ainda numa possível escalada para dependência.  
Atividades: Diagnóstico precoce, a intervenção na crise, vigilância e investimento.
- Prevenção Terciária – Dirigida a uma população específica que faz uso habitual de drogas, caracterizando uma situação de abuso. Caracteriza-se como uma intervenção que envolve um trabalho individualizado ou coletivo com o usuário. A prevenção terciária exige a ação técnica de profissionais de saúde, envolvendo a família e a comunidade em trabalhos de auto estima e valorização pessoal que reforcem a manutenção do usuário no tratamento.

Atividades: Desintoxicação, tratamento e reintegração social.

A toxicomania está intimamente ligada às transformações sociais e ecológicas do meio, em todos os lugares do mundo. O tratamento, de acordo com a abordagem terapêutica, ou seja, a prevenção terciária é aquele que será instituído quando a fase aguda ou a síndrome da privação tiver sido tratada.

As abordagens terapêuticas são realizadas no hospital para assumir o acompanhamento dos indivíduos com síndrome de privação, através de métodos especializados, oferecendo um meio interno para alcoolistas e, às vezes para outros tipos de toxicômanos. A abordagem terapêutica é, normalmente, uma abordagem de grupo e uma psicoterapia de apoio, proporcionada pela equipe multidisciplinar: médico, assistente social, psicólogo e outros profissionais de saúde. A duração da estada é, geralmente de dois meses no máximo, período para desintoxicação. Contudo, o problema continua sendo a continuidade do tratamento.

Além da abordagem terapêutica convencional dos meios hospitalares, há os centros de tratamento para alcoolismo e para outras formas de toxicomanias, com uma abordagem chamada “Comunidade Terapêutica”, que se dirige principalmente às formas de toxicomanias

mais graves, ou seja, a utilização de drogas como opiáceos, sedativos, tranquilizantes em altas doses, anfetaminas, anorexígenos, *cannabis*, solventes voláteis, cocaína, crack e outras drogas. As Comunidades Terapêuticas são orientadas pela Resolução 101 de 30 de maio de 2001, da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), que estabelece normas de funcionamento para as Comunidades Terapêuticas.

Embora o indivíduo tenha recebido apoio na Comunidade Terapêutica, durante sua readaptação ao meio exterior, ele poderá encontrar dificuldades e voltando a abusar das drogas, processo conhecido como “recaídas”.

Sabe-se que nesse processo de reintegração social, muitos alcoolistas aderem eficazmente ao movimento dos Alcoólicos Anônimos (A.A.) que, graças à divulgação de seus trabalhos nas comunidades, conseguem manter os dependentes de drogas em estado de abstinência através de todos os meios úteis possíveis. Contudo, em alguns toxicômanos surge uma reação sintomatológica em que o indivíduo apresenta um quadro de embriaguez ou de intoxicação sem ter feito uso de álcool ou de outra droga qualquer.

Para isso existe a abordagem terapêutica terciária no meio ambulatorial por meio das clínicas externas dos hospitais e clínicas externas especializadas nos tratamentos de manutenção. São clínicas bem estruturadas, que contam com equipe interdisciplinar competente, com vistas à intervenção diagnóstica e tratamento, sabendo que muitas vezes será impossível recorrer ao tratamento pela abstinência.

Portanto, é no âmbito da abordagem terapêutica terciária que poderá ser desenvolvida a prevenção da recaída. É talvez, a mais efetiva e eficaz e, também, a mais difícil, porque essa abordagem deverá ser tridimensional: o indivíduo, a família e a comunidade.

Prevenir a recaída significa compreender os aspectos sócio-relacionais do ser humano em seu trabalho, na escola, na família e na sociedade. Significa também desenvolver programas de atendimento ao dependente químico, de forma a conhecer e interagir com os indivíduos de uma dada cultura e classe social.

Os programas de prevenção da recaída, basicamente, estão pautados nos valores de seus idealizadores e que, nem sempre, são bem compreendidos ou aceitos pelos grupos de dependentes químicos cujos valores são, em geral, diferentes dos daqueles. Estes grupos enfrentam pressões violentas para sobreviverem num contexto socioeconômico empobrecido, espoliado e com difícil acesso à educação. São, em geral, os excluídos do sistema, os marginalizados sociais.

A respeito de ações preventivas a drogadição, Bucher, ressalta a importância de modelos de prevenção e tratamento que valorizem a vida e o ser humano.

- Modelo sanitaria ou epidemiológico: segundo este modelo, as ações devem impedir o avanço do consumo de drogas, pois encara o uso freqüente e a dependência como consequências não-voluntárias, não procuradas de forma consciente ou inconsciente, considerando o usuário de drogas uma vítima. Ao não reconhecer o usuário como parte ativa no processo de busca ou aceitação da droga, não leva em conta as razões internas e externas pelas quais se utilizam drogas, relegando a segundo plano a sensação de prazer. Esta concepção corre o risco de atuar de forma repressiva e coercitiva, proibindo o uso de drogas ilícitas e dificultando o acesso às drogas lícitas, sem conseguir, para isso, estabelecer critérios unicamente sanitarias.
- Modelo jurídico-moral: tem como preocupação “proteger a sociedade e suas instituições contra o perigo das drogas”. Este modelo prioriza o produto e, à partir de medidas legais, procura ter o controle sobre a oferta e a demanda das drogas, punindo ou ameaçando de punição ao usuário e ao traficante. Em nível educacional, este modelo prioriza a propagação de informações sobre os perigos à saúde e de legislação em que incorre o usuário. Pressupõe que, pelo amedrontamento, os indivíduos abstenham-se de drogas ilícitas, mesmo que canalizem o uso para drogas como álcool e o tabaco que, embora lícitas, são tão danosas à saúde quanto as demais.
- Modelo de saúde pública: sem distinção entre a legalidade e ilegalidade das drogas, privilegia informações sobre os danos da dependência, focando toda a questão como basicamente um problema de ordem médica. Assim, não privilegia o “doente”, mas a substância e seus efeitos no organismo.
- Modelo psicossocial: traz uma mudança de paradigma importante, na medida em que coloca em primeiro plano o usuário de drogas enquanto sujeito ativo nessa relação entre droga – indivíduo – sociedade; aponta para a significação do uso da droga e sua função para o indivíduo que mantém ou não, um comportamento de consumo, caracterizando a toxicomania (interação sujeito-droga-sociedade com significados). Os mecanismos educacionais, neste modelo, devem propor o rompimento com esta relação de significados, apostando em outros, próprios da auto-estima e da identidade.
- Modelo sociocultural: evidencia as razões das pressões culturais que intervêm no interior das condições sócio-econômicas e ambientais que cercam o indivíduo. Para este modelo são os padrões sociais que definem o uso e os usuários de drogas, tais como a fome, as más condições de habitação, o nível de educação e o desemprego, entre outros. As ações educativas em prevenção, segundo este modelo, propõem a mudança de contexto, pela leitura social crítica, ressaltando a importância do indivíduo enquanto sujeito histórico. (BUCHER, 1995)

## 2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE NA QUESTÃO DAS DROGAS

A política do governo brasileiro para o trato das questões relacionadas com as drogas lícitas e ilícitas, incluindo o seu uso indevido, está sob a responsabilidade de dois Ministérios, o da Justiça e o da Saúde. O primeiro trata das questões relacionadas com o controle do tráfico e da regulamentação de assuntos pertinentes à área, concretizadas nas ações da Polícia Federal e do Conselho Federal de Entorpecentes.

No âmbito da saúde, o Ministério da Saúde, por meio da coordenação de Saúde Mental, define as diretrizes políticas de tratamento e de prevenção ao uso indevido de drogas

lícitas e ilícitas. A COSAM (Coordenação de saúde mental) trabalha na reestruturação dos modelos de atenção em dependência química, apoiando a criação de serviços extra-hospitalares. Dispõe, no entanto, de uma ampla rede de hospitais próprios. Nesse contexto, está inserida a atenção às pessoas comprometidas pelos danos causados pelo uso do álcool e de outras substâncias psicoativas. No setor atua, ainda, uma extensa rede de instituições de caráter privado, filantrópicas ou não.

Em relação à prevenção, essa política aborda de maneira compreensiva, diferenciando-se do enfoque apenas repressivo. Desenvolve campanhas e provê materiais educativos em apoio às ações das múltiplas organizações que tratam do tema no País.

As estratégias da Coordenação Nacional - DST/AIDS para a interface AIDS - drogas surgiram como respostas pragmáticas à constatação de que, no País, a AIDS está associada em quase 25% dos casos ao uso de drogas injetáveis. Dessa forma, foram estruturadas diversas ações objetivando a diminuição da expansão da disseminação do HIV entre a população em geral e, mais diretamente, junto aos usuários de drogas injetáveis e a seus parceiros sexuais.

Além do HIV, as ações específicas para o grupo de usuários de drogas injetáveis visam a controlar a sífilis, as hepatites virais, a tuberculose e as demais doenças de transmissão parenteral. Estas mais frequentes que o próprio HIV, não têm o poder de mobilizar tanto as pessoas e os próprios recursos necessários ao seu controle.

O trabalho na área de AIDS - droga, no âmbito da CN-DST/AIDS, é desenvolvido em um setor específico, conhecido como “Projeto de Drogas”. O Projeto trabalha articulado com outros setores do próprio Ministério, principalmente com a Coordenação de Saúde Mental. Por meio de parcerias interministeriais, estabelece linhas de ação conjunta com o Conselho Federal de Entorpecentes – CONFEN e com as Secretarias do Ministério de Educação e do Desporto.

O Projeto de Drogas trabalha com a perspectiva de fomentar as ações propostas e de que as mesmas possam se institucionalizar e encontrar outras formas de manutenção e de expansão. Nesse sentido, o Projeto conta com uma ampla rede de articulações com instituições públicas, em particular com as Coordenações Estaduais e Municipais de Programas de DST/AIDS. Baseia-se, ainda, em parcerias com organizações da sociedade civil. Esses trabalhos conjuntos viabilizam os projetos que se destinam a diferentes públicos-alvo.

As ações do Projeto estão concentradas em dez Estados prioritários, e os critérios para a definição dos Estados escolhidos se basearam no quadro epidemiológico de AIDS e

drogas de cada uma das regiões e na capacidade gerencial-administrativa instalada. O projeto tem dois grandes objetivos:

1. Prevenir o uso indevido de drogas e as infecções pelo HIV e outros agentes de transmissão sexual, entre a população em geral, com ênfase nos segmentos com comportamentos de risco mais freqüentes;
2. Reduzir ou estabilizar a transmissão do HIV e de outras doenças de transmissão sexual e sangüínea entre usuários de drogas injetáveis.

Para a consecução desses objetivos, existem linhas de apoio, incluindo o financiamento para o desenvolvimento de projetos provenientes de organizações de governo ou da sociedade civil, como as organizações não-governamentais. São seis as linhas do Projeto de Drogas:

- Projeto Escola;
- centros de referência nacional;
- centros de treinamento;
- projetos comunitários;
- centros de tratamento, recuperação e reinserção social e
- projeto de redução de danos.

## 2.2 PROJETO DE REDUÇÃO DE DANOS: UMA NOVA ESTRATÉGIA DE POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

O termo “redução de danos” teve origem na Inglaterra, em 1926, com o Relatório Rollenston, que estabelecia o princípio, segundo o qual o médico poderia prescrever, legalmente, opiáceos para os dependentes dessas drogas, sendo este um dos tratamentos mais adequados para determinados usuários. (BRASIL/a, 2001; BASTOS, 1996; DOMANICO, 2001; REALE, 1997).

Esta ação foi considerada adequada, pois a precariedade das condições de vida dos usuários de drogas ilegais têm se tornado uma das preocupações de especialistas em drogas em muitos países da Europa (REALE, 1997). E, visando melhores condições de vida para os usuários, o termo redução de danos é retomado na década de 70 e início dos 80, por um grupo de usuários de drogas injetáveis (UDIs) na Holanda, para prevenir a infecção pela hepatite B e pelo vírus HIV. Pois os usuários, em sua maioria, eram conhecedores dos riscos de

compartilhamento de seringas e agulhas, um dos meios de transmissão de ambas as doenças, quando estabelecerem o primeiro programa de troca de seringas usadas por novas, em meados da década de 80 (BASTOS, 1996; DOMANICO, 2001; REALE, 1997).

A redução de danos possui um princípio fundamental, que é o respeito à liberdade de escolha, ou seja, trabalha com os indivíduos que não vão parar de usar drogas, ou porque não querem (visão cognitiva), ou porque não conseguem (visão fenomenológica), ou porque não podem (visão psicanalítica). O que importa de fato, é que, enquanto não param de usar, evitem, ao máximo, de se infectar com o vírus da AIDS, hepatite B e C, entre outras doenças de transmissão parenteral ([www.aids.gov.br/drogas](http://www.aids.gov.br/drogas): DOMANICO, 2001).

Se for considerado o desenvolvimento da história, tem-se que a ética revela em seu curso a luta pela democracia, pela liberdade política e pela consolidação de direitos sociais, levando a um profundo processo de renovação de valores, e que, o processo de construção dos valores se efetiva no decorrer da própria história sendo o ser humano o seu produto, ator e autor.

Contudo, importante se faz lembrar a Constituição Federal de 1988 e o rumo das políticas públicas de saúde, as quais explicitam a universalização dos direitos, de cada indivíduo, à saúde, e não se nega que a proposta de redução de danos seja polêmica, mas se observar-se o uso relativamente controlado, recreativo e com um custo social baixo no que diz respeito à marginalização, delinquência ou assistência, e ainda o uso muito mais compulsivo, contínuo, socialmente disfuncional e com custos sociais elevados, são necessárias medidas intervencionistas que visem a prevenção, a qual deverá ultrapassar preconceitos e oposições.

### 2.2.1 Redução de danos no Brasil

No Brasil, atualmente, cerca de 25% dos casos de AIDS, segundo dados da Coordenação Nacional DST/AIDS, estão relacionados ao uso de drogas injetáveis. Em 1985, 2,7% do total de casos de AIDS estavam relacionados ao compartilhamento de agulhas e seringas; em 1990, este percentual aumenta para 18,2% (736 casos). O índice aumenta, quando se é reportado a cidades como Santos – SP e Itajaí – SC a prevalência de HIV entre usuários de drogas injetáveis chega a ser de 60%. E fazendo um contraponto, tem-se que, em Sidney/Austrália, onde o governo adotou como política de saúde pública a redução de danos, a soroprevalência entre os usuários de drogas injetáveis é de 2%.

O argumento legal utilizado baseava-se na Lei 6368, de 1976 (Lei de Tóxicos) (ver em anexos) a qual, em seu artigo 12, nos incisos *I* e *III* do parágrafo 2º, criminaliza quem “induz, instiga ou auxilia alguém a usar” ou “contribui de qualquer forma para incentivar ou difundir” o uso ou tráfico de substâncias entorpecentes. Então, a promotoria alegou que a distribuição de agulhas e seringas, para os usuários de drogas injetáveis, tornar-se-ia um incentivo ao uso de drogas.

Para facilitar a implantação das ações de redução de danos, em 1991, foi aberta uma ONG o IEPAS (Instituto de Estudos e Pesquisas de AIDS de Santos) com o objetivo de auxiliar essas ações. O Instituto participou de uma primeira investigação epidemiológica internacional organizada pela Organização Mundial de Saúde em 13 países com soroprevalência elevada entre usuários de drogas injetáveis (REALE, 1997).

Apesar das dificuldades encontradas pela cidade de Santos – SP, sete anos depois, em 1996, surge o primeiro Programa de Redução de Danos financiado pela CN-DST/AIDS, portanto, reconhecido como Política Nacional, da cidade de Salvador, implantado pelo CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. Logo em seguida, surgem os programas do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo (PAES, 2002, p. 13).

Enquanto Estados e Municípios tentam negar a existência de UDIs e continuam dificultando as ações de RD, a produção de cocaína triplica a cada 10 anos e a de heroína dobra na mesma proporção, refletindo a grande demanda mundial por drogas, e a AIDS entra, contudo, na rota do tráfico de drogas ([www.aids.gov.br/drogas](http://www.aids.gov.br/drogas)).

Visando esses aspectos, três estratégias são tradicionalmente adotadas com vistas ao controle do uso de drogas (BRASIL/a, 2001):

- Primeira – a redução da oferta, que se caracteriza pelo desenvolvimento de ações de erradicação de plantações e destruição de princípios ativos; de repressão à produção, ao refino e ao tráfico de substâncias precursoras e de drogas; de combate à lavagem de dinheiro e de fiscalização e controle da produção, da comercialização e do uso das drogas;
- Segunda – a redução da demanda, dirigindo ações, esforços e recursos para desestimular ou diminuir o consumo – em especial a iniciação – e para tratar os usuários e dependentes; e
- Terceira – a redução de danos orienta a execução de ações para a prevenção das consequências danosas à saúde que decorrem do uso de drogas, sem, necessariamente, interferir na oferta, ou no consumo.



A primeira estratégia visa combater o narcotráfico, que, segundo Matias Flack citado por Domanico, gera cerca de US\$500 bilhões por ano, representando 10 a 13% do comércio mundial, é um mercado em pleno desenvolvimento. A segunda refere-se a tratamento, cabendo lembrar que no Brasil, as clínicas que existem para este tipo de tratamento, além de custo elevado – nas privadas – na sua maioria são religiosas, e não possuem estrutura para atender aos usuários.

Já a terceira, busca respeitar a liberdade de escolha, ou seja, trabalham com os indivíduos que não querem parar; então os aconselham que, enquanto não param de usar, que evitem ao máximo se infectar com o vírus da AIDS, hepatites B e C, entre outras doenças de transmissão parenteral (DOMANICO, 2001; REALE, 1997 – disponível em: <[www.aids.gov.br/drogas](http://www.aids.gov.br/drogas)>). E, é através desta estratégia que muitos usuários conseguiram ficar abstinente, que é outra consequência positiva da redução de danos é diminuir, através das trocas de seringas, a soroprevalência do vírus HIV entre os UDIs.

Neste ínterim, a Redução de Danos vai ganhando espaço na esfera pública e, principalmente, na sociedade civil, através das ONGs. Em novembro de 1997, foi fundada a primeira associação de redutores de danos (ABORDA) com o papel de desenvolver atividades que auxiliassem os programas de redução de danos brasileiros, bem como atender à demanda de usuários de drogas que permanece reprimida. Após a fundação da ABORDA, vão surgindo associações estatais de redução de danos, fazendo com que o movimento de troca de seringas ganhasse força no Brasil. Atualmente, 2002, o Brasil conta com 14 associações Estaduais de Redução de Danos, e, dentre elas, está a Rede Paranaense de Redução de Danos – REPARE, fundada em 19 de março de 2002.

Devido a esses esforços, o Brasil conseguiu demonstrar a eficácia dos programas de redução de danos desenvolvidos em no país. Verifica-se que em uma pesquisa divulgada, em março de 2002, sobre a infecção pelo vírus HIV em usuários de drogas injetáveis, no ano de 2000, 19% de todos os novos casos de AIDS foram de pessoas contaminadas através do uso de drogas injetáveis, no ano de 2001, este índice foi para 14%, o que demonstra a ação dos projetos de Redução de Danos.

A principal característica da política de prevenção voltada para a redução de danos é que ela se opõe à visão tradicional de redução de oferta como a política de tolerância zero ou “política de guerra às drogas”.

Os usuários de drogas injetáveis, quando estão em rodas de pico, na maioria das vezes utilizam objetos contaminados para fazerem a diluição da substância, como latas enferrujadas e água de córrego para fazer a diluição.

A forma de prevenção pela redução de danos tem por objetivo conscientizar as pessoas por meio da educação sobre os riscos da droga e mostrar que a opção mais segura é não consumi-las. No entanto, o programa de redução de danos, difere da política tradicional da redução de oferta e coincide sobre tentativas de maior controle de substâncias ou menor repressão ao usuário, como diminuir a oferta de bebidas alcoólicas às margens de rodovias ou rejeitar a criminalização do portador de material de injeção para uso próprio.

O programa de redução de danos, no que diz respeito à prevenção, traz os seguintes argumentos em relação à abordagem tradicional:

- a construção de uma sociedade totalmente sem drogas é impossível, pois a história mostra que as sociedades humanas sempre conviveram com o uso de algum tipo de droga;
- a política de guerra às drogas contraria princípios éticos e direitos civis;
- o enfoque de redução de danos não defende uma posição favorável ao uso de drogas, nem descarta a ideia de que a abstinência total de drogas é a melhor e mais desejável opção. Tampouco desconhece os resultados parciais que contribuem para reduzir os danos, quando não seja possível a eliminação total do consumo de drogas. Por isso, a política de redução admite soluções parciais, reconhecendo um conjunto amplo de melhorias possíveis e desejáveis;
- os defensores da política de redução de danos estão empenhados na promoção da saúde coletiva, manifestando o seu propósito de discutir e de analisar as propostas que reforcem esse compromisso.

Para a elaboração de uma proposta de redução de danos, é preciso considerar alguns pressupostos:

- Considerar o uso moderado do álcool, de acordo com a situação na qual ocorre;
- evitar o uso de uma mesma seringa por mais de uma pessoa, no caso de drogas injetáveis;
- substituir cigarros de alto teor de nicotina por cigarros de baixo teor;
- tentar retardar o primeiro contato com drogas para que, caso isso aconteça, a pessoa já esteja estruturada psicologicamente;
- propor a substituição de substâncias mais fortes e com vias de uso mais perigosas por outras menos nocivas, como acontece com os programas de substituição de heroína injetável por metadona oral, em vigência em vários países europeus.

Carlini-Cotrim *apud* (LUZ, 2000), “[...] reforça que o enfoque da redução de danos é uma forma de prevenção que busca conscientizar as pessoas, por meio da educação, sobre os riscos relacionados ao uso de drogas, mostrando que a opção mais segura é não consumir.” (LUZ, 2000, p. 50).

As ações preventivas na escola, segundo a perspectiva de redução de danos, são orientadas a partir de cinco pressupostos:

- - Modelo de conhecimento científico:

Esse modelo propõe o fornecimento de informações sobre drogas de modo imparcial e científico. A partir das informações, os jovens poderiam tomar decisões conscientes e bem fundamentadas sobre as drogas;

- Modelo de educação afetiva:

Esse é um modelo que parte da observação de que os jovens mais bem estruturados e menos vulneráveis, do ponto de vista psicológico, estão menos sujeitos a se envolverem num uso problemático de drogas. Trata-se de um conjunto de procedimentos que visa a melhorar ou a desenvolver no jovem:

- A auto-estima;
- a capacidade de lidar com a ansiedade;
- a habilidade de decidir e integrar-se em grupo;
- a comunicação verbal;
- a capacidade de resistir às pressões de grupo.

- Modelo de oferta de alternativas ao uso indevido de drogas:

Esse modelo trata da oferta de sensações proporcionadas por outros meios que não o consumo de drogas e ligadas à expansão da mente, ao crescimento pessoal, à excitação, ao desafio e ao alívio do tédio. Essas sensações poderiam ser proporcionadas se os jovens pudessem participar de atividades como:

- Criação e gestão de atividades empresariais;
- orientação escolar para os alunos mais jovens;
- práticas esportivas desafiadoras;
- atividades artísticas variadas.

- Modelo de educação para a saúde:

A proposta desse modelo é colocar a educação a serviço de uma vida saudável. Nesse caso, deveriam ser desenvolvidas ações destinadas a orientar o jovem para uma alimentação adequada, para atividades que não promovam estresse, para uma vida sexual segura. Esse conjunto de ações compreenderia, ainda, a orientação sobre os riscos do uso de tabaco, de álcool e das demais drogas.

- Modelo de modificação das condições de ensino:

Segundo esse modelo, a vivência escolar é essencial para um desenvolvimento sadio do adolescente e do adulto. Assim, a preocupação não recai apenas na prevenção ao uso abusivo de drogas, mas, também, na formação integral do jovem. As estratégias postas em prática resultam em ações de prevenção à delinquência, às patologias mentais e ao abuso de drogas. As iniciativas devem ser intensas e duradouras, acompanhando a criança desde a idade pré-escolar e envolvendo os pais e a comunidade onde estão inseridos.

Existem muitas possibilidades para atuar numa perspectiva de redução de danos. As ações preventivas não têm como consequência obrigatória uma rejeição a qualquer contato com drogas. As ações interventivas de modificação de ensino não devem recair somente nos alunos, podendo e devendo modificar o ambiente escolar. A intenção do programa de redução de danos, é substituir o enfoque repressor de guerra às drogas por uma orientação sistemática para garantir ao jovem uma formação adequada, oferecendo-lhe informação segura e condições de discernimento e de opção sobre questões que dizem respeito à vida.

### 2.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROFISSÃO DE SERVIÇO SOCIAL E SUA INSERÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL: ANTECEDENTES HISTÓRICOS E TEÓRICOS

A questão social emerge no contexto social pelos efeitos do avanço tecnológico e do capitalismo, causando graves problemas à população e gerando uma profunda desigualdade de classes.

As condições peculiares que marcaram o início do processo de expansão do capitalismo resultaram num quadro social e político grave que gerou a “mercantilização” de vidas humanas e a concentração da pobreza, vindo a agravar-se ainda mais com o advento da

Revolução Industrial, no entanto, necessária para garantir a reprodução de tal situação e manter o sistema capitalista.

Essa mesma ordem social, já no final da metade do século XIX, objetiva “criar formas e alternativas que permitissem ajustar aos interesses do capital tanto os movimentos dos trabalhadores como a expansão dos problemas sociais”.

Para tanto, a burguesia recorre a estratégias mais eficazes para o controle da situação, revendo aquelas até então utilizadas, e reportando-se a experiências da sociedade pré-capitalista, voltando-se assim para as práticas assistenciais, buscando novas formas de prática social e estratégias operacionais que legitimassem e tornassem inquestionável a ordem social burguesa e aceita pelo proletariado.

Atendendo a pressão da burguesia o Estado burguês buscava várias formas para atender os trabalhadores e necessitados, como estratégia para manter o *status quo*:

Racionalizar a assistência nesta fase final da primeira metade do século XIX, quando a Europa era uma vasta República Burguesa após as derrotas dos trabalhadores significava transformá-la em um instrumento auxiliar do processo de consolidação do modo de produção capitalista, em uma ilusão necessária à eterna reprodução das relações capitalistas de produção.

Nesta época, ainda, toda a prática social é realizada “de forma não sistemática sem qualquer teorização a respeito, além de vagas justificativas religiosas e ideológicas”.

A intensificação do processo de pauperização e avanço da questão social perturbavam a ordem social burguesa do final do século XIX. Então essa classe dominante se une ao Estado para garantir uma política de proteção ao capital, buscando mecanismos e estratégias com o objetivo de preservar seu poder hegemônico, promovendo os ajustamentos necessários no próprio processo histórico.

Entendendo que uma profissão surge quando ela se torna socialmente necessária e as práticas profissionais se gastam no labor cotidiano e, ainda, que antes de serem instituídas, as profissões se legitimam pela sua eficácia social e/ou política, pode-se perceber que o Serviço Social também se originou desta forma.

Surgem os primeiros Assistentes Sociais como agentes executores da prática da assistência social, atividade que se profissionalizou sob a denominação de “Serviço Social”.

A profissão de Serviço Social, caracterizava-se basicamente pela assistência prestada à população pauperizada, no sentido de minimizar a fome, a miséria e controlar o movimento operário que se organizava na época.

Em 1897, no Canadá, criou-se o ensino da filantropia aplicada e a assistência foi qualificada, passando a ter base científica e procedimentos técnicos especializados.

Em 1899 foi fundada a 1ª escola de Serviço Social em Amsterdã e no início do século XX, o Serviço Social se fazia presente em vários países da Europa e dos Estados Unidos, atuando de forma diferenciada.

A profissionalização do Serviço Social teve inicialmente duas influências básicas:

A perspectiva europeia com base nas correntes sociológicas e a perspectiva americana, com bases nas correntes psicológicas.

A primeira, com referencial positivista, onde se via a sociedade organizada por leis, caminhando para o progresso e equilíbrio; e a segunda, com referencial na psicologia, na medicina, privilegiando a abordagem individual de tratamento.

Nos países da Europa, predominava a prática com casos, através do aconselhamento e do consolo, tendo o objetivo de adaptar o homem à sociedade, de “reconduzir os desviados ao bom caminho [...]”; os campos de trabalho dos Assistentes Sociais eram as Instituições do Estado e as religiosas.

Na Europa, começou um movimento favorável à legislação Social e as chamadas “mutualidades”. Estas tinham por objetivo o socorro mútuo em casos de doença, de morte, de nascimento. Nessa época, a assistência pública foi organizada com o objetivo de remediar um pouco os grandes problemas causados pela exploração da mão-de-obra, bem como, mantê-la e reproduzi-la por ser necessária ao capitalismo (FALEIROS, 1982).

No período pós guerra, com a mudança do quadro político e econômico mundial, os Estados Unidos comandam o cenário mundial. Assim, as bases psicossociais vieram para o serviço social por influência direta da cultura norte-americana, onde a questão social era centrada como um problema do indivíduo. A igreja católica com a ideologia “comunitária” também influenciou fortemente o serviço social.

Com estes referenciais, a profissão de serviço social vai se estruturando com metodologias e instrumentos de ação, sendo que a operacionalização da prática, a princípio, se deu de forma a resolver os problemas individuais e posteriormente com grupos, com tratamentos terapêuticos. A norte americana Mary Richmond é a assistente social pioneira; com sua obra, “Caso Social Individual” (1917), sistematiza os conhecimentos relacionadas à prática dos assistentes sociais. Com esta obra, Mary Richmond salientava a importância de se trabalhar com as personalidades das pessoas e com o meio social, implicando em ações diretas sobre a personalidade do indivíduo e em ações indiretas sobre o meio.

Esta autora entendia que a assistência tinha a tarefa primordial de ser reintegradora e reformadora do caráter. Atribuía grande importância ao diagnóstico social como estratégia para promover tal reforma e para reintegrar o indivíduo na sociedade.

O Serviço Social desenvolveu um saber e uma prática sob os “métodos de caso, grupo e comunidade”, os quais ficaram conhecidos como métodos tradicionais do Serviço Social. Esses métodos definiam regras que nomeavam a prática profissional isenta de uma preocupação direta com a base teórica à qual deveria estar vinculada. O serviço social se institucionaliza enquanto profissão como um dos agentes das políticas sociais públicas sob controle social e interesse do Estado.

A esta época, a preocupação maior do profissional era a busca do cientificismo através do desenvolvimento técnico-metodológico que lhe permitisse trabalhar diferentes situações garantindo uma pretensa ação neutra. Estava estabelecida aí uma preocupação do profissional com a objetividade científica do Serviço Social, onde o agente se neutralizava diante das intercorrências emergentes na sua realidade de ação (OLIVEIRA), o que impossibilitou aos profissionais do serviço social um olhar crítico aos conflitos reais e às contradições existentes.

Na década de 1960, quando se toma consciência da dimensão política ideológica da profissão, passando-se a buscar um marco teórico-referencial, modelos metodológicos e a elaboração de literaturas próprias que viessem de encontro à realidade latino americana, grande parte das assistentes sociais avaliou-se criticamente e buscaram feições próprias que correspondessem a tal realidade, o que dá início ao chamado movimento de reconceituação de serviço social.

O movimento de reconceituação abriu caminho para a tomada de consciência dos assistentes sociais a respeito de sua verdadeira posição na sociedade, negando o que o serviço social e sua forma ideológica, o assistencialismo, diziam de si mesmos (SANTOS, 1997).

Por outro lado, o movimento causou certo extremismo nos assistentes sociais que, negando toda a identidade profissional, entendiam que tudo o que havia sido feito até aquele momento deveria ser necessariamente invalidado.

Tanto o Serviço Social quanto as instituições, eram considerados instrumentos do Estado para exercer a dominação sobre os homens. Alguns assistentes sociais se sentiram impotentes frente à busca de alternativas de ação, não acreditando na possibilidade de uma prática transformadora dentro das instituições. Desta forma, o trabalho institucional foi desprezado pelos assistentes sociais adeptos ao movimento, e ação desses profissionais caracterizaram-se mais como uma militância política.

A partir de 1970, com uma nova concepção de Estado iluminada por Gramsci, com o conceito de Estado ampliado, começa-se a vislumbrar a possibilidade de ação profissional dentro das situações, as quais apresentam espaços de contradição onde se podem efetivar as lutas, pois, dentro das instituições estão presentes: tanto a ideologia dos dominantes quanto a dos dominados.

O serviço social na divisão sócio-técnica do trabalho aparece enquanto Serviço necessário para atender às necessidades da pauperização crescente da classe dominada, cabendo-lhe a administração de recursos materiais em instituições criadas para atender problemas específicos.

A seguir, analisaremos brevemente as repercussões sofridas pelo Serviço Social na área de saúde, procurando articulá-las às modificações ocorridas no setor, determinadas pelo processo de modernização conservadora, numa tentativa de identificar sua inserção no âmbito da saúde mental.

O processo de crítica iniciado no serviço social na década de 1960 teve pouca repercussão na área da saúde. Em 1961 acontece o II Congresso Brasileiro de Serviço Social e o grupo de estudo acerca da saúde definiu como objetivo da ação profissional relacionar a doença aos aspectos emocionais, psicológicos e sociais, centralizando-se nas múltiplas implicações desses fatores que impedem a preservação da saúde; estímulo às abordagens grupal e comunitária e, também, a sinalização para o enfoque em saúde pública na proteção, prevenção e recuperação da saúde.

Na área de saúde, a profissão ampliou sua ação em prol do surgimento do complexo previdenciário de assistência médica, sendo criada a Secretaria de Bem-Estar, com o objetivo de promover atividades assistenciais de caráter educativo com vistas à “integração social do beneficiário”. Nos órgãos de assistência médica da previdência, o serviço social foi regulamentado em 1967, prevendo as seguintes ações: atendimento individual de caráter preventivo e curativo; grupal de caráter preventivo e curativo; ações comunitárias; ações para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho e convocado a participar das equipes multidisciplinares.

Segundo Maria Inês Bravo, foi ressaltada a contribuição do assistente social nas pesquisas interprofissionais com a finalidade de fornecer dados psicossociais significativos para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e participar em pesquisas médico-sociais. As clínicas e doenças enfatizadas foram tuberculose, doenças transmissíveis, obstetrícia, cirúrgica, psiquiatria e clínica médica.



O sentido da prática profissional foi apreendido mitificadamente, sendo enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, concessão de benefícios concebidos como doação e não como direitos. Ampliou-se o campo de ação dos assistentes sociais junto às instâncias de poder institucional, pois não representava ameaça no trato da questão social, que era absorvido sem crítica:

[...] o aspecto educativo da profissão foi salientado através das funções terapêuticas, preventivas e promocionais que visavam ao controle do trabalhador, responsabilizando-o pela melhoria e restauração de sua saúde, reduzindo a ação a modelos e técnicas pedagógicas desarticuladas dos determinantes da questão social, resultante do conflito capital e trabalho. (BRAVO, 1996, p.95).

No Ministério da Saúde, os profissionais estavam fragmentados pelas diversas instituições sem uma coordenação geral, e o único grupo que continuou se destacando foi o vinculado ao Departamento Nacional da Criança, no Centro de Orientação Juvenil, que se pautava numa abordagem psicologista, utilizando as contribuições da psicanálise. Alguns assistentes sociais ligados a esse trabalho se dedicaram à atividade liberal, abrindo consultórios com outros profissionais, médicos e/ou psicólogos, centralizando sua ação em terapia familiar. Outro trabalho, vinculado ao Ministério da Saúde, nos hospitais psiquiátricos, foram as “comunidades terapêuticas”, em que os assistentes sociais faziam grupos operativos e terapia familiar em conjunto com outros membros da equipe de saúde.

O Programa de Proteção e Recuperação da Saúde teve complementações, através da especificidade de atuação em algumas clínicas: a assistência psiquiátrica, em 1976, e a ação do Serviço Social na Saúde Mental, em 1977.

A principal atuação do Serviço Social, e talvez uma das mais importantes para se identificar sua presença no campo da Saúde Mental em geral, foi o processo de higienização, onde seu papel estava direcionado à “adaptação” dos sujeitos ao meio. Isso se deve em razão da apropriação das teorias psicológicas, as quais davam indicadores aos assistentes sociais de que os “indivíduos” precisavam ser “tratados” e/ou retirados do convívio social, visto que não se adaptavam à sociedade. Identificando o viés positivista que considera a sociedade “harmônica”, enfatizando as “disfunções” no indivíduo.

### 2.3.1 O Serviço Social e as Políticas de Saúde Mental

Para que seja identificada a presença do Serviço Social no campo da prevenção e do tratamento da dependência química, há que se reportar ao campo da saúde mental, não

mencionando particularidades deste campo, visto que é um campo amplo e complexo e não se constitui foco de nosso estudo. Refere-se a essa área de atuação, como uma forma de resgatar a inserção dos Assistentes Sociais e sua prática profissional com dependentes químicos.

A trajetória dos Assistentes Sociais na área de Saúde, de maneira geral, é parte de uma história que vem sendo determinada desde o processo de Reforma Sanitária no país, com o processo de municipalização da Saúde, a partir de 1988, resultante da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Com a Constituição brasileira promulgada em 1988, foi assegurado a todos os cidadãos brasileiros o direito à saúde, a garantia desse direito como um dever do Estado e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS – que procura organizar a prestação de serviços de saúde em todo o país.

Desde 1990, com a aprovação da Lei n. 8.080 que institucionalizou o Sistema Único de Saúde (SUS) e com a ampliação do conceito de saúde para além de sua dimensão curativa, com enfoque na saúde integral e na medicina preventiva, o setor de saúde deixa de ser exclusivo de médicos, enfermeiros, dentistas e farmacêuticos. Assim, os Assistentes Sociais participam nesse processo, tendo a consciência de que os fatores sociais e econômicos são condicionantes da qualidade de vida e de saúde da população.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 2000, teve como tema o aprofundamento do Controle Social, reafirmando essa posição, pois se trata da defesa do SUS como modelo de atendimento à saúde pública universalizada, integral e descentralizada.

Ao longo do tempo a Saúde Pública, mais especificamente, a Área de Saúde Mental, vem privilegiando mais o aspecto curativo das doenças mentais (com a hospitalização dos pacientes) incluindo os dependentes químicos e, mesmo neste âmbito, é questionável sua eficácia e abrangência no atendimento às demandas para o tratamento terciário.

Recorrendo à história para ver o que era considerado “doença mental” no passado, constata-se que os doentes mentais, chamados de “loucos”, não eram internados em hospícios e nem vistos como doentes. Na idade média, a loucura não era algo negativo e não se diferenciava da vagabundagem. Não existia uma categoria de “loucos-doentes” e outra de desocupados, vagabundos ou mendigos. A vagabundagem não tinha o sentido atual, porque o trabalho não era valorizado como nos dias atuais. Ser miserável possibilitava que as outras pessoas fizessem caridade e alcançassem o paraíso. O que doentes mentais, entre eles dependentes químicos e mendigos, falavam era ouvido com atenção, pois eles representavam a voz de Deus. As pessoas da época, muito místicas, ficavam atentas aos “sinais divinos”.

Muitas mudanças brotavam na sociedade a partir do século XVI. O trabalho começou a se transformar no elemento mais importante na organização da Sociedade. O acúmulo de riquezas começou a ser mais importante que a posse da terra, fato que fortaleceu e aumentou a população das cidades.

O aumento da convivência nas cidades e a divisão social do trabalho que levaram à criação da indústria, o fortalecimento da burguesia e do comércio, ocorreram paralelamente a mudanças na religião e no modo de pensar das pessoas, nos valores humanos e nos conhecimentos.

A religião passou a considerar a vagabundagem um pecado grave, e o trabalho passou a ser visto como uma chance de se chegar ao Paraíso; a filosofia passou a defender que a qualidade humana de maior valor era a razão, que iluminava a mente, e a lógica diferenciava o que era exato do que era errado e inexato.

Tais mudanças levaram à necessidade de castigar ou recuperar todos aqueles que não trabalhavam e que demonstrassem atitudes irracionais. Para isso se criou, pela primeira vez, uma instituição que, em algumas de suas características, lembra um hospital psiquiátrico de hoje, mas que não era hospital. Eram casas de internamento (mais tarde no século XVII foram chamadas de hospitais) onde se agrupavam toda sorte de doentes mentais, dependentes químicos e os chamados “miseráveis”.

Essas casas, porém, deixaram de ter essa característica à medida que o capitalismo foi tomando corpo. Na época da Revolução Francesa, 1789, a necessidade de mão-de-obra aumentou, e os novos valores não mais permitiram que cidadãos comuns fossem excluídos. Assim, os miseráveis foram retirados dos hospitais e transformados em trabalhadores.

As pessoas que eram consideradas loucas continuaram ocupando os hospitais, e a sociedade teve de encontrar uma forma nova de lidar com eles. Para isso, adotaram o uso da medicina dentro dos hospitais. A sociedade utilizou-a para tentar colocar razão na cabeça dos loucos, para recuperá-los ou pelo menos, mantê-los internados, fora de circulação.

Foi assim que a ciência médica criou o campo da saúde mental, até então inédito, pois ela sempre se preocupou apenas com as doenças do corpo. E, já que teria de dar conta da loucura, ela começou a produzir conhecimentos que dariam à loucura um caráter de doença. Em princípio, uma doença de ordem moral e, aos poucos, uma doença orgânica, do cérebro.

Na concepção de Capra (1982) foi Descartes quem introduziu a separação mente e corpo. Para ele, o corpo era considerado uma máquina que podia ser entendida a partir da organização e do funcionamento de suas peças. Segundo a abordagem cartesiana, a ciência médica deveria limitar-se à tentativa de compreender os mecanismos biológicos que envolvem

uma lesão em algumas das partes do corpo humano, ou seja, valorizam-se apenas os aspectos físicos da doença.

A ênfase aos aspectos biológicos do corpo humano contribui para uma dependência cada vez maior das especializações e da alta tecnologia, o que fez com que o hospital se mantivesse como lugar ideal para o tratamento de doenças, transformando-se quase que no único espaço destinado as pessoas enfermas (CAPRA, 1982).

A psiquiatria seguiu fazendo descobertas que considerou, em princípio, o caráter amoral das doenças mentais (olhando-a como sendo a ausência de moral e criando métodos para treinar os pacientes no respeito às regras morais da sociedade) até chegar à conclusão de que ela era uma doença de caráter orgânico. A psiquiatria orgânica passou a considerar a loucura uma doença do cérebro e intensificou pesquisas na busca de novos métodos de tratamento, e criou nos hospitais psiquiátricos, alas específicas para dependentes químicos.

A partir de 1930, surgiram métodos como as insulinoterapias (indução do coma por meio da administração da insulina), as intervenções cirúrgicas no cérebro (tornando as pessoas apáticas), as eletroconvulsoterapias (choques elétricos que provocam convulsões) e os métodos psicoativos substituindo os métodos antigos.

A partir da década de 1980, se inicia uma posição crítica em relação ao tratamento psiquiátrico no Brasil. A intensificação dos processos de denúncias das condições em que se encontravam os internos nos hospitais psiquiátricos, fez com que a população tomasse ciência da situação e percebesse a necessidade de se modificarem os tratamentos psiquiátricos.

A reforma psiquiátrica no Brasil surge do “movimento da luta antimanicomial”, como uma articulação da sociedade civil composta, sobretudo, por técnicos da área de saúde mental, usuários de serviços e seus familiares, que tem reivindicado o fim dos manicômios, propondo e aprovando iniciativas de tratamento alternativo e fiscalizando os hospitais existentes.

Segundo Eduardo Mourão Vasconcelos, é no ano de 1978 que o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental inicia um forte processo de questionamento das políticas de Assistência Psiquiátrica. Este movimento constitui o resultado de articulações prévias em congressos de psiquiatria e do movimento de renovação médica. Um dos principais objetivos são as primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental (VASCONCELOS, 2000).

No período até 1987, acontecem a expansão e formalização do modelo sanitarista, a montagem de equipes multiprofissionais ambulatoriais de saúde mental, o controle e humanização do setor hospitalar e ação a partir do Estado.

Dois dos principais objetivos da plataforma política do movimento dos trabalhadores da saúde mental foram:

- Expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental;
- Humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multiprofissionais.

No período de 1987 a 1992, este movimento teve avanços como a Constituição de 1988 e a aprovação em 1990 da Lei Orgânica de Saúde, que apontam para a Construção do Sistema Único de Saúde, mas, por outro lado, existem as limitações que não permitem o avanço dos seus objetivos e lutas, por isso é proposta pelo movimento uma ação inovadora, baseada no **modelo de Basaglia**<sup>2</sup> utilizado pelo Movimento de Psiquiatria Democrática na Itália, que coloca em xeque o hospital psiquiátrico convencional como dispositivo terapêutico, através da bandeira “Por uma sociedade sem Manicômios”, lutando-se pela implantação de serviços efetivamente substitutivos ao hospital psiquiátrico convencional (VASCONCELOS, 2000).

Esse projeto de lei (aprovado em 1991 na Câmara dos Deputados) é um marco para a reforma psiquiátrica no Brasil, cria mecanismos para proibir a instalação de novos manicômios e incentiva a criação de serviços como núcleos de atenção psicossocial (CAPS), ambulatorios, centros de convivência e hospitais-dia. Além disso, regula a internação compulsória, aquela que é feita à força, sem o consentimento do paciente.

Por esse projeto de lei, uma vez o paciente internado, a justiça deverá ser informada, e o fato, rapidamente julgado, para saber se não houve arbitrariedade de quem determinou a internação.

Também são realizadas em 1990, a Conferência de Caracas, que cria um consenso entre os governos latino-americanos em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica e, em dezembro de 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, um “marco na história da Psiquiatria brasileira”, abre amplas possibilidades para a Reforma Psiquiátrica no país.

No período de 1992 – 1995, considerada por Vasconcelos como o período dos maiores e mais significativos avanços da história das políticas de saúde mental no Brasil. É consolidada a perspectiva da Desinstitucionalização Psiquiátrica, “Desospitalização

---

<sup>2</sup> - modelo de Basaglia: O movimento de trabalhadores de saúde mental ganha corpo com a visita de lideranças mundiais da psiquiatria crítica, principalmente de Franco Basaglia, após aprovação da Lei nº180, que estabelecia o fechamento da porta de entrada dos hospitais psiquiátricos em Trieste (Itália).

saneadora” e conseqüente implantação da Rede de Serviços de atenção psicossocial, emergência das Associações de usuários e familiares (VASCONCELOS, 2000).

Outro avanço significativo foi a organização de usuários e familiares. Assim, a voz dos usuários e familiares deixa de ser “objeto de escuta” da terapeuta convencional e passa a ser atuante no processo de planejamento, execução e avaliação de serviços e políticas de saúde mental.

A partir de 1995 e continuando até os dias de hoje, houve certo recrudescimento na continuação das propostas modernizadoras em saúde mental. Nesse contexto, a proposta de saúde mental comunitária é recolocada na discussão e viável, uma vez que é condizente com a estratégia Saúde da Família, capacitada para desenvolver esta proposta.

### PARTE III – ANÁLISE DA PESQUISA – CATEGORIAS IDENTIFICADAS

É essencial não perder de vista que conhecimento é apenas meio, e que, para tornar-se educativo, carece ainda orientar-se pela ética dos fins e valores (PEDRO DEMO).

### 3 METODOLOGIA DA PESQUISA

O presente trabalho, cujo tema é “A atuação do Serviço Social na prevenção e no tratamento de usuários de drogas – Limites e possibilidades” – tem como objetivo refletir sobre como se dá o enfrentamento pelos Assistentes Sociais que atuam com usuários de drogas no município de Ponta Grossa, onde os reflexos do fenômeno das drogas não são diferentes aos existentes nas demais regiões do país e do mundo, visando compreender reflexão da prática educativa e preventiva dos assistentes sociais, quais suas inquietações em relação às questões:

- Qual a concepção de homem e de mundo que está sendo legitimada quando se individualiza o problema de consumo de álcool e de outras drogas numa sociedade que o estimula?
- Que valores estão sendo legitimados, quando a solução de um problema é pensada sem a participação do maior interessado – o usuário?
- Quais as condições determinantes, de alguma forma, na concepção dos Assistentes Sociais, da situação de dependência?
- Qual o histórico do consumo de drogas dos usuários?
- É possível, para os Assistentes Sociais, identificar algum fator preponderante que desencadeie um padrão de consumo, como: problemas familiares, problemas financeiros, situação limite, luto, insegurança, etc?
- A internação é a única possibilidade de atenção aos usuários de drogas?
- Quais os limites e as possibilidades identificadas pelos Assistentes Sociais na prevenção e no tratamento de pessoas usuárias de drogas?

Na preocupação com a qualidade da pesquisa, elegeram-se sujeitos de maneira intencional, sujeitos com capacidade para expressar especialmente o essencial do fenômeno e

o detalhe vital que enriquece a compreensão do mesmo, visando a garantir o alcance dos objetivos da pesquisa.

Na época da elaboração do projeto, era desenvolvida a prática no COMEN (Conselho Municipal de Entorpecentes), fato que colaborou para a seleção dos sujeitos que atuam na prevenção e tratamento de dependência química.

A pesquisa de campo abrangeu 09 (nove) assistentes sociais para responder ao questionário e à entrevista. Para tanto, foi consultado o IASP (Instituto de Ação Social do Paraná) e o CONEN (Conselho Estadual de Entorpecentes) para conhecer as entidades conveniadas e visualizar quais as entidades que, em seu quadro funcional, possuem o profissional Assistente Social.

Das entidades cadastradas destacam-se:

- O Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha, que através de sua U.D.Q. (Unidade de Dependência Química) atende dependentes de álcool e de outras drogas, do sexo masculino e feminino acima de 18 anos. Este hospital conta com 03 (três) assistentes sociais, sendo que elegemos somente a assistente social da U.D.Q.;
- Casa Rosa Mística, entidade da comunidade terapêutica copiosa Redenção, que atua na recuperação de meninas e mulheres dependentes de álcool e de outras drogas, e conta com uma assistente social.

Além dos profissionais das entidades citadas, destacamos os demais sujeitos da pesquisa:

- Uma Assistente Social do Departamento de Serviço Social da Secretaria Municipal de Obras da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa, onde predomina um alto índice de alcoolismo;
- duas Assistentes Sociais da Divisão de apoio ao servidor municipal vinculada à Secretaria de Administração da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa;
- Uma Assistente Social do Movimento de Meninos e Meninas de rua;
- duas Assistentes Sociais da Divisão de Serviço Social do Departamento de Recursos Humanos da Universidade Estadual de Ponta Grossa;
- uma Assistente Social do Ambulatório de Saúde Mental do Instituto de Saúde Ponta Grossa.

Importante, destacar, que todos os entrevistados concordaram em fazer parte da pesquisa, uma vez que conheceram a finalidade da mesma, sendo realizada como uma atividade da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Contudo, os Assistentes Sociais



entrevistados não foram identificados neste estudo e terão a identidade resguardada. Na análise dos dados, aparecem com a denominação de pedras preciosas, tais como: assistente social Pérola, Safira, Opala, Rubi, Cristal, Ametista, Esmeralda.

Foi realizada uma pesquisa piloto para testar o questionário e entrevista com 03 (três) Assistentes Sociais nos meses de setembro e outubro de 2001, tendo em vista o espaço de tempo para qualificar a pesquisa. Os demais sujeitos responderam o questionário e foram entrevistados entre os meses de março a junho de 2002.

Como método instrumental, ressalta-se na pesquisa os resultados qualitativos, porque oferece condições do contato direto com o sujeito pesquisado, numa relação de troca de conhecimento e aprendizado mútuo.

A pesquisa qualitativa trabalha com a realidade que não pode ser quantificada, voltando-se, então, para o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, adequando-se a um espaço profundo de relações, processos e fenômenos, buscando encontrar, na parte, a compreensão do todo (MINAYO, 2000).

Adotou-se a pesquisa qualitativa no enfoque crítico participativo, na qual a metodologia deve ser entendida como um caminho a ser construído, pois supõe que o pesquisador deve orientar-se por um referencial teórico e estar preparado para mudanças, tanto nos procedimentos como nas expectativas. “O pesquisador orientado pelo enfoque qualitativo, tem ampla liberdade teórico-metodológica para realizar seu estudo, e esta liberdade será limitada pelas exigências básicas de um trabalho científico.” (TRIVIÑOS). Assim, entendeu-se que o referencial teórico que acompanha e ilumina a metodologia, também deve ser compreendido como algo em construção e capaz de constantes reformulações.

O trabalho norteado pela pesquisa qualitativa prevê uma relação dinâmica entre sujeito e objeto.

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objeto e a subjetividade do sujeito. (...) o objeto não é um dado inerte e neutro, está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações. (CHIZZOTTI, 1991, p. 79).

A metodologia deve conter um instrumental teórico-metodológico coerente capaz de conduzir os obstáculos teóricos para o desafio da prática. A teoria e a metodologia caminham juntas para garantir que o pesquisador não se distancie dos objetivos propostos na pesquisa. Desta forma, buscou-se a construção do referencial teórico num primeiro momento da

pesquisa, com a intenção de melhor conhecer o fenômeno do uso/abuso de dependências químicas, situando-o em seu contexto histórico.

O estudo ora apresentado foi construído através de informações adquiridas com o levantamento bibliográfico de fontes publicadas em livros e documentos adquiridos na biblioteca da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), biblioteca da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Universidade Estadual de Londrina (UEL), biblioteca do CONEN, COMEN, do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), e acesso à Internet.

A revisão bibliográfica tem como objetivo traçar um conteúdo teórico que dará coerência, consistência e validade ao problema em estudo, bem como se constitui em instrumento relevante para a pesquisa, pois irá nortear o referencial teórico, fundamentando os demais instrumentos utilizados ao esclarecer as categorias teóricas de apreensão da realidade.

No decorrer deste processo de construção da pesquisa, também foi utilizada a pesquisa de campo, pois ela “se apresenta como uma possibilidade de se conseguir, não só uma aproximação com aquilo que se almeja conhecer e estudar, mas também, de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo” (MINAYO, 2001, p. 51). Assim sendo, a coleta de dados foi realizada através de questionário, seguido de entrevista oral, para melhor apreensão das informações, sobretudo em que circunstâncias aconteciam.

Também foi utilizado o recurso da entrevista semi-estruturada que segundo Triviños:

[...] é aquela que parte de certos questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que em seguida, oferecem amplo campo de interrogativos, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que recebem as respostas do informante. (TRIVIÑOS).

A entrevista semi-estruturada pressupõe a existência de perguntas previamente formuladas pelo pesquisador. A entrevista é um instrumento em que interage o pesquisador com o pesquisado. Através dela pode-se conseguir maior aproximação com o tema de pesquisa, relacionando pensamentos, valores e atitudes dos sujeitos pesquisados. Foi utilizada a entrevista semi-estruturada, por permitir que o informante fale sobre o tema, norteador por perguntas previamente formuladas pelo pesquisador. A entrevista semi-estruturada parte de certos questionamentos básicos, apoiado em teorias, e que, em seguida oferecem amplo campo de interrogativas junto de novas hipóteses que surgem através das respostas dos informantes (TRIVIÑOS).

Para a realização da entrevista semi-estruturada elaborou-se um questionário constituído com duas partes (A e B) sendo na parte A, identificação com a instituição onde o

assistente social trabalha, como: natureza da instituição, tipo de clientela, critérios de atendimento e serviços oferecidos.

A parte *B* constitui-se de treze (13) questões norteadoras que nos conduziram no decorrer do estudo, que foram:

1. O que é droga para você?
2. Qual a sua concepção sobre o usuário de droga?
3. Que ações você desenvolve no seu dia a dia como Assistente Social na Instituição em que trabalha?
4. Que outros tipos de profissionais trabalham na sua área (equipe mais imediata) na Instituição, além do Assistente Social?
5. Como é a relação dos Assistentes Sociais com os outros profissionais?
6. O que os usuários e suas famílias consideram ser de responsabilidade da Instituição onde estão envolvidos?
7. Qual a expectativa que o usuário de droga e sua família têm com o Serviço Social?
8. Quais as dificuldades encontradas para realizar o que o usuário, ou sua família, espera do Assistente Social?
9. O que a Instituição onde você trabalha espera de você como Assistente Social?
10. Quando os outros profissionais da Instituição precisam identificar o trabalho do Assistente Social, que ações e que características eles atribuem a esse trabalho?
11. No seu entender, que objetivos você poderia procurar atingir no seu trabalho, e qual o papel do Assistente Social?
12. Quais e como as disciplinas do curso de Serviço Social contribuíram/contribuem no seu trabalho?
13. Que influências as leituras de modo geral têm tido sobre seu trabalho?

Estas questões foram levantadas novamente na entrevista para confirmar as respostas. Assim, a entrevista semi-estruturada foi um dos meios utilizados para levantar informações referentes à prática dos assistentes sociais na prevenção e no tratamento com usuários de drogas.

Após a coleta de dados, partiu-se para a análise de conteúdo (pela fala dos entrevistados), onde se buscou analisar o seu conteúdo apoiado em referencial teórico. Para

Minayo (2001), a análise de conteúdo pode fornecer respostas para questões apresentadas; com ela pode-se confirmar ou não as informações estabelecidas antes da coleta de dados.

Através da análise de conteúdo podem-se encontrar respostas para as questões formuladas e também confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (as hipóteses), possibilitando a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado.

Triviños recomenda o emprego do método de análise de conteúdo nas Ciências Sociais para o estudo das motivações, atitudes, valores, crenças, tendências e para o desvendar das ideologias que podem existir nos dispositivos legais, e que, aparentemente, não se apresentam com a devida clareza. A análise de conteúdo

[...] é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando-a, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens (TRIVIÑOS).

Além disso, serve como auxiliar para instrumentalizar as pesquisas de maior complexibilidade.

Destaca-se aquilo que surgiu de mais significativo através da fala dos entrevistados e, assim, analisou-se as categorias: Prevenção – Exclusão Social – Interdisciplinariedade numa tentativa de corresponder aos objetivos propostos na pesquisa.

### 3.1 CATEGORIAS DA PESQUISA

As abordagens acontecem através de categorias, entendidas como conceito que permite explicar cientificamente um acontecimento. Sua construção se dá através de uma reflexão crítica, interrogando o real reiteradamente, desvelando o que não está dado na imediaticidade.

Construir categorias exige do sujeito que observa a realidade, a consciência da sua inserção nela, de maneira a articular os elementos que vão se manifestando na reflexão. As várias dimensões dessa reflexão vão constituir o percurso da pesquisa. Pensar o fenômeno exige questionar, investigar a realidade, visto que ela não comparece na reflexão de forma transparente. É preciso, portanto, criticá-la. A realidade torna-se evidente pela contínua re colocação da questão em estudo, fazendo-a emergir de forma cada vez mais rica, complexa

e viva, recriando-a num percurso contínuo entre a aparência e a essência, entre a parte e o todo, o singular e o universal.

A reflexão crítica envolve as interpretações existentes sobre o objeto, contextualizando-o. Essa crítica, além de aprofundar a explicação do objeto, permite perceber e assim, apropriar-se do processo de constituição, de criação da realidade. O processo de constituição do real apropria-se das suas relações, das estruturas, das tendências, constituindo-se num processo de dimensão histórica. É nessa linha que o pensamento e o pensado tornam-se recíprocos. A relação pensamento e realidade no movimento do ato de refletir entram na constituição do objeto conferindo a ele um novo sentido, pois a categoria recria o concreto, tornando-o concreto pensado.

As categorias são fundamentalmente históricas, não sendo uma explicação de caráter universal. Representam a explicação de um fenômeno dado, num determinado momento, numa determinada época. Elas se recriam levando em conta a configuração histórica do fenômeno sobre o qual se reflete.

A pesquisa deve recriar as categorias nas diferentes situações não se constituindo na sua simples transposição, mas entendendo-as como expressão do movimento do real, contextualizado numa dimensão dialética. A exclusão da dimensão contraditória obscurece a explicitação correta do objeto, pois se exclui a contradição, passando o ato explicativo, o pensado, a se constituir em conceito definitivo, imutável sobre o real. O pensamento entra na construção do real, constatando-o, registrando os fatos e, articulado à realidade, possibilita que o pensamento apanhe o concreto e o recrie, fazendo surgir a categoria como um ato de produção do real.

### 3.2 ANÁLISE DOS DADOS

Destacou-se aquilo que surgiu de mais significativo através dos entrevistados. As categorias elencadas neste trabalho são as categorias de Prevenção, Exclusão Social e Interdisciplinaridade, das quais trataremos a seguir, com o intuito de dar uma noção geral que sirva de subsídios para análise da pesquisa, bem como da compreensão do fenômeno em estudo.

Segundo a definição adotada pela OMS, “droga é toda substância que, introduzida no organismo, pode modificar uma ou mais de suas funções”, é uma definição com traço científico-natural, porém insuficiente, senão complementada por um entendimento histórico-

social do uso dessas substâncias. A droga não deve ser entendida somente como um entorpecente, um componente químico que produz sensações no corpo biológico, mas como um artifício por meio do qual se satisfaz uma necessidade psíquica e social. Considerando essa definição, na qual se percebe a ênfase na dimensão do impacto físico ou mental da droga no organismo humano, a discussão acerca do uso pode ser orientada por uma dimensão epidemiológica, aquela que enfatiza suas implicações para a saúde coletiva. Ocorrendo uma tendência a se estabelecer correlações entre drogas e suas implicações negativas acidentes de trabalho, acidentes de trânsito, AIDS. As informações vinculadas na mídia colaboram também para reforçar o conceito estigmatizador e preconceituoso em relação aos usuários de drogas.

A dependência química é uma doença complexa e requer um tratamento complexo. As causas e consequências são amplas e relacionadas com aspectos orgânicos, emocionais e sociais. O estabelecimento de um perfil, ou conseqüentemente a doença é um objetivo importante, pois possibilita um planejamento mais preciso das ações de tratamento e de prevenção; até a formulação de políticas públicas deve ser embasada no conhecimento da população que é usuária, ou dependente, ou direta ou indiretamente afetada pelo problema.

Dentre temas transversais, segundo Luz,

[...] o tema saúde é o que apresenta explicitamente a necessária discussão do consumo de drogas, ressaltando sua complexidade e reforçando que, nenhuma área do conhecimento isoladamente, é suficiente para explicá-lo e dar conta de soluções definitivas (LUZ, 2000, p.71).

No estudo da atuação do Assistente Social com usuários de drogas, destacou-se a categoria Prevenção, uma vez que a maioria dos sujeitos envolvidos na pesquisa concebe dependência como doença.

Na fala da assistente social Rubi,

*- o usuário de droga geralmente é uma pessoa doente que sofre de algum problema psicológico e social. Na minha concepção, o uso de drogas entre adolescentes está associado à violência no lar, à reduzida oferta de trabalho para jovens (exclusão social) e à falta de perspectiva em relação ao futuro. Porém, é bem verdade que não são os pobres os maiores consumidores de drogas. A droga e seu consumo atingem todas as classes sociais (...) A questão do consumo de droga afeta todos os seres de uma coletividade.*

Enquanto doença é preciso pensar a prevenção ao abuso de drogas através de um processo educativo.

[...] a prevenção ao abuso de drogas pela educação é um processo de crescimento e valorização do ser humano. A compreensão deste conceito, (...) remete o educador a buscar um entendimento mais profundo da natureza humana, das relações interpessoais que existem nas ações preventivas e nos vínculos que estão sendo tecidos com a rede social de prevenção [...] (LUZ, 2000, p. 43).

A prevenção constitui-se em uma prática educativa, na qual a participação e o grau de envolvimento de educadores, de assistentes sociais, dos profissionais de saúde é requisito essencial, sendo a educação entendida como a construção de conhecimentos dentro de um processo de trocas e reflexões.

Para a assistente social Esmeralda, o usuário de drogas, é

*- pessoa doente, que inicia o uso por curiosidade e acaba adoecendo pelo uso abusivo de substâncias que destroem o ser humano, mas que podem ser tratados desde que os usuários aceitem que precisem.*

Com a fala desta assistente social, observa-se que o tratamento é um processo de conscientização pessoal, voluntário e não impositivo. Em alguns casos de uso/abuso de álcool e outras drogas nas empresas ou processo judicial, a imposição ao tratamento funciona como forma de sanção.

As ações de prevenção devem buscar, em seu conjunto, reduzir os problemas de saúde relacionados ao uso de drogas. A redução da incidência da subordinação às drogas, ou a redução do número de novos usuários, sem levar em consideração o tipo de uso, a redução total de casos de uso problemático de drogas, todos constituem exemplo de respostas teoricamente corretas à questão do que prevenir. No entanto, o uso de drogas que não se enquadra na categoria de dependência ou de “uso prejudicial” é uma questão de foro íntimo, de natureza privada, não devendo ser objeto de intervenções institucionais de qualquer tipo; as intervenções com objetivo de “inibir” ou “eliminar” todo e qualquer uso de droga, dentro desse ponto de vista, ferem os direitos individuais garantidos a todos os cidadãos, na Carta Magna de 1988.

Para uma maior compreensão do fenômeno da dependência química, tentou-se entender qual a concepção que os assistentes sociais, sujeitos desta pesquisa fazem da droga bem como dos usuários.

Percebe-se que as assistentes sociais, que na sua prática profissional enfrentam a questão das drogas, fazem a relação com o todo, ou seja, possuem uma visão ampla da realidade social. A Assistente social Pérola, sobre o conceito de droga, coloca que:

*- droga é um assunto muito complexo, pois tenho conhecimento que todo medicamento é uma droga, conseqüentemente não é toda droga que causa danos no homem, pois muitos são usados de forma terapêutica. Porém, sabemos também que existem outros tipos de drogas, que são as drogas psicoativas que afetam o psíquico do organismo, ou seja, o indivíduo torna-se dependente de uma substância que está destruindo sua vida. O dependente acaba rompendo assim, com seus vínculos familiares e sociais, provocando a sua marginalização na sociedade. Um problema muito atual e polêmico que aflige todas as classes sociais, afetando principalmente os jovens.*

Considerando que as drogas lícitas têm um grau de aceitação social maior que as ilícitas, a conotação valorativa tem variações de conteúdos importantes. O uso/abuso de drogas não é uma prerrogativa de um segmento social, em que o acesso e as implicações do uso têm conseqüências mais ou menos perversas em termos de julgamento social, das formas de combate e interesse pelo tratamento. Ressalta-se que a prática social da venda de drogas mobiliza interesses econômicos, sendo um empreendimento lucrativo, e sendo ilegal se associam a criminalidade, aproveitando a mão de obra disponível, geralmente são jovens de baixa renda, dispostos a se expor nesta forma de ocupação.

Estes jovens constituem uma população específica, como uma população de risco pela falta de acesso a equipamentos sociais. Onde deve ser considerada a vulnerabilidade, tanto quanto no consumo de substâncias psicoativas como as pressões do tráfico enquanto alternativa de mercado de trabalho. O conceito de vulnerabilidade e risco social é fundamental para um programa de prevenção a drogadição, porque há forte concentração de efeitos negativos da condição socioeconômica sobre a qualidade de vida.

O perfil prévio do dependente é bastante difícil de ser estabelecido, mas podem-se encontrar fatores de facilitação, de estímulo ao uso, de componentes de estrutura da família, da personalidade ou de nuances da cultura que possam mudar o curso da doença.

A proibição e a criminalização do uso de drogas é um fenômeno recente, mas como já vimos em capítulos anteriores, a droga é consumida desde tempos imemoráveis: o álcool etílico é citado na Bíblia e a maconha é relatada desde 2.700 a.C. No século passado entra em voga o consumo do ópio e da cocaína (Sigmund Freud) que, por algum tempo e antes de perceber os riscos advindos desse uso, chegou a recomendá-las para alguns de seus pacientes.

As indicações propositivas acerca das drogas ainda são moralistas no sentido de convencionar os indivíduos como doentes, pecadores e criminosos e em decorrência da ênfase no aspecto moral os indivíduos perdem o reconhecimento de sua condição de cidadão.

Para a assistente social Rubi, drogas



*- são todas aquelas substâncias que causam dependência psíquica (estado no qual a droga produz uma sensação de satisfação, que leva o indivíduo a tomar periodicamente, para conseguir o prazer ou evitar o mal-estar) e dependência física (estado de adaptação que se manifesta pelo aparecimento de profundas manifestações físicas como suor intenso, náuseas, vômitos, diarreias, tremores, etc), como alguns medicamentos, fumo álcool, maconha, cocaína, LSD, heroína, entre outros.*

Para a assistente social Cristal droga é

*- substância que produz alterações no sistema nervoso central, podendo alterar o comportamento dos indivíduos que dela fazem uso, acarretando muitas vezes dificuldade de convivência com o meio social e profissional destes. Têm muitas vezes efeitos prazerosos o que leva à repetição do seu uso e pode levar à dependência química.*

Na concepção sobre o usuário de drogas, a assistente social Pérola, coloca que:

*- o usuário de droga é um indivíduo que tem uma dependência química que está prejudicando sua “mente”, pois este acaba vivendo em função das drogas e se isolando e se afastando do meio social que vivia antes de ser um dependente. Este por si só não tem forças de deixar de ser um usuário de droga, necessitando de um acompanhamento de profissionais como médicos, assistentes sociais e psicólogos para sua recuperação. É interessante que para a recuperação de um drogadito estes profissionais elencados trabalhem em conjunto.*

A análise da assistente social Cristal sobre o usuário de drogas é vista sob o aspecto da saúde, indo além da necessidade de hospitalização do usuário, orientada numa visão fenomenológica do problema:

*- por compreender a dependência química como uma “doença”, acredito que os seus usuários necessitam de tratamento especializado para tratar sua dependência, visto que o tratamento não se limita ao uso ou não de medicamento e sim à tentativa de despertar em seus usuários a crítica de suas vivências e conscientização de sua problemática, através de recursos existentes no tratamento.*

Ainda considerando a questão da prevenção do uso de drogas não existem receitas prontas em estratégias para o combate. São necessárias ações que levem em consideração indicações importantes, como ponto de reflexão, tomar as expressões como: droga, drogadicto e drogadição livres de superposição na interpretação condenatória e depreciativa.

Ressalta-se a categoria exclusão social, visto que se vive numa sociedade capitalista, caracterizada pelo consumo e, em que, dentre os aspectos negativos, está a exclusão social. Os valores e representações acabam por excluir as pessoas, ou seja, são as pessoas taxadas de mendigos, vagabundos, pedintes, marginais, que estão presentes nos espaços sociais. Assim,

pode-se dizer que os excluídos são todos aqueles que são rejeitados dos mercados materiais ou simbólicos, de nossos valores, ou seja, são rejeitados físicos, geográfica ou materialmente como, também, do mercado de trabalho e de suas trocas de riquezas espirituais e culturais.

Conforme salienta Belfiore, as altas taxas de concentração de renda e as desigualdades existentes são crescentes e fazem aumentar a distância entre os excluídos e os incluídos da sociedade. Os incluídos são reconhecidos como sendo aquelas pessoas que possuem um emprego regulamentado que permite o acesso aos meios que satisfazem as necessidades humanas.

Com o desenvolvimento da globalização, novas relações entre economia, política e sociedade foram estabelecidas; desta forma, qualquer análise de exclusão social deve ser contextualizada, levando-se em conta o tempo e o espaço ao qual o fenômeno se refere. Por exemplo, na década de 90, são considerados excluídos os contingentes populacionais crescentes que não encontram lugar no mercado.

Entretanto, é preciso ressaltar que pobreza e exclusão não podem ser tomadas como sinônimos de um mesmo fenômeno, pois são articuladas, ou seja,

[...] pode-se afirmar que toda situação de pobreza leva a formas de ruptura do vínculo social e representa, na maioria das vezes, um acúmulo de déficits e precariedade. No entanto, pobreza não significa necessariamente exclusão, ainda que a ela possa conduzir (BELFIORE-WANDERLEY, 1997, p.80).

Assim, pode-se dizer que existem diferenças entre causas de pobreza e exclusão social. A pobreza, além de fazer parte do passado, iniciado com a escravidão, está presente atualmente no cotidiano de nossa sociedade.

A pobreza é compreendida como categoria histórica que se produz/reproduz nas condições sociais, econômicas, políticas e culturais. É, acima de tudo, uma condição de vida criada por um sistema de produção que acumula riqueza e miséria e se expressa em diferenças de classe com desigualdade social. É um produto das relações integrativas de um padrão de desenvolvimento capitalista que, na sociedade brasileira, produzem e reproduzem a pobreza a partir de inúmeras desigualdades, sobretudo as de acesso à produção e distribuição de riquezas e oportunidades, bem como as de acesso a bens e serviços, criando privações e delimitando o pobre em um determinado lugar econômico, político, social e cultural. A existência e o crescimento da pobreza apóiam-se, portanto, na concentração de riquezas e desigualdades sociais, sendo que a igualdade não significa apenas reconhecimento legal; é mais do que isso: reporta-se à igualdade de condições sociais e de oportunidades.

Conforme Oliveira (1997) observou-se que o fenômeno da exclusão social é marcado por três características que estão interligadas, sendo a primeira a exclusão do mundo do trabalho, causa mais citada entre os autores; a segunda é a constatação dos empregados de que tais excluídos não possuem mais condições de serem inseridos nos novos processos produtivos pela falta de qualificação profissional, tornando-se então desnecessários economicamente e, por fim, a característica que melhor expressa a ideia da exclusão referida é que se forma uma marca, uma cicatriz sobre a população excluída, fazendo com que seja trágica a sua expulsão do contexto social, o que leva a população em geral a pensar da forma mais desprezível sobre a população excluída, indicando-lhes um destino dramático, sendo que são percebidos como indivíduos sociais ameaçantes e, por isso, sujeitos de serem eliminados. Assim, a população em situação de exclusão social vive de forma subumana com relação aos padrões sociais considerados normais, ou seja, com relação aos incluídos da sociedade.

É necessário ainda ressaltar que o fenômeno da exclusão não é um atributo exclusivo dos países de terceiro mundo, mas sim, um fenômeno de dimensões mundiais, cujo conceito pode ser relativamente novo, porém a realidade que descreve não é tão recente assim, tendo em vista a pobreza secular existente; o que ocorreu foi um agravamento da pobreza. Internacionalmente, a passagem do uso do termo pobreza como predominante ao uso de termo exclusão, significou o fim da ilusão de que as desigualdades sociais eram temporárias, sazonais.

Mesmo com a diversidade de modelos de trabalho, nota-se a necessidade de definir e entender o conhecimento básico e indispensável para intervir adequadamente com o dependente e seus familiares, nas várias fases de sua doença. Para trabalhar com dependentes químicos, especialmente em instituições, é imprescindível a formação de uma equipe multidisciplinar que esteja fortalecida pela troca de conhecimentos. Neste sentido, destaca-se também a categoria de interdisciplinaridade, ressaltada nas respostas da maioria dos sujeitos, como constataremos na análise que segue.

O tema interdisciplinaridade vem sendo debatido no Serviço Social, nos últimos anos, em várias linhas, conforme se pode verificar em Vasconcelos:

- Na formação acadêmica – como uma proposta de organização de ensino e da pesquisa em serviço social
- Nas epistemologias das práticas interdisciplinares para as ciências em geral e para as ciências sociais em particular;
- Nas bases filosóficas – práticas do pluralismo como exigência para abordagem democrática a práxis científica e profissional;
- E em campos específicos de atuação do serviço social. (VASCONCELOS, 2000)

Interdisciplinaridade, no amplo entendimento, é o espaço para as relações de troca e de poder entre os vários campos do conhecimento e pressupõe uma democratização efetiva das relações de poder nas equipes, com enriquecimento mútuo e de reciprocidade.

Segundo Vasconcelos:

A interdisciplinaridade 'exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências desses conceitos e, assim, gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos' (VASCONCELOS, 2000, p. 47).

Na concepção da assistente social Pérola sobre usuários de drogas, observa-se a importância dada ao trabalho em equipe, que nem sempre é interdisciplinar, mas chamou a atenção para a multiprofissionalidade.

A multidisciplinaridade, também chamada de multiprofissionalidade, pode ser entendida como uma gama de profissionais que atuam simultaneamente, mas sem que apareçam as relações entre elas.

Sobre a multidisciplinaridade, Vasconcelos defende que:

[...] pode ser visualizada nas práticas ambulatoriais convencionais, onde profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, em geral sem cooperação e troca de informações entre si, a não ser um sistema de referência e contra-referência dos clientes, com uma coordenação apenas administrativa (VASCONCELOS, 2000, p. 46).

Os assistentes sociais relatam que sempre trabalham com outros profissionais como pedagogos, psicólogos, educadores sociais, professores de diversas áreas, advogados, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, médicos psiquiatras, auxiliares de enfermagem, motoristas e auxiliares em geral, mantendo contato, também, com profissionais exógenos à instituição, como promotores, juízes, conselheiros tutelares, delegados da criança e adolescente, entre outros.

Em relação ao trabalho em conjunto, na discussão sobre interdisciplinaridade, Pedro Demo ressalta que

[...] a interdisciplinaridade não é coisa de um cientista, por mais que queira fazer esforço de abarcar seus horizontes, mas de um grupo de cientistas, ou seja, o trabalho de equipe é a verdadeira interdisciplinaridade, no qual os acontecimentos, sempre especializados, buscam a convergência e, possivelmente, a constituição de um texto único, escrito a muitas mãos [...] (DEMO, 1997, p.103-104).

Na fala dos assistentes sociais que trabalham a nível de Prevenção do uso de drogas, observou-se uma otimização em relação ao aspecto interdisciplinar, como pode ser verificado na fala da assistente social Pérola:

*- com os funcionários inseridos dentro da instituição, trabalhamos sempre em conjunto para atingir os objetivos previstos, sempre orientando os mesmos sobre as leis que envolvem a temática da Criança e do adolescente, mantendo sempre uma relação de respeito e muita troca de experiência. Já com os profissionais que mantemos contato fora da instituição procuro sempre fazer com que eles fiquem mais próximos da realidade institucional, realizando um trabalho em conjunto com os profissionais para atingir os objetivos da instituição.*

Para a assistente social Rubi, o Serviço Social procura realizar um trabalho voltado para a interdisciplinaridade, envolvendo as instituições escolares (diretores, professores, funcionários, alunos), os pais e a comunidade, devendo, no entanto, o Serviço Social estar mais voltado para a área da prevenção. Porém, observa que a prevenção e o acompanhamento dos casos são prejudicados pela rotina do trabalho, havendo uma perda da dimensão pedagógica do trabalho e uma alienação do profissional:

*- (...) mas por causa do excesso dos trabalhos burocráticos e a falta de viabilização de carros para as visitas domiciliares, os acompanhamentos dos casos ficam falhos(...).*

Na fala dos assistentes Sociais que trabalham a nível de tratamento do dependente químico, percebeu-se uma postura crítica em relação à interdisciplinariedade; conforme observa-se na fala da assistente social Cristal:

*- O trabalho em equipe é aprendido constante, por vezes gratificante por outros árduo mas que até agora tem sido a única forma de abordagem ao dependente, tanto pelas possibilidades de atenção diferenciada que oferece ao paciente como um ponto de apoio ao profissional que conta com outras pessoas para complementar seu trabalho.*

Ressalta-se a importância que a Assistente Social dá em relação à interdisciplinaridade como possibilidade de troca de conhecimento e do fazer profissional.

Segundo MUNHOZ, a interdisciplinaridade “[...] se alicerça no entendimento do outro como consciência que tem percepções e visões de mundo compatíveis ou não com as nossas, mas com quem podemos discutir”. (MUNHOZ, 1996, p. 167).

Na fala da assistente social Safira, o trabalho interdisciplinar depende dos profissionais. Com alguns, a relação é de troca; com outros, as ações são isoladas, não ocorrendo a troca de saberes, de experiências, de ajuda mútua.

*- (...) a relação é variável; com alguns profissionais, há boa interação e facilidades para o trabalho de equipe, com outros há mais dificuldade. O serviço social ainda não conquistou espaço com alguns profissionais, onde as ações são isoladas, não havendo valorização do profissional (...).*

A assistente social Opala relaciona as dificuldades de uma inter-relação da falta de estrutura e recursos institucionais e de uma política voltada para o social no seu trabalho:

*- O Serviço Social conquistou seu espaço profissional sob uma mistura de desafios e incertezas frente a sua demanda, pois a instabilidade de interesses e recursos institucionais, dificultam a efetivação das ações do profissional e tornam-se incapazes de subsidiar as reais necessidades da demanda. Vivenciamos um enfrentamento cotidiano frente a outros profissionais, pois sempre precisamos manter a ‘política de boa vizinhança’, para termos e mantermos a credibilidade de atuação.*

Sobre este enfrentamento vivenciado na prática do assistente social, pode-se encontrar em Munhoz, que: “cada disciplina ou especialidade procura firmar fronteiras o mais nitidamente possível [...] as diferentes profissões se expressam na prática como singularidades através de sujeitos [...]” e esses sujeitos singulares “podem fazer com que a relação entre as diferentes profissões ultrapasse o terreno da simples vizinhança pacífica...” (MUNHOZ, 1996, p. 167).

Tentou-se, contudo, identificar quais as possibilidades e os limites da atuação do Serviço Social na prevenção e no tratamento com usuários de drogas, indagando aos assistentes sociais, quais seriam as expectativas que os usuários ou familiares esperam do Serviço Social ou da instituição e quais as dificuldades encontradas para realizar o que o usuário ou a família espera do profissional.

Para a assistente social Pérola, a família e o usuário de droga, esperam que o Serviço Social possa realizar um trabalho para a recuperação do dependente químico, a fim de que este possa reintegrar-se à família e à sociedade novamente. Nesse aspecto, a assistente social

cita a importância do trabalho em equipe, no sentido de que uma das dificuldades é a falta da equipe técnica, falta de recursos humanos na instituição, conforme se pode observar:

*- (...) o profissional de Serviço Social que trabalha com usuários de drogas não deve trabalhar sozinho, mas sim, integradamente com psicólogos, médicos para a recuperação do usuário, pois sozinho o assistente social não possui suporte técnico suficiente para fazer um trabalho completo com o dependente. Percebemos, então, que esta é uma das grandes dificuldades das Instituições de Recuperação, ter esta equipe técnica.*

Percebe-se aqui uma visão ampla por parte da assistente social, que acredita na importância de seu trabalho, dada a sua impossibilidade de estar contribuindo no processo. Tem ainda a visão de que os enfrentamentos se fazem no “individual” e “coletivo”, considerando-se como “integrante” de uma “equipe multidisciplinar”.

Porém, segundo Vasconcelos

*A multidisciplinaridade (ou multiprofissionalidade) pode ser visualizada nas práticas ambulatoriais, onde profissionais de diversas áreas trabalham isoladamente, geralmente sem cooperação e troca de informações entre si, a não ser por meio de referências e contra referências dos clientes, com uma coordenação apenas administrativa (VASCONCELOS, 2000, p. 46).*

Para a assistente social Safira, quando a família ou o usuário busca ajuda é porque o problema, ou seja, a dependência de algum tipo de droga, já causou danos na vida da pessoa, sendo que a expectativa é de que o assistente social aponte para uma direção ou encaminhe-os para a solução do problema. Observou-se a prática do encaminhamento como um meio para a prática do aconselhamento, nestes casos, quando se busca uma “ajuda” junto ao profissional do Serviço Social.

*- Quando a família ou o usuário busca ajuda, normalmente já há toda uma história vivida, com mágoas, cansaços, frustrações, dores, tentativas e “fracassos” e geralmente há uma expectativa muito grande no sentido de se encontrar um caminho não muito doloroso e eficiente para eliminar o mal que a droga representa.*

Em relação aos limites no trabalho, esta assistente social, também relaciona, entre as dificuldades, a falta de recursos:

*- A dependência química é, por si só, um problema difícil de ser enfrentado e tratado, até por causa de certos tabus existentes e, infelizmente, a instituição não tem condições de atender as necessidades do usuário e/ou da família, por: falta de estrutura física, número de profissionais insuficiente para atender a demanda, além da falta de outros recursos que pudessem complementar o serviço.*

Na opinião da assistente social Opala, o Serviço Social pode ser considerado como ponto de referência. Os usuários de drogas ou familiares procuram o assistente social quando precisam de orientações ou encaminhamentos para consulta médica, para obtenção de remédios, documentos e problemas relacionados aos filhos.

*- (...) quando o usuário de substância química ou do álcool nos procura, ou aceita ser encaminhado até nós, entra em tratamento, onde a intervenção dá-se a longo prazo, com muitas recaídas. Precisamos, então, mostrar a realidade a ele e não deixar que este ou a família transfira seus problemas para nós, ou entraremos na dinâmica do usuário e da família, por isso precisamos ter clareza das nossas ações. A relação entre o usuário e o profissional é fundamental para que se possa conseguir a cada abordagem as modificações que só podem ser conseguidas a longo prazo. Esta relação é constituída para que se estabeleça e se consiga objetivos contínuos (...) ao identificarem sinais de dependência química e/ou álcool dá-se um importante passo.*

Esta profissional aponta a fragmentação das ações, a falta de pessoal, a baixa capacitação dos servidores e acompanhamento como dificuldades nesta área de atuação.

*- A falta de recursos materiais disponíveis: - clínica de recuperação qualificada em Ponta Grossa; - Equipe de profissionais multidisciplinares para apoio e que se envolvam com esse tipo de problema; - Tratamento ambulatorial contínuo. Quando o usuário sai do internamento o problema aumenta, pois não contamos com especialistas (via Sus) médicos que possam dedicar-se somente a dar continuidade desse tratamento (como medicamentos, consultas etc), psicólogos, assistentes sociais, para atender os casos em conjunto, assim fica fragmentada a recuperação, com altos índices de recaídas. Ao identificarem sinais de dependência química e/ou álcool dá-se um importante passo, ou parte da família ou dos chefes, ou do próprio usuário, ao entrarem em contato com o Serviço Social, pedindo ajuda. As formas de tentativas de recuperação, precisam ocorrer em conjunto – Serviço Social x Usuário x Trabalho (Chefia) x Família - sendo que isto é quase impossível ocorrer. O que vivenciamos é que a família se neutraliza por ter acompanhamento com grupo de apoio - ; chefia e encarregados querem a resposta imediata e pronta, ou seja, “curado”. No trabalho, não se tem a orientação necessária para saber o que é a doença – dependência do álcool – e acham que para eles significa “sem-vergonhice”, “vagabundagem”. Por isso para nós, profissionais, o problema não é só o usuário, mas toda uma comunidade – família e trabalho.*

A atuação em dependência química admite que o dependente químico pode ter recaídas. O assistente social precisa estar voltado para a realidade social e compreender que o uso de substâncias psicoativas é o resultado da interação de diversos fatores ligados às áreas: social, individual, e à própria droga. A fome, a miséria, a desestrutura familiar, a violência e a falta de acesso aos recursos da comunidade podem levar o indivíduo a voltar às drogas.



Na prevenção da recaída, o dependente químico precisa ser estimulado quanto à importância da auto-iniciativa, da criatividade e da responsabilidade pessoal, para que aumente a margem das escolhas livres, e conscientes, voltadas para uma desintoxicação que não permaneça apenas na superfície, condicionada de fora ou imposta, mas interna, desejada, escolha assumida e, por isso mesmo, propiciadora de novas perspectivas de realização humana (BUCHER, 1991).

A família do dependente, em geral, elege-o como bode expiatório para descarregar a tensão coletiva desse grupo. Por isso a abordagem terapêutica pode fracassar, pois a família, embora deseje que esse membro receba tratamento, não quer que ele mude. É a típica situação da família dependente, que, longe de favorecer a recuperação, aumenta e reforça a dependência, sendo possível estabelecer a analogia entre a dependência química e a família co-dependente.

Existem muitas definições para o co-dependente; o assunto vem sendo estudado e tratado há quase trinta anos. Tomemos uma definição sintética, dada por Duques (1998) que dá o “co-dependente como um tomador de conta”. Ele toma conta do dependente, isto é, tenta controlar o dependente; assim, a co-dependência é uma disfunção, porque o co-dependente passa a focalizar mais as necessidades dos outros que as suas próprias.

A co-dependência foi descoberta no alcoolismo: pessoas que ao longo da história do alcoolista se tornaram co-dependentes. É comum a essas pessoas não se acostumarem mais com a sobriedade do alcoólatra recuperado. Os co-dependentes são pessoas que passam a não ter mais vida própria e vivem em função do dependente. Sendo, inclusive, uma doença mental em que o comportamento do co-dependente é praticamente igual ao do dependente, com a desvantagem de não ter o prazer da bebida ou de outra droga.

Trabalhar a família do dependente significa promover a reorganização e reestruturação, tornando-a mais participante do problema, desarmando os processos de designação de bode expiatório e reduzindo a intensidade das tensões intra-familiares.

O grupo de orientação às famílias representa a interface na prevenção da recaída. A família tanto pode sustentar o vínculo transferencial com o terapeuta, quanto sabotá-lo; razão pela qual cabe conquistá-la como participante aliada ao tratamento. Sua colaboração pode aumentar em muito a aderência do dependente ao tratamento (BUCHER, 1991).

Na visão da Assistente Social Rubi, os usuários de drogas e suas famílias têm uma expectativa de que o profissional Assistente Social resolverá todos os seus problemas.

*- Muitos deles não compreendem que a Assistente Social possibilita a quem se encontra fragilizado, oportunidade para se reerguerem e continuarem a caminharem com as próprias forças, através de esclarecimentos, orientações e encaminhamento para instituições especializadas. Fica evidente que a questão central ainda é a falta de infra-estrutura, educação, trabalho e perspectiva de vida que levam a banalização da própria vida e alteram a relação dos indivíduos com os mesmos. É preciso que reflitamos e tenhamos ações coerentes. Portanto, o principal objetivo do Assistente Social é lutar para que haja uma sociedade, capaz de atender com qualidade e dignidade a sua infância e juventude com melhores condições de vida, educação de qualidade pública resgatando a cidadania de uma população tão marcada pela desigualdade.*

Na visão desta profissional, os limites são postos tendo em vista a falta de recursos e de políticas governamentais voltadas para esta demanda:

*- O Serviço Social lida com os homens nas suas mais variadas relações sociais como o trabalho, a família e a comunidade. Por esse motivo os resultados alcançados são atingidos a longo prazo. E esse é o maior desafio e dificuldades encontrados no meu trabalho, porque em muitas vezes as respostas e as orientações precisam ser imediatas. E os Programas Governamentais que poderiam estar fornecendo essas respostas aos casos emergenciais, estão falhos e inviabilizados para a maioria da população.*

Observa-se a falta de prevenção, de diagnóstico precoce do alcoolismo e de outras drogas, bem como precariedade de tratamento na rede assistencial de saúde. É importante, também, romper com o preconceito que se observa muito em hospital público: quando chega precisando de socorro, o bêbado é motivo de chacota por parte do profissional médico, psiquiatra, enfermeiro, e sempre é o último a ser atendido. Por quê? o alcoolista é visto como um doente social, não um doente físico. Então, a pessoa com câncer, AIDS, hipertensão, diabetes, é atendida como qualquer paciente e o dependente químico é relegado a segundo plano.

Para a Assistente Social Cristal, a expectativa dos pacientes e de suas famílias muitas vezes é a “cura” da dependência química, onde o Assistente Social, através do comprometimento/envolvimento, busca desmistificar para o usuário e sua família o processo saúde-doença, desde a abordagem, encaminhamento e acompanhamento. É importante destacar o caráter informativo do assistente social de que a dependência química é uma doença progressiva, que não tem cura, mas que pode ser tratada.

Para a Assistente Social Esmeralda o papel do Serviço Social é de orientar os usuários e encaminhá-los para a solução do problema.

*- Acredito que é a de orientá-los e encaminhá-los para resolução do problema, encaminhando-o para tratamento ou o que estiver necessitando no momento.*

*Em relação às dificuldades do trabalho da assistente social em relação ao tratamento do usuário de drogas cita a falta de recursos: *As dificuldades ocorrem normalmente quando a pessoa que necessita do tratamento não assume aquilo a que se propôs e começa a apresentar problemas funcionais, já que aqui atende-se o servidor, isso no caso do álcool e ou outras drogas. Em outros atendimentos as vezes não dispomos do recurso solicitado.**

Além da falta de recurso institucional, faz-se também necessária uma série de condições relacionadas à rede de assistência à saúde de dependentes químicos, como formação de equipes de Programas Saúde da Família, consultórios de rua e casas de acolhimentos transitórios, além das comunidades terapêuticas.

A abordagem sócio-familiar é a alavanca que possibilita uma “brecha” no universo cerrado e desconhecido do dependente. A equipe interdisciplinar deve oferecer um ambiente favorável, acolhedor e referencial que, pelo engajamento afetivo e recíproco, reconstrói um espaço protegido, sem perseguição e possível de atuação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se no estudo ora apresentado conhecer a realidade e a concepção dos profissionais assistentes sociais que na sua prática atuam com usuários de drogas, seja pela prevenção ou tratamento, procurando identificar sua visão de homem (sujeito usuário de drogas em suas relações) e visão de mundo, buscando relacionar sua prática aos limites e possibilidades de atuação.

Pode-se assegurar que o presente estudo possibilitou conhecer os elementos presentes na atuação dos assistentes sociais com os usuários de drogas, identificando os limites e possibilidades dos profissionais vinculadas a instituições públicas e privadas orientadas por políticas públicas inseridas no contexto da realidade brasileira.

Em síntese, pode-se também, afirmar que os limites identificados mediante a análise procedida revelam:

- que os profissionais de serviço social, socialmente responsáveis pela “solução” dos problemas sociais sentem-se imponentes diante da questão das drogas, devido a:

- Falta de recursos humanos (equipe técnica e multidisciplinar);
- Falta de recursos institucionais;
- Falta de uma política pública, os programas são ineficazes;
- Fragmentação das ações e falta de acompanhamento;
- Falta de clínicas de recuperação e
- Pensamento estigmatizado da sociedade com os usuários abusivos e dependentes de drogas.

Por outro lado, os profissionais encontram possibilidades que se constituem em força para enfrentamento dessa realidade, neste sentido, apresentam-se como proposições:

- trabalho em equipe (interdisciplinaridade) como forma de aprendizado constante e de intervenção junto às famílias e a constituição de redes sociais como estratégia metodológica a ser implantada no trabalho preventivo.

O serviço social desde os primórdios da profissão tem intervindo junto às famílias em diferentes campos de atuação. De um modo geral, os trabalhos voltados ao atendimento do grupo familiar, sobretudo os de baixa renda, têm-se constituído em desafios sempre presentes na história dos assistentes sociais. Do ponto de vista preventivo, faz-se necessário construir intervenções que minimizem o processo de exclusão e diminuir o grau de violências ao qual

estão submetidas crianças, jovens e suas famílias. Além disso, as vivências afetivas precoces no seio da família são decisivas nas relações sociais e, mesmo com todos os paradoxos que abriga, é algo privilegiado na intervenção preventiva.

Na concepção das assistentes sociais, droga é um assunto complexo e que causa danos à saúde do homem, sendo a dependência química uma doença de natureza física e mental com componente familiar e social. Todas as pessoas com predisposição, independente do meio social, podem desenvolver a dependência. Assim, a intenção dos assistentes sociais é de desenvolver ações integradas e voltadas para a “Prevenção”.

Dada a complexidade dos fatores envolvidos com a dependência química, entende-se que a contribuição do Assistente Social é muito ampla e indispensável. O Assistente Social como integrante da equipe multidisciplinar busca formas de enfrentamento individual e coletivo às questões sociais, econômicas e culturais relacionadas ao processo de saúde/doença, tentando compreender a pessoa dependente dentro de seu ciclo de vida e de suas relações. Uma vez instalada a “droga dependência”, a “recuperação” será privilegiada se houver uma abordagem familiar desenvolvida por equipe interdisciplinar com o usuário e sua família.

As funções profissionais dos assistentes sociais na questão da dependência química, seja na prevenção ou tratamento, devem levar em consideração os determinantes socioculturais. Considerando diferentes patamares de entendimento a partir de indicadores como classe, relação familiar, redes de sociabilidade, mais ou menos agregadoras, religiosidade, trabalho entre outros componentes. Se a meta é contribuir com alternativas de enfrentamento aos efeitos nocivos das drogas, cabe aos assistentes sociais partir de um conceito que seja, o menos possível, dotado de conteúdo moralizador e estigmatizante. Dessa forma, é necessário valorizar alguns aspectos como: tipo de droga, frequência do uso, condições de acesso, situações sociais, políticas econômicas e culturais a que está submetido o usuário de drogas. Sem análise destes aspectos, qualquer proposta pedagógica de enfrentamento ao problema, é uma reprodução de práticas antigas e discriminatórias.

Com este entendimento é possível pensar que é fundamental a função educativa desempenhada pelos assistentes sociais na prevenção ao uso/abuso de drogas nos diferentes espaços ocupacionais. Tendo em vista a capacidade de escuta das falas, do estímulo a pessoas, famílias e sujeitos a enfrentarem suas dificuldades transformando-as em gerentes de sua própria condição de vida e na capacidade dos assistentes sociais na construção de projetos coletivos, reconhecendo interesses, necessidades, estabelecendo canais de entendimento com

outros sujeitos, fundamentados em múltiplos referenciais teóricos e diálogo entre experiências e referenciais.

A atuação do assistente social deve ser compartilhada com o combate ao tráfico, com formação profissional, promoção do trabalho e ações articuladas com a intersetorialidade.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. *et al.* Estudo multicêntrico de moralidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Revista ABP-APAL**, v. 14, n. 3, p. 93-104, 1992.
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução 101 de 30 de maio de 2001.
- BASAGLIA, F. (1981). Corpo e istituzione (considerazioni antropologiche e psicopatologiche. in: tema **di psichiatria istituzionale**). In: BASAGLIA, F. O. (Org.). Basaglia Scritti. Turim, Einaudi.
- BASTO, F. I. **Ruina e Reconstrução: AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA, 1996.
- BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KYELLSTROM, T. **Epidemiologia básica**. Washington: Organización Panamericana de 1ª salud, 1994. 186p.
- BELFIORE – WANDERLEY, M. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez. N. 55, 1997. p. 74-83.
- BORDIN, R. S. **Percepção do processo saúde doença nos planos individual e grupal**. Comunidade Divina Providência. Porto Alegre, RS: Rev. AMRIGS, 1988: n. 32, p. 283-287.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **Projeto – AJUDE – Brasil: Avaliação Epidemiológica dos Usuários de Drogas Injetáveis dos Projetos de Redução de Danos (PRD) apoiados pela CN-DST/AIDS**. Brasília, 2001.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **Redução de danos e programas de troca de seringas**. Disponível em: <[www/aids.gov.br/drogas/seringas/doc03.htm](http://www/aids.gov.br/drogas/seringas/doc03.htm)>. Acesso em: 20 jun 2000.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **Redução de danos e programas de troca de seringas**. Disponível em: <[www/aids.gov.br/drogas/seringas/doc03.htm](http://www/aids.gov.br/drogas/seringas/doc03.htm)>. Acesso em: 20 jun 2000.
- BRAVO, M. I. **Serviço Social e Reforma Sanitária Lutas Sociais e práticas profissionais**. Ed. UFRJ, São Paulo, 1996.
- BUCHER, R. **Drogas e sociedade nos tempos da AIDS**. Brasília: UnB, 1996.
- \_\_\_\_\_, (org) **Prevenção ao uso indevido de drogas**. Programa de educação continuada. Extensão universitária. Brasília: CEAD/ CORATO. UNB, 1989. V1e2.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARLINI-COTRIM, B. Movimentos e discursos contra as drogas nas sociedades ocidentais contemporâneas. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria**, n. 17, v. 3, p. 99-101, 1995.

\_\_\_\_\_, *et al.* **Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil**.

CARLINI, E.A. et. al. Revisão. Perfil do uso da cocaína no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pesquisa**, v.44, n.6. p.287-303, 1995.

CARLINI, E. A.; CARLINI-COTRIM, B.; SILVA-FILHO, A. R.; BARBOSSA, M. T. S. **II Levantamento nacional sobre o uso de psicotrópicos entre estudantes de 1º e 2º Graus** – 1989 Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas – Cebrid – Departamento de Psicologia da Escola Paulista de Medicina, 1990.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS – CEBRID III. **Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras**. 1993.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez Editora, 1991. p.79.

COHEN, B. J. F. In: **Sociologia geral**. Tradução: Joaquim O. Pires da Silva. Denise Gros Müller. Revisão técnica: Mário Riedl. São Paulo. McGraw-Hill do Brasil. 1980.p.7-75.

DEMO, P. **Conhecimento Moderno**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1997. p.103-104.

DOMANICO, A. **Controlando a Maluquez a redução de danos no contexto do uso de cocaína injetável**. São Paulo. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Área de Concentração: Psicologia Social. São Paulo, 2001.

ECA. Estatuto da Criança e do Adolescente, lei n.8069/90. Brasília, 1990.

FALEIROS, V. P. **A Política Social do Estado Capitalista**: as funções da previdência social e assistência social. São Paulo: Cortez, 1982.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 18ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GALDUROZ, J. C. F. et. al. **III levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras**. São Paulo: Centro Brasileiro de informação sobre drogas psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 1994.

GALDUROZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. repressão às drogas no Brasil: a ponta do “iceberg”? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 43, n. 7, p. 367-371, 1994.



GALDUROZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. **IV Levantamento Sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras – 1997**. Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas – Cebrid – Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, 1997.

LABURTHE-TOLRA, P. e WARNIER, J. **Etnologia e antropologia**. Petrópolis. Vozes. 1993.

LUZ, A. A. **Educação e prevenção ao abuso de drogas: limites e possibilidades**. Tese de doutorado em educação. Faculdade de Educação da universidade de São Paulo, USP, 2000.

MARTINELLI, M. L. O Serviço Social na transição para o próximo milênio: desafios e perspectivas. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 57 p.51-57, 1998.

MINAYO, M. C. S. (org) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **E tem gente que diz que o cigarro não é droga**. Folder, 2000;

MUNHÓZ, D. E. N.. **O Desafio do cotidiano: o enfrentamento da contradição**. São Paulo, 1996. tese (Doutorado em Serviço Social) Pontifícia Universidade de São Paulo, 1996.

NOTO, A. R.; GALDUROZ, J. C. F.; CARLINI, E. A. Maconha: uma avaliação da situação brasileira através de quatro parâmetros epidemiológicos. **Revista ABP-APAL**, v.17.

NOTO, A. R.; CARLINI, E. A.. Internações hospitalares provocadas por drogas: análise de sete anos consecutivos (1987 – 1993). **Revista ABP-APAL**, v.17, nº3, p.107-114, 1995.

NOWLIS, H. **A verdade sobre as drogas**. Rio de Janeiro: IBICC-UERJ,1975 87p.

OLIVEIRA, J. L. G. **Exclusão Social: questões conceituais e doutrinárias**. In: O Social em Questão. Rio de Janeiro: PUC, Departamento de Serviço Social, 1997. p.17-30.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da Cid – 10**. Porto Alegre: Artes médicas, 1993. 351p.

PAES, P. C. D. **Tá Legal: Construindo uma política pública de redução de danos no estado de Mato Grosso do Sul, fronteira com a Bolívia**. Campo Grande- MS: GASS, 2002.

PARKER, R. **Políticas, Instituições e AIDS: enfrentamentos a Epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA, 1997.

PEREIRA, C.. **O porquê do uso das drogas?** Programa de formação em prevenção. Subsídios teóricos. CONEN – Pr, Curitiba, 1998.

REALIE, D. **O caminho da redução de danos associado ao uso de drogas: do estigma à solidariedade**. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Medicina Preventiva, São Paulo, 1997.

Revista DROGAS. “Por que as pessoas usam drogas?” Número 01. São Paulo: Escala, [s/d].

REVISTA Serviço Social e Sociedade. N. 3. **Exclusão Social e Situações de Risco**. Ed. Denise Bomtempo Birche de Carvalho. Brasília, Julho a Dezembro de 1998.

REVISTA Serviço Social e Sociedade, n. 70, Art. Cartografia de violências. Edson Passetti. Ed. Cortez, São Paulo, Julho 2002.

SAMPAIO, D. **Indisciplina: um signo geracional?** Lisboa: PT, 1997.

SANTOS, J. L.. **Drogas: psicologia e crime**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1997.

SEIDL, E. M. F. (org) **Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida**. Brasília: CEAD/UNB; SENAD/SEI/PR, 1999, v. 2.

SERRAT, S. M. (org). **Drogas e Álcool Prevenção e Tratamento**. Campinas: Ed. Komedi, 2001. 384p.

SILVA-FILHO, A. R.; CARLINI-COTRIM, B.; CARLINI, E. A. **Uso de psicotrópicos por meninos de rua**. Comparação entre dados coletados em 1987 e 1989. *Abuso de drogas entre meninos e meninas de rua do Brasil*. São Paulo, 1990.

TIBA, I – **Anjos caídos: como prevenir e eliminar as drogas na vida do adolescente**. São Paulo: Gente, 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa educativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLA, V. V.. “Sobre a participação popular”. **Cadernos de Saúde Pública**. V.14 suplemento 2, p.7-8, 1998.

VARGAS, S. O. et. al. **Por uma sociedade sem drogas**. Editora da UEL. Universidade Estadual de Londrina, 1997.

VASCONCELOS, E. M. (org) et. al. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo, Cortez, 2000.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular e a atenção à Saúde da Família. / Eymard Mourão Vasconcelos; com a participação de Eduardo Mourão Vasconcelos... [et al.] 2. Ed. – São Paulo : Hucitec, Sobral: Uva, 2001. – (Saúde em Debate; 130).

VELHO, G; ALVITO, M. (org), **Cidadania e Violência**. Rio de Janeiro, Ed. UFRJ: Ed FGV, 1996.

ZAGURY, T. **O adolescente por ele mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1996.

**ANEXOS**

**ANEXO 1**

**QUESTIONÁRIO APLICADO AOS SUJEITOS DA PESQUISA**

## QUESTIONÁRIO APLICADO AOS SUJEITOS DA PESQUISA

Prezado (a) Colega Assistente Social

No meu processo de Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas, na UEPG-PR (Universidade Estadual de Ponta Grossa), pretendo dedicar-me ao estudo do desafio da prática profissional realizada por assistentes sociais que no seu cotidiano atuam, de alguma forma, com usuário de drogas.

A viabilização desse estudo, no entanto, depende basicamente de sua ajuda, fornecendo-me, o mais pormenorizadamente possível, as informações que ora lhe solicito e que poderei vir a solicitar-lhe, como complementação, em outras oportunidades.

Assumo o compromisso de transcrever as entrevistas, submetendo esta transcrição a sua revisão, de forma a possibilitar maior vinculação de ideias bem como possibilitar uma retroalimentação.

Terei prazer em dar conhecimento, ao (à) Colega e a grupos interessados, do produto final do meu trabalho.

Voltarei, caso se façam necessárias novas informações.

Obrigada

Reni Aparecida Eidam

01/11/01

### **Observação:**

- Não precisa assinar
- Meu telefone para esclarecer quaisquer dúvidas:

3224-3241 e/ou 3225-2654

## QUESTIONÁRIO

### PARTE “A” – IDENTIFICAÇÃO

#### A.1 – Sobre a INSTITUIÇÃO

a) Natureza  Pública

Privada

b) Clientela: \_\_\_\_\_

c) Que tipo de serviço que oferece: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### A.2 – Sobre o ASSISTENTE SOCIAL

d) Tempo de formado: \_\_\_\_\_ meses

\_\_\_\_\_ ano (s)

e) Tempo de serviço como A.S. na Instituição: \_\_\_\_\_ meses

\_\_\_\_\_ ano (s)

f) Marque com **X** as características abaixo que lhe correspondem:

- Aperfeiçoamento ou Especialização em Serviço Social - concluído ( )  
em curso ( )

Em que?

- Mestrado em Serviço Social – concluído ( )  
em curso ( )

- Doutorado em Serviço Social – concluído ( )  
em curso ( )

- Aperfeiçoamento ou Espec. em outra(s) área(s) - concluído ( )  
em curso ( )

Qual? Quais?

- Mestrado em outra(s) área(s) - concluído ( )  
em curso ( )
- Doutorado em outra(s) área(s) – concluído ( )  
em curso ( )

Qual? Quais?

## **PARTE “B” – QUESTIONÁRIO SOBRE A PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL PROPRIAMENTE DITO**

- **O QUE IMPORTA É O QUE VOCÊ EFETIVAMENTE FAZ E PENSA.**

1. O que é droga para você?
2. Qual a sua concepção sobre o usuário de droga?
3. Que ações você desenvolve no seu dia a dia como Assistente Social na Instituição em que trabalha?
4. Que outros tipos de profissionais trabalham na sua área (equipe mais imediato) na Instituição, além do Assistente Social?
5. Como é a relação dos Assistentes Sociais com os outros profissionais?
6. O que os usuários e suas famílias consideram ser de responsabilidade da Instituição onde estão envolvidos?
7. Qual a expectativa que o usuário de droga e sua família tem com o Serviço Social?
8. Quais as dificuldade encontradas para realizar o que o usuário, ou sua família, espera do Assistente Social?

9. O que a Instituição onde você trabalha espera de você como Assistente Social?
10. Quando os outros profissionais da Instituição precisam identificar o trabalho do Assistente Social, que ações e que características eles atribuem a esse trabalho?
11. No seu entender, que objetivos você poderia procurar atingir no seu trabalho, e qual o papel do Assistente Social?
12. Quais e como as disciplinas do curso de Serviço Social contribuíram/contribuem no seu trabalho?
13. Que influências as leituras de modo geral tem tido sobre seu trabalho?



**ANEXO 2**

**LEI DOS TÓXICOS**

**LEI DE TÓXICOS (Nº6.368 de 21 de outubro de 1976)**

Esta lei dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependências física ou psíquica, e da outras providências:

**CAPITULO I – *Da prevenção***

Art. 1º É dever de toda pessoa física ou jurídica colaborar na prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias e entorpecentes ou que determine dependência física ou psíquica.

Parágrafo único. As pessoas jurídicas que, quando solicitadas, não prestarem colaboração nos planos governamentais de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica perderão, a juízo do órgão ou do poder competente, auxílios ou subvenções que venham recebendo da União, dos Estados, do Distrito Federal, Territórios e Municípios, bem como de suas autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações.

(...)

Art. 3º As atividades de prevenção, fiscalização e repressão ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica serão integradas num Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão, constituído pelo conjunto de órgãos que exerçam essas atribuições nos âmbitos federal, estadual e municipal.

(...)

Art. 4º Os dirigentes de estabelecimentos de ensino ou hospitalares, ou de entidades sociais, culturais recreativas, esportivas ou beneficentes, adotarão, de comum acordo e sob a

orientação do tráfico ilícito e do uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, nos recintos ou imediações de suas atividades.

Parágrafo único. A não observância do disposto neste artigo implicará na responsabilidade penal e administrativa dos referidos dirigentes.

Art. 5º Nos programas dos cursos de formação de professores serão incluídos ensinamentos referentes a substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica a fim de que possam ser transmitidos com observância dos seus princípios científicos.

Parágrafo único. Dos programas das disciplinas da área de ciências naturais, integrantes dos currículos dos cursos de 1º grau, constarão obrigatoriamente pontos que tenham por objetivo o esclarecimento sobre a natureza e efeitos das substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. (BRASIL. Ministério da Justiça, 1988, p.1-3).

**ANEXO 3**

**CLASSIFICAÇÃO E EFEITOS DAS DROGAS NO ORGANISMO**

## CLASSIFICAÇÃO E EFEITOS DAS DROGAS NO ORGANISMO

Segundo a OMS, que detém o conceito de referência universal, droga é “toda e qualquer substância que, em contato com o organismo humano, modifica uma ou mais de suas funções”. Pode significar medicamento ou remédio, em geral receitado pelo médico e comercializado nas farmácias. Nesse caso, droga pode ser entendida como qualquer substância que modifica o funcionamento dos organismos vivos, produzindo alterações fisiológicas que, por sua vez, resultam em mudanças das funções do corpo ou do comportamento. Há vários exemplos desse tipo de drogas, algumas conhecidas e de ampla utilização, como a aspirina e os antibióticos, entre outras. Essas drogas são, portanto, de uso medicinal.

As drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre o cérebro, modificando o seu funcionamento, podendo provocar alterações no humor, nas percepções, no comportamento e nos estados da consciência ou da mente. Essas alterações, no entanto, dependem de vários fatores, dentre os quais o tipo de substância que é consumida.

As drogas psicotrópicas às quais nos referimos são as bebidas alcoólicas, os tranqüilizantes ou benzodiazepínicos, os inalantes ou solventes, a maconha, a cocaína, o crack, os barbitúricos, a heroína, os moderadores de apetite ou anfetaminas, o tabaco e a cafeína. Podemos mencionar ainda LSD ou ácido lisérgico, o ecstasy e os alucinógenos de origem vegetal, como alguns cogumelos. Certas drogas são produtos naturais, porque são oriundas de plantas, estando disponíveis na natureza, como os cogumelos, consumidos na forma de chá. Outras drogas, também extraídas de plantas, como a maconha, a cocaína, o tabaco e o álcool são processadas para serem consumidas. Algumas delas são produzidas em escala industrial, como as bebidas alcoólicas e o cigarro. Essas drogas pertencem ao grupo das semi-sintéticas, pois são obtidas a partir de modificações químicas de substâncias naturais.

Mencionamos, também, as drogas sintéticas, que são aquelas produzidas artificialmente em laboratório, podendo ser citados o LSD e o ecstasy. Na categoria de droga sintética, incluem-se, ainda, os calmantes e os barbitúricos ou remédios para dormir, fabricados pela indústria farmacêutica com finalidade médica. Eventualmente, essas substâncias são usadas de modo indevido com a modificação da dosagem ou a ingestão associada ao álcool e a outras drogas, causando mudanças significativas em seus efeitos.

Uma outra forma de estabelecer distinção entre as drogas é classificá-las quanto à maneira como elas são tratadas diante da lei. Algumas são lícitas, ou seja, não há nenhuma proibição na legislação quanto a sua produção, ao seu uso e à sua comercialização. São drogas legais, em geral, social e culturalmente aceitas, e seu uso é até mesmo estimulado em muitas comunidades. Embora o consumo de algumas dessas drogas venha sofrendo restrições, elas não são criminalizadas.

Muito se fala em droga na atualidade. No nível do senso comum, droga é tida como algo ruim, de pouco valor, enfadonho, desagradável. O termo “droga” é usado de forma pejorativa para designar aquelas substâncias que provocam dependência física ou psíquica, para designar somente as drogas ilegais. Na farmacologia, droga é o sal ativo de todo e qualquer medicamento. Pode significar medicamento ou remédio, em geral receitado pelo médico e comercializado em drogarias. Neste caso, droga pode ser entendida como qualquer substância que modifica o funcionamento do organismo, produzindo **alterações fisiológicas**<sup>3</sup> que, por sua vez, resultam em mudanças das **funções do corpo**.<sup>3</sup>

A diferença que se faz entre droga e medicamento é que este é ministrado em determinadas doses por um profissional médico levando em conta o quadro da doença, a idade

---

<sup>3</sup> - *Alterações Fisiológicas: Modificações que ocorrem nas funções orgânicas e nos processos essenciais à vida, como a respiração, a circulação, a digestão entre outras.*

<sup>4</sup> *Funções do corpo: Ações naturais do corpo humano, como o funcionamento do sistema nervoso, digestivo, circulatório entre outros.*

e o peso do indivíduo, com o objetivo de abolir a doença, enquanto as drogas são substâncias que o indivíduo procura para obter um bem-estar físico e mental.

As conotações etimológicas, segundo WEBSTER, citado por LUZ, (2000, p.5) a palavra “DRUG, (fr.drogues, uma droga, substância; esp., port.e it. Droga, do dinam.drog, seco, qualquer substância seca, como as ervas). 1) qualquer substância usada como remédio ou na preparação de remédios ou misturas químicas; algumas drogas são venenosas; 2) antigamente, qualquer substância usada em tinturas; 3) um narcótico, especialmente o que causa dependência.”

As drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre o cérebro, modificando o seu funcionamento, podendo provocar alterações no humor, nas percepções, no comportamento e nos **estados da consciência**<sup>54</sup> ou da mente.

Essas alterações, no entanto, dependem de vários fatores, dentre os quais o tipo de substância que é consumida, o que destacaremos posteriormente.

Muitas drogas são alcalóides, consumidas tal como são encontradas nos vegetais em que naturalmente existem. Outras são manipuladas quimicamente e modificadas para o consumo, chamadas substâncias sintéticas. As drogas psicoativas são capazes de modificar o funcionamento dos SNC (Sistema Nervoso Central) e, conseqüentemente, alterar as emoções e o comportamento.

A característica essencial da dependência de substância é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância ou mais, apesar dos problemas significativos

---

<sup>4</sup> 5 *Estados da consciência: Estados da mente que permitem ao indivíduo não só perceber-se a si mesmo, como também perceber aquilo que o cercas doses e nas características bio-psico-sociais do consumidor. relacionados a ela.*

Qualquer substância que altere o estado de consciência pode funcionar como droga; porém, na dependência, deve-se analisar a atitude do usuário ante essa substância, pois é verdade que só fica dependente quem consome, mas também é verdade de que nem todos os consumidores são dependentes. Muitas substâncias têm efeitos diferentes sobre o sistema nervoso central, embasados

Determinadas drogas psicoativas podem levar alguns indivíduos a estabelecerem com elas uma relação tão intensa, que sem usá-las, eles não conseguem obter prazer de viver. Um dos conceitos mais próximos a esta noção é o de dependência. A dependência é o resultado de um desejo sem medida.

Os efeitos das drogas no organismo podem ser agrupados em: efeitos agudos e efeitos crônicos. Os efeitos agudos – são sintomas de curta duração, que ocorrem durante o uso da substância. Os efeitos crônicos - são sintomas de longa duração, que ocorrem depois do uso da substância, geralmente após uso prolongado. Os efeitos das drogas também podem ser separados em: efeitos somáticos – sintomas que se manifestam no organismo; efeitos psíquicos – sintomas que se manifestam na mente.

Os usuários de drogas procuram geralmente os efeitos psíquicos agudos, por causarem prazer. Os efeitos prazerosos nem sempre acontecem e, mesmo quando ocorrem, não vêm sozinhos, pois as drogas produzem uma série de efeitos colaterais indesejáveis, embora nem sempre o usuário tenha noção desses efeitos negativos.

O álcool é parte integrante da história humana há muitos séculos. O álcool etílico consumido sob a forma de bebidas, é um produto obtido através da **fermentação**<sup>5</sup> de **açúcares ou carboidratos**<sup>6</sup> presentes em vegetais, como a cana de açúcar, a uva e a cevada. De modo geral, todos os povos tiveram ou têm alguma experiência com o seu consumo, pois

---

<sup>5</sup> *Fermentação: Processo de degradação parcial de carboidratos em que pode ser formado álcool.*

<sup>6</sup> *Açúcares ou carboidratos: Substâncias orgânicas compostas por relação de carbono, oxigênio e hidrogênio, requeridas para alimentação dos seres vivos, geralmente acumulados nos vegetais*



suas propriedades são conhecidas desde os tempos pré-históricos. É consumido, sobretudo, em função de sua ação euforizante desinibidora.

A fermentação produz bebidas, dentre as quais a cerveja e o vinho, com concentração de álcool de até 10%, que é a proporção do volume de álcool puro no volume total da bebida. Concentrações maiores podem ser obtidas por meio do processo de **destilação**,<sup>7</sup> sendo exemplos a vodka, a cachaça e o uísque. Há uma relação entre os efeitos do álcool e os seus níveis no sangue. Esses efeitos variam não só em função do tipo de bebida utilizada, da rapidez com que é consumida, mas também da situação alimentar da pessoa, ou seja, se ela se alimentou ou não antes da ingestão da bebida alcoólica.

Quando os níveis de álcool no sangue são baixos, é possível observar um comportamento desinibido com diminuição da auto-crítica e oscilação entre o riso e o choro. Podem surgir, ainda, reações como descoordenação motora e

prejuízo das funções dos sentidos, como a visão e a audição. À medida que aumenta o nível de álcool no sangue, podemos observar um comprometimento da coordenação motora, um sintoma denominado ataxia, que se caracteriza pela dificuldade de locomoção e pela lentidão nas respostas dos reflexos, podendo surgir aumento da sonolência e prejuízo das capacidades de raciocínio e de concentração.

Com níveis mais elevados de álcool no sangue, é comum o usuário ter reações como náuseas e vômitos, visão dupla, acentuação da ataxia e da sonolência, podendo chegar até o coma. Outros efeitos, como queda de temperatura corporal (hipotermia) e morte por parada respiratória, também podem ocorrer quando a dose ingerida é elevada.

O uso constante do álcool pode levar o organismo à tolerância, ou seja, ao longo do tempo, o indivíduo necessita de doses cada vez maiores para alcançar os mesmos efeitos obtidos anteriormente. Já a síndrome de abstinência pode ocorrer em diversos graus, sendo

---

<sup>7</sup> Destilação: Processo utilizado para aumentar o conteúdo de álcool em determinadas bebidas, baseada no fato de que esta substância evapora-se mais facilmente que a água.

caracterizada por tremores, irritabilidade, insônia, transpiração excessiva, aumento dos batimentos cardíacos ou taquicardia e hipertensão. Existe, ainda, o risco de convulsões e, nas manifestações mais graves, quadros de agitação, confusão mental e alucinação visual e auditiva, o chamado “*delirium tremens*”.

O consumo continuado e persistente de álcool, ao longo do tempo, possibilita o surgimento de doenças do estômago (gastrite), do fígado (cirrose), do pâncreas e do coração, além de distúrbios neurológicos e alterações das células do sangue.

Embora existindo em alguns países a liberação de alguns tipos de drogas, e, por conseguinte uma postura comum entre eles, em relação à liberação do uso das drogas, assim também, o Brasil sofre com as consequências da liberação do álcool e do tabaco: os impostos arrecadados não cobrem as despesas na área da saúde, nem as consequências alarmantes causadas por pessoas dependentes do álcool.

Considerada droga, a nicotina, presente nos cigarros, causa dependência, excitação e relaxamento nos fumantes, agindo no sistema nervoso central. Inalada, a fumaça conduz ao cérebro 5 (cinco) mil elementos, entre eles o monóxido de carbono, amônia, e o alcatrão, que é composto por substâncias cancerígenas como o níquel, cádmio e o chumbo.

Há ainda na composição do cigarro, acetona, amônia, terebintina, formol e fósforo P4/P6- que é utilizado como veneno para ratos. CARLINI nos apresenta “[...] a preocupação da sociedade em relação às drogas ilícitas, revela ser um grande equívoco, uma vez que o consumo de drogas legais (álcool, tabaco e medicamentos) supera de longe aquele de drogas ilegais”. Santos (1997), enfatiza a importância das drogas lícitas para a economia dos países, revelando que os interesses econômicos são fortes indutores das tendências sociais. “Se faz ou se deixa de fazer coisas em função dela” (CARLINI apud SANTOS, 1997. p71).

Alguns indivíduos que abusam do álcool não percebem alterações em sua saúde, mas são surpreendidos por doenças no fígado ou em outros órgãos, nas avaliações médicas.

Outros indivíduos passam do uso ocasional para o uso freqüente de substâncias psicoativas, podendo desenvolver quadros de dependência. Essa progressão nem sempre é percebida pelo indivíduo, como é o caso dos fumantes que não se consideram dependentes do cigarro.

A questão do envolvimento de pessoas com álcool e outras drogas vai além da simples busca dos efeitos dessas substâncias. Dentre as causas para o uso de drogas, podemos considerar:

- A disponibilidade dessas substâncias;
- a imagem ou as ideias que as pessoas fazem a respeito das drogas;
- as características de personalidade do consumidor;
- o uso de substâncias por parte de familiares ou amigos.

Os problemas relacionados ao consumo excessivo de álcool, tabaco e outras drogas são questões que atingem toda a sociedade. Portanto, não podem ser vistos simplesmente no âmbito da saúde como um “problema médico,” no âmbito da justiça como um “crime” ou no religioso como um “pecado”.

De forma clássica, as drogas foram classificadas como euforizantes, fantásticas, inebriantes, hipnóticas excitantes, alucinógenas estimulantes, frias e quentes.

Já com as definições de Deniker (1988), segue uma adaptação à classificação da drogas psicoativas:

- **Psicolépticas ou Depressoras da Atividade do SNC**
  - causam diminuição da atividade global ou de certos sistemas específicos do SNC.
- **Psicoanalépticas ou Estimulantes da Atividade do SNC**
  - capazes de aumentar a atividade de determinados sistemas neuronais.
- **Psicodislépticas ou Perturbadoras da Atividade do SNC**

– provocam alterações no funcionamento cerebral, resultando em vários fenômenos psíquicos anormais, dentre os quais se destacam os delírios e as alucinações.

Cada substância apresenta sua especificação, ação farmacológica e gera efeitos no indivíduo, podendo promover problemas pelo uso, bem como pela abstinência.

As informações a seguir resultam de vários autores e pesquisas no Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais (DSM – IV).

### **ÁLCOOL ETÍLICO**

– Produto de fermentação de carboidratos presentes em vegetais. Suas propriedades euforizantes e intoxicantes são conhecidas desde os tempos pré-históricos. Considerada droga lícita e aceita pela sociedade.

Via de administração – oral;

Efeitos gerais – desinibição do comportamento, diminuição da crítica, hilaridade, incoordenação motora, fala pastosa, dificuldade da marcha, reflexos lentificados, aumento da sonolência, prejuízo da capacidade de raciocínio e concentração, náuseas, como hipotermia, parada cardíaca etc.

Reações ante abstinência

– tremores, alucinações visuais e auditivas, alucinações, insônia, crises convulsivas;

### **BENZODIAZEPÍNICOS**

– Começaram a ser usados na medicina durante os anos 60. São substâncias conhecidas como calmantes, tranquilizantes ou ansiolíticos. Embora tenham efeitos semelhantes aos dos barbitúricos, os benzodiazepínicos garantem uma margem de segurança maior, porque a dose é prescrita no tratamento médico e está abaixo da **dose tóxica**<sup>8</sup> e letal.

---

<sup>8</sup> *Doses tóxica: Quantidade de uma droga que produz efeitos prejudiciais.*

Atualmente são utilizados em tratamento de alcoolismo, pois as consequências da ação dos benzodiazepínicos são a diminuição da ansiedade, sonolência e o relaxamento muscular. Podem ainda dificultar o processo da aprendizagem e da memorização. Os benzodiazepínicos são responsáveis pelas alterações das **funções motoras**<sup>9</sup>, e os mais comuns são: Diazepan, Lorazepan, Bromazepan, Midazolam, Flunitrazepan e o Clonazepan.

É preciso uma quantidade elevada da substância para uma reação tóxica, mas pode ocorrer **intoxicação**<sup>10</sup> se houver uso conjunto com outras drogas depressoras do sistema nervoso central, principalmente álcool ou barbitúricos. Existem centenas de compostos disponíveis para o uso clínico, que diferem uns dos outros somente em relação à velocidade de início dos efeitos e à duração total de sua ação. Alguns são usados clinicamente como indutores do sono, enquanto outros são empregados no controle da ansiedade ou de convulsões.

Assim como os barbitúricos, os benzodiazepínicos podem causar tolerância e síndrome de abstinência.

## **BARBITÚRICOS**

– Grupo de substâncias sintetizadas, produzidas em laboratório desde o começo do século XX. No início, foram usados exclusivamente como tratamento para insônia. Atualmente, têm uso clínico como anestésias, anticonvulsivantes e para certas epilepsias. Ex. Gardenal, Comital, Tonopan.

Via de admissão - oral, intravenosa e intramuscular.

---

<sup>9</sup> *Funções Motoras: Ações responsáveis pelo controle dos movimentos do corpo.*

<sup>10</sup> *Intoxicação: Efeito agudo de uma droga. Também pode significar envenenamento.*

Efeitos gerais – diminuição da capacidade de raciocínio e concentração, sensação de calma, relaxamento e sonolência, reflexos lentificados, fala pastosa, dificuldade de marcha, incoordenação motora, variações entre euforia, agressividade e depressão, comportamento social desinibido. Com doses muito elevadas ou tóxicas começam a surgir sinais de descoordenação motora e aumento acentuado da sonolência, levando o usuário ao coma ou mesmo à morte, por parada respiratória. A tolerância ocorre principalmente quando o usuário utiliza doses altas desde o início.

A síndrome de abstinência ocorre quando o consumo é interrompido, podendo ocasionar insônia, irritação e até convulsões. Os barbitúricos e os benzodiazepínicos são drogas produzidas em laboratório com finalidade medicinal, mas podem trazer sérios prejuízos ao usuário e à sociedade quando consumidos abusivamente ou indevidamente.

Reação ante abstinência – Insônia, irritabilidade, agressividade, ansiedade, convulsões, anorexia, tremores, hipertermia, náuseas e vômitos, fraquezas, cólicas;

## **OPIÁCEOS**

– Grupo que inclui as drogas naturais como as derivadas da papoula do oriente (*Papaver Somniferum*). Tem uso clínico como antitussígeno, antiespasmódico, antidiarréico, e analgésico potente. Ex. Pó de ópio (elixir paregórico), codeína (belacodid, pambenyl, setux, tylex), morfina, heroína, dolantina e efedrina (descongestionante nasal)

Via de administração – oral, parenteral e inalação, intravenosa, e intramuscular

Efeitos gerais – Analgesia, inibição do reflexo da tosse, contração pupilar, efeito sedativo, prejuízo da capacidade de concentração, torpor e sonolência, respiração lentificada e superficial, podendo levar a parada respiratória, perda da consciência e morte, alterações da temperatura corpórea, náuseas e vômitos.

Reação ante abstinência – O uso abusivo dos opóides pode causar tolerância, provocar sinais de sintomas físicos de abstinência, como diarreia, cólicas intestinais, lacrimejamento, corrimento nasal, ansiedade, irritabilidade, sudorese, bocejos, espirros, distúrbios do sono, náuseas, vômitos;

### **SOLVENTES OU INALANTES**

– São substâncias depressoras, usadas por via nasal, que não possuem utilização clínica. Ex. lança-perfume, cola de sapateiro, benzina, esmalte, cheirinho da loló. Têm uso clínico apenas o éter etílico, e clorofórmio, que foram empregados como anestésicos.

Via de administração – oral;

Efeitos gerais – Euforia, com diminuição da inibição de comportamento, confusão mental, desorientação, alucinações auditivas e visuais, incoordenação ocular e motora. Devemos observar que, em doses elevadas, podem ocorrer inconsciência, convulsões, coma e morte.

Reação ante abstinência – Sem reações características;

### **COCAÍNA**

– Culturalmente, a folha da coca é mascarada por nativos da América Central e América do Sul. Das folhas da planta da coca, *Erythroxylon Coca*, extrai-se a cocaína. Também é conhecida como pó, neve, brizola, branquinha, bright ou pico. Pode ser consumida na forma de um sal, base, ou ainda pasta de cocaína, ou sob a forma da base que é fumada, ou seja o crack. O crack é a cocaína fumada na forma de base livre, facilmente obtido por simples processo de aquecimento do Cloridato de Cocaína, água e um agente de caráter básico, que geralmente é o Bicarbonato de Sódio. A cocaína base, muito pouco solúvel em água, extraída desta mistura, solidifica-se em temperatura ambiente, formando as “pedras”. Estas são

aquecidas e fumadas em cachimbos, confeccionados manualmente. Com doses maiores ocorrem efeitos como irritabilidade, agressividade e até delírios e alucinações que caracterizam um

**Estado Psicótico**<sup>11</sup>, conhecido como psicose cocaínica. Pode ocorrer também aumento de temperatura, convulsões, dilatação da pupila chamada de midríase, elevação da pressão arterial e taquicardia, uma das possíveis causas de morte por super dosagem ou “overdose”. O uso desta substância tem sido associado a acidentes vasculares cerebrais (AVC) e infarto em indivíduos considerados jovens para a ocorrência dessas doenças.

Efeitos gerais – Sensação intensa de euforia e poder, estado de excitação, hiperatividade, insônia, falta de apetite, perda da sensação de cansaço, aumento da frequência cardíaca e pressão arterial, agressividade, delírios, alucinações, convulsões.

Reações ante abstinência – Desejo intenso de consumir a droga (*craving*), depressão, apatia, fadiga, sonolência, aumento de apetite, pesadelos;

## **ANFETAMINAS**

– São substâncias sintéticas produzidas em laboratório e comercializadas como medicamentos. Conhecidas como bolinhas, rebite, ice e bola.

Em 1895, um japonês (Nagai), extraiu a Efedrina (derivada do ópio) de uma planta asiática, que foi purificada em 1923. Em 1931, Alles fez a síntese da Benzedrina, que tem uso clínico, para moderadores de apetite, por Ex. Inibex, Hipofagin, Moderine, Pervintin.

Via de administração – oral e intravenosa.

Efeitos gerais – Diminuição do sono e apetite, fala acelerada, dilatação da pupila, taquicardia, elevação da pressão arterial, irritabilidade, agressividade.

---

<sup>11</sup> *Estado Psicótico: Estado de perturbação mental grave, com alterações do modo pelo qual o indivíduo percebe o mundo a sua volta.*



Reações ante abstinência – Falta de energia, desânimo, perda da motivação, insônia, cólicas intestinais, bulimia;

### **LSD**

– Dietilamida do Ácido Lisérgico, derivado de um fungo (*Claviceps Purpúrea*), que é sintetizado desde os anos 40. Sua apresentação é na forma de pequenos comprimidos ou pedacinhos de papel embebidos na substância.

Via de administração – oral;

Efeitos gerais – Distorções perceptivas (cores, formas e contornos alterados), fusões de sentidos (achar que sons adquirem forma e cor), perda da discriminação de tempo e espaço, alucinações visuais e auditivas, depressão, delírios grandiosos (achar que pode voar), ansiedade, angústia e até pânico. Podem proporcionar tanto boas como más “viagens”<sup>12</sup>; outro efeito psíquico da ação da LSD sobre o cérebro são os falsos juízos de realidade.

O delirante não é capaz de fazer avaliações corretas a seu respeito, sendo comuns os delírios de grandiosidade quando o usuário julga-se com capacidades ou forças extraordinárias, e os delírios persecutórios, quando ocorre sensação de perseguição.

Reações ante abstinência – Não existem reações características;

### **MACONHA**

– Nome dado no Brasil à *Cannabis Sativa*, planta originária da Ásia Central. A resina retirada da planta feminina origina o Haxixe. A *Cannabis* é conhecida há milhares de anos.

Via de administração - fumada;

Efeitos gerais – Sensação de bem estar, relaxamento, prejuízos à memória, dificuldade de atenção, olhos avermelhados, diminuição na secreção salivar, aumento de apetite (larica), perturbação na noção de tempo e espaço, taquicardia.

---

<sup>12</sup> “Viagens”: Efeitos de alucinógenos sobre o estado mental do usuário que se manifestam como se a pessoa fosse transportada numa viagem. As sensações podem ser agradáveis, desagradáveis e até assustadoras.

Reações ante abstinência – irritabilidade, ansiedade, anorexia, insônia, calafrios, sonhos intensos (pesadelos).

**ANEXO 4**

**GÍRIAS PRATICADAS PELOS USUÁRIOS DE DROGAS**

- **GÍRIAS PRATICADAS PELOS USUÁRIOS DE DROGAS**

- **Abelhinha**

Zumbido nos ouvidos provocados pelo uso de voláteis;

- **Agente de viagem**

Fornecedor de LSD;

- **Bad trip**

Experiência desagradável; literalmente, “viagem” ruim;

- **Bagulho**

Expressão que pode servir para designar qualquer droga, em especial a maconha;

- **Bamba**

Denominação para cigarro de maconha;

- **Baque**

Ingestão de droga via endovenosa;

- **Barato total**

Curtir ao máximo uma “viagem” com a droga;

- **Barril**

Comprimido de cor marrom (uma das apresentações do LSD);

- **Baseado**

Cigarro de maconha;

- **Bazuca**

Baseado no qual é acrescentada cocaína com sulfato;

- **Beata**

Cigarro pequeno de maconha;

- **Bicudo**

Estar sob o efeito de droga, geralmente relacionado à cocaína;

- **Birra**

Como é denominada a maconha no norte do Brasil;

- **Boca de Fumo**

Local onde se vendem drogas;

- **Bode**

Estado de cansaço gerado por drogas;

- **Bolar**

Preparar um cigarro de maconha;

- **Bomba**

Cigarro de maconha bem grosso;

- **Bonequinha**

Comprimido de LSD em forma de bala;

- **Branca**

Cocaína;

- **Brilho**

Cocaína;

- **Brizola**

Cocaína;

- **Brown sugar**

Heroína de cor amarronzada;

- **Cabeça de Nego**

Porção de maconha tida como de boa qualidade;

- **Capeta**

Mistura de bebida alcoólica com produtos afrodisíacos;

**- Careta**

Designação dada ao não-usuário de drogas. Também pode ser uma denominação para o cigarro comum;

**- Carinha**

Pequena porção de droga, geralmente fornecida gratuitamente;

**- Carreira**

Equivalente à porção de cocaína que vai ser cheirada;

**- Cartucho**

Chá de lírio, uma droga alucinógena. Pode também significar um pequeno embrulho contendo porção de maconha suficiente para confecção de três ou quatro baseados;

**- Chapado**

Sob o efeito de drogas

**- Cemitério**

Utensílio destinado a guardar pertences de drogas em geral. Normalmente, produto artesanal que compreende a união de seis a nove caixas de fósforos, dispostas lado a lado;

**- Cemitério de pontas**

Caixinha ou recipiente usado para guardar as pontas que sobram dos cigarros de maconha;

**- Chira**

Como é conhecida a maconha na Tunísia;

**- Chocolate**

Designação para o haxixe, quando em forma de tabletes;

**- Chronic**

Fumante de maconha (gíria americana);

**- Controlador de voo**

Pessoa que, “de cara limpa”, assiste à experiência de outra com alucinógenos e pode eventualmente intervir, para evitar ao usuário alguma situação de perigo;

**- Co-piloto**

Pessoa que toma um alucinógeno juntamente com outra; companheiro de “viagem”;

**- Cristina**

Outra designação de cocaína;

**- Cunhado do Pedro**

Usuário de crack;

**- Da lata**

Maconha vinda do exterior acondicionada em latas, encontrada no litoral brasileiro;

**- Dagga**

Como é conhecida a maconha em algumas regiões do Continente Africano;

**- Dançou**

Foi flagrado ingerindo a droga;

**- Dar pala**

Deixar que alguém perceba que fez uso de algum tipo de droga;

**- Dar um tapa**

Dar uma tragada;

**- Dichavar o fumo**

Soltar a maconha compactada em tijolos ou seus pedaços e separar as partes que lhe dão gosto ruim;

**- Doce ou Docinho**

Denominação para o ácido lisérgico;

**- Empinar**

Fumar um baseado;

**- Farinha**

Cocaína;

**- Fininho**

Cigarro bem fino de maconha, também chamado de finote;

**- Firma**

O ponto comercial do traficante;

**- Fralda**

Papel usado para enrolar maconha;

**- Ganja**

Nome que os jamaicanos dão para a maconha;

**- Guimba**

Ponta de cigarro de maconha;

**- Larica**

Fome acentuada após o uso de maconha;

**- Lombada**

Fazer uso de droga através das veias;

**- Maricas**

Espécie de cachimbos artesanais usados para inalar crack ou fumar maconha;

**- Maricota**

Osso, palito, arame e outros objetos usados para inalar crack ou fumar maconha;

**- Marofa**

Fumaça da maconha;



**- Matar a lara**

Matar a fome causada pela maconha;

**- Mistura Fina**

Mistura de bebidas alcoólicas com comprimidos psicotrópicos;

**- Mocosar ou Muquiar**

Esconder;

**- Moto**

Dependente de morfina;

**- Narigada**

Cheirar cocaína;

**- Nóia**

Mal-estar ou certo desespero causado pelo fim dos efeitos da droga no organismo.

Termo também usado para denominar o indivíduo que sofre desses males;

**- Pacau**

Porção de maconha pronta para ser comercializada;

**- Palha**

Maconha de má qualidade;

**- Papelote**

Porção de Cocaína (expressão oriunda do Rio de Janeiro);

**- Paranga**

Porção de maconha;

**- Pedra**

Equivalente a crack

**- Pelota**

Designação para haxixe;

**- Peteca**

Porção de cocaína, geralmente envolta em papel alumínio ou em plástico;

**- Picada**

Injeção endovenosa de droga;

**- Pichicata**

O mesmo que papelote;

**- Pifão**

Bebedeira;

**- Pilador**

Socador para pressionar a maconha, já enrolada, dentro da seda;

**- Pitada**

Porção de cocaína para ser aspirada;

**- Plis**

Pequena porção de cocaína;

**- Poeira**

Mais uma variação para cocaína. Significa também restos de maconha;

**- Ponta**

Parte final da maconha não fumada;

**- Queimar um**

Fumar maconha;

**- Rachar**

Dividir a quantia destinada à compra de droga ou dividir a própria droga;

**- Rama**

Forma pela qual pode se apresentar a maconha

**- Rocha Miranda**

Equivalente ao crack de boa qualidade;

**- Role**

Volta;

**- Saia Branca**

Chá de lírio;

**- Sopa de Pedra**

Pedras de crack para serem consumidas;

**- Sujeira**

Situação perigosa;

**- Sussu**

Sossego;

**- Tiro**

Carreira de cocaína;

**- Trombeteira**

Mais uma denominação para o chá de lírio;

**- Trouxinha**

Embalagem na qual se acondiciona cocaína ou maconha para vender;

**- Tuim**

“Barato”, ou seja, estar sob o efeito de droga, geralmente relacionado ao uso de voláteis, em virtude do ruído (zunido) que causam nos ouvidos.

## **ANEXO 5**

### **ALGUNS CONCEITOS BÁSICOS E DEFINIÇÕES DE TERMINOLOGIAS E EXPRESSÕES UTILIZADAS NOS ESTUDOS E ENVOLVIMENTOS COM USUÁRIOS DE DROGAS**

## **ALGUNS CONCEITOS BÁSICOS E DEFINIÇÕES DE TERMINOLOGIAS E EXPRESSÕES UTILIZADAS NOS ESTUDOS E ENVOLVIMENTOS COM USUÁRIOS DE DROGAS**

### **ABSINTO**

Um licor tóxico, esverdeado, feito de conhaque, losna-maior e outras ervas.

### **ADULTERAÇÃO**

Refere-se à adição de outras substâncias às drogas, para aumentar seu volume e o lucro da venda. As drogas comercializadas ilegalmente escapam de qualquer controle médico e industrial. A cocaína e a heroína vendidas nas ruas, por exemplo, não são puras: encontram-se misturadas, quase sempre, com grandes porções de açúcar, quinino, farinha e até produtos danosos, como pó de mármore, entre outros.

### **ALCALÓIDES**

Substâncias existentes em plantas, que se caracterizam por possuírem nitrogênio em suas moléculas; por serem dotadas de enérgica ação na mente e no corpo humanos; por possuírem sabor amargo e por serem venenosas em altas doses.

### **ALUCINAÇÃO**

Perturbação mental que se caracteriza pelo aparecimento de sensações (visuais, auditivas etc) atribuída a causas objetivas que, na realidade, não existem: visão fantástica, sensação sem objeto. Impressão ou noção falsa, sem fundamento na realidade; devaneio, delírio, engano, ilusão.

### **ALUCINÓGENO**

Substância que provoca alucinações,

**ANALGÉSICOS**

Substâncias que diminuem a percepção da dor.

**ANESTÉSICO**

Droga que causa perda de sensibilidade, às vezes acompanhada de perda de consciência.

**ANTABUSE**

O mesmo que antiabuso. É uma reação fisiológica desagradável induzida pela associação de álcool com alguns medicamentos, que causa aversão a bebidas alcoólicas.

**ANTAGONISTAS DE OPIÁCEOS**

Substâncias que anulam o efeito dos opiáceos.

**ANTIDEPRESSIVOS**

Classe de drogas usadas terapeuticamente para aliviar a depressão e melhorar a disposição em pessoas que estão psicologicamente deprimidas.

**ARRITMIA CARDÍACA**

Ritmo irregular dos batimentos do coração, induzido por disfunções fisiológicas ou patológicas. Em sua forma extrema, ela é sinônimo de ataque cardíaco.

**BALESTINQUE**

Tubo metálico usado para ocultar porção de droga no ânus ou na vagina.

**BINGE**

É o consumo de doses altas e repetidas de substâncias psicoativas, em geral estimulantes (como cocaína e anfetamina), para manutenção do estado de euforia causado por tais substâncias.

**CANABISMO**

Intoxicação crônica pelo uso de preparações, geralmente fumadas, à base de *cannabis*.

## **CIBERDEPENDÊNCIA**

Dependência à utilização abusiva ou mesmo compulsiva de um meio informático, seja para se comunicar, seja para escapar da realidade.

## **COCAETILENO**

Substância psicoativa obtida pela mistura de cocaína e de álcool. Ela apresenta uma atividade e uma toxicidade próximas da do cloridrato de cocaína, com uma meia-vida prolongada. Sua permanência no organismo aumenta o risco de acidentes neurológicos, danos hepáticos e até morte.

## **CO-DEPENDÊNCIA**

Doença emocional que foi diagnosticada nos Estados Unidos por volta faz décadas de 70 e 80, em uma clínica para dependentes químicos, através do atendimento a seus familiares. Os co-dependentes são aqueles que vivem em função do(s) outro(s), fazendo deste(s) a razão de sua felicidade e bem-estar. São pessoas que têm baixa auto-estima e intenso sentimento de culpa.

## **CONFERÊNCIA DE HAIA DE 1912**

Conferência internacional em que se reuniu a maioria das nações do mundo e firmou acordos para restringir a produção e o comércio de opiáceos apenas às quantidades necessárias ao uso terapêutico.

## **CRASH**

É a diminuição da euforia durante um episódio de consumo de doses altas e repetidas de estimulantes, com aumento de ansiedade, fadiga, irritabilidade e depressão. Depois, o desejo de tranquilidade e de escapar da disforia conduz quase sempre ao consumo de tranquilizantes, opiáceos ou álcool.

**CRAVING (fissura)**

Fenômeno de natureza subjetiva que corresponde à experiência da necessidade de obtenção dos efeitos de uma substância psicoativa.

**DEALER, AVIÃO**

Revendedor da droga em contato direto com os consumidores, seja na rua, seja se deslocando à casa dos usuários, e freqüentemente ele mesmo um consumidor. O avião utiliza este meio a fim de obter o produto com mais facilidade ou de conseguir dinheiro para financiar sua dependência. Não deve ser confundido com o traficante, o verdadeiro dono, atacadista da droga, que, em geral, jamais entra em contato direto com os consumidores, nem utiliza droga.

**DEPRESSÃO**

Estado emocional caracterizado por sentimentos de desespero, abatimento e ansiedade, acompanhados de diminuição da atividade física e mental.

**DESCONDICIONAMENTO**

Conjunto de práticas terapêuticas cujo objetivo é libertar a pessoa de qualquer comportamento indesejável.

**DESINTOXICAÇÃO**

Método de recuperação de dependentes de drogas baseado na interrupção do uso dessas substâncias, algumas vezes auxiliada pela administração provisória de outras drogas.

**DIABOLIZAÇÃO DAS DROGAS**

Maneira de conceber as drogas dando-lhes características diabólicas (de diabo). Assim, o produto – a droga – é confundido com seus efeitos, como se o mal, a destruição, a dependência, estivessem presentes na substância. Nesse caso, deslocam-se para as drogas as consequências que o uso abusivo pode acarretar.



**DISFORIA**

Estado de apatia e tristeza, a principal característica da depressão; o contrário de euforia.

**DMT**

Sigla que corresponde à dimetiltryptamina, substância semelhante ao LSD.

**DOM**

O mesmo que STP.

**DOPING**

Utilização de substâncias estimulantes ou anabolizantes no sentido de melhorar artificialmente o rendimento físico.

**DOSE LETAL**

Quantidade de uma droga que leva à morte.

**DOSE TÓXICA**

Quantidade de uma droga que produz efeitos prejudiciais.

**DROGAS DE SÍNTESE OU DESIGN-DRUGS**

Diversas drogas especificamente concebidas por seus efeitos intermediários estimulantes das anfetaminas e os psicosislépticos do LSD. Tais drogas, cujo protótipo é o ecstasy, são essencialmente utilizadas com fim “recreativo”, não impedindo que a maioria delas tenha alta toxicidade.

**ENDOMORFINAS**

Substâncias produzidas em nosso organismo pela glândula pituitária. Possuem configuração química semelhante a dos opiáceos e se encaixam em receptores existentes nos neurônios com a função de regular respostas ao stress, à dor e a muitos outros fatores internos ou externos que afetam o bem-estar individual.

**EPILEPSIA**

Qualquer um dos vários distúrbios caracterizados por anormalidade dos ritmos elétricos do sistema nervoso central; tem como manifestação típica ataques convulsivos.

**ESCALADA**

Teoria de inspiração proibicionista, segundo a qual um uso intenso de maconha produz uma inclinação ao recurso de outros tipos de drogas pesadas, suscetíveis de induzir a uma dependência física. Tal teoria se popularizou rapidamente, embora sem nenhuma comprovação científica. Historicamente se baseou num relatório, feito nos EUA em 1975, referindo que 26% dos usuários de maconha viriam a se tornar dependentes de heroína.

**ESCOPOLAMINA**

Droga possuidora de propriedades alucinógenas suaves. Já foi usada pela polícia para a obtenção de confissões; por isso é chamada de “soro da verdade”

**ESQUIZOFRENIA**

Psicose crônica com sintomas de paranóia, ilusões e alucinações.

**ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE**

Uma das formas de esquizofrenia, caracterizada pelas alucinações e pelos delírios de perseguição.

**ESTIMULANTES**

Drogas que acelerem a atividade física e mental.

**EUFORIA**

Estado mental caracterizado pelo aumento da alegria e da disposição.

**FANTASTICUM**

Nome dado por alguns cientistas aos alucinógenos.

**FARMACOLOGIA**

Estudo das drogas e seus princípios, aspectos, composições químicas, ações e usos.

**FENCICLIDINA**

O mesmo que PCP, ou, na gíria, pó-de-anjo. Droga ilícita usada por seus efeitos estimulantes, depressivos e/ou alucinógenos.

**FÉRULA**

Planta que contém o alucinógeno DMT.

**FLASHBAC**

Reaparecimento repentino das sensações e percepções experimentadas sob influência de uma substância alucinógena, podendo ocorrer também com derivados canábicos (maconha ou haxixe), sem que se tenha feito uso da droga novamente.

**HIPERESTESIA**

Sensibilidade excessiva e dolorosa.

**HIPERFAGIA**

Aumento anormal do apetite ou ingestão excessiva de alimentos, geralmente associada à lesão do hipotálamo.

**HIPERTENSÃO**

Pressão sanguínea elevada a um nível anormal.

**HIPNOSEDATIVO**

Substâncias produtoras de relaxamento, diminuição da ansiedade e do sono.

**INDIVIDUAÇÃO**

Processo de amadurecimento em que a pessoa adquire o senso da própria identidade e a capacidade de fazer livres escolhas.

**INTOXICAÇÃO**

Efeito agudo de uma droga. Também pode significar envenenamento.

**KINDLING**

Resposta comportamental e eletrofisiológica exagerada a estímulos elétricos de baixa densidade repetidos no cérebro.

**MARIJUANA**

Designação para maconha nas Américas Central e do Norte.

**METADONA**

Espécie de medicamentos de substituição usado no tratamento de dependentes de heroína para diminuir as reações desagradáveis provocadas pela síndrome de abstinência.

**MIMOSA**

Planta que contém o alucinógeno DMT.

**NARCÓTICO**

Qualquer tipo de substância amortecedora dos sentidos que, quando absorvida em grande quantidade, produz euforia, letargia, estupor, coma, etc., e que também é usada em medicina com diversas finalidades, como aliviar a dor ou induzir o sono. Qualquer substância que provoque um efeito apaziguador ou entorpecedor.

**NARGUILÊ (NARGUILHÊ)**

Espécie de cachimbo muito usado por hindus, persas e turcos, constituído de um forninho, um tubo longo e um pequeno recipiente contendo água perfumada ou bebida alcoólica, pelo qual passa a fumaça, para ser resfriada antes de chegar à boca. Utensílios apropriado para fumar as bolas ou placas de haxixe. Normalmente são dotados de mais de um bocal, para permitir o uso coletivo da droga.

**NEUROLÉPTICO**

Nome genérico dado às substâncias antipsicóticas.

**OLOLIUQUI**

Nome que os Astecas davam à fusão feita com uma planta semelhante à videira, com virtudes alucinógenas.

**OVERDOSE**

Dose de droga superior a que o organismo está acostumado ou pode suportar.

**PARANÓIA**

Estado mental caracterizado por sentimentos de desconfiança e medo irracional.

**PEIOTE**

Cacto nativo da América Central que contém mescalina, uma substância alucinógena usada por índios americanos em rituais.

**PIPTADÊNIA**

Planta que contém substâncias alucinógenas.

**POLITOXICOMANIAS**

Terminologia francesa, exprimindo significado semelhante ao uso de múltiplas drogas, pressupondo-se a existência de dependência a pelo menos uma das drogas consumidas.

**POLIUSUÁRIO**

Pessoa que utiliza combinação de várias drogas simultaneamente, ou dentro de um curto período de tempo, ainda que tenha predileção por determinada droga.

**POTENCIAL DE DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS**

É a propensão de uma substância gerar estado de dependência como consequência de seus efeitos fisiológicos ou psicológicos. O potencial de dependência é determinado pelas propriedades farmacológicas intrínsecas das substâncias, que podem ser avaliadas em animais e em seres humanos, através de procedimentos laboratoriais.

**PSICODÉLICAS**

Drogas que produzem alucinações e têm poder de alterar os processos mentais.

**PSICOMIMÉTICO**

Nome dado a qualquer substância capaz de provocar reações psicóticas.

**PSICOSE**

Distúrbio comportamental caracterizado pela perda de contato com a realidade percebida normalmente e por sintomas de ilusões, alucinações e colapsos de caráter emocional e cognitivo.

**PSICOTRÓPICOS**

Drogas capazes de alterar a percepção e/ ou o comportamento.

**PSILOCIBINA**

Droga semelhante ao LSD e que no organismo humano, é convertida em psilocina.

**PSILOCINA**

Alucinógeno semelhante ao LSD.

**PSILOCYBE MEXICANA**

Cogumelo que cresce no México e nos EUA e que contém psilocibina.

**REFORÇO POSITIVO**

Qualquer evento ou estímulo que aumente a probabilidade de repetição futura do comportamento desencadeado.

**REINSTALAÇÃO**

É o retorno a um nível preexistente de uso e de dependência de substância psicoativa em um indivíduo após período de abstinência.

**RUSH**

É o efeito agradável imediato e intenso, com desaparecimento da ansiedade, bem como sentimentos exagerados de competência e amor-próprio, que se segue ao consumo de uma substância psicoativa, como cocaína, heroína, morfina ou propoxifeno.

**SENSIBILIZAÇÃO**

Condição de aumento progressivo da resposta à droga, de forma que menor quantidade de droga torna-se necessária para se obter a resposta pretendida.

**SÍNDROME MOTIVACIONAL**

Conjunto de manifestações psíquicas, descrito pela primeira vez por Moreau de Tours em 1845, caracterizado por um desinvestimento existencial, às vezes descrito no usuário de derivados da cannabis.

**SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA**

Conjunto de problemas orgânicos enfrentados por um toxicômano em estado de dependência física, quando privado de sua droga ou de medicamento do qual faça uso abusivo.

**SINERGISMO**

É a soma ou potencialização dos efeitos de certas drogas semelhantes ou antagônicas como, por exemplo, a ingestão de barbitúrico com álcool etílico.

**SINESTESIA**

Alteração dos sentidos. Sob influência do LSD, a pessoa “vê” sons, “cheira” cores etc.

**SINSEMILLA (SEM SEMENTE)**

Tipo de maconha com níveis muito elevados de THC, o ingrediente psicoativo da planta.

**SOCIOPATIA**

Estado patológico em que uma pessoa se torna inapta ao relacionamento humano normal e se aliena da realidade.

**SOPORÍFERO**

Substância que causa sono.

**TOLERÂNCIA**

Fenômeno caracterizado por uma diminuição dos efeitos sobre o organismo de uma dose fixa de substância química à medida que se repete sua administração, fazendo com que o indivíduo consuma doses maiores para obter o mesmo efeito.

**TOXICOMANIA**

Terminologia francesa para dependência de drogas

**TREINAMENTO DE AFIRMAÇÃO**

Tipo de terapia do comportamento que procura mudar padrões emocionais e outros comportamentos, inclusive o abuso de drogas, ensinando o paciente a recusar a droga.

**TREINAMENTO DE BIOFEEDBACK**

Programa de treinamento elaborado para desenvolver a capacidade do indivíduo de controlar o sistema nervoso autônomo, ou involuntário, possibilitando-lhe relaxar e até mesmo expandir a consciência e o autoconhecimento.

**USO ARRISCADO**

É um padrão de uso de substância psicoativa que aumenta o risco de consequências prejudiciais para o usuário. Refere-se a padrões de uso significativos para a saúde pública, apesar da ausência momentânea de qualquer transtorno ao atual usuário.

**USO PESADO OU DISFUNCIONAL**

Trata-se de intensidade e da forma como a droga é consumida e não do seu potencial de causar danos ao indivíduo. O uso pesado oferece sérios prejuízos para a pessoa e para a sociedade, mesmo quando se trata de drogas lícitas como o álcool, por exemplo.

**USO EXPERIMENTAL**

É o uso de substâncias psicoativas em geral restrito a poucos episódios, normalmente de uma droga específica.



**USO LEVE**

Trata-se de intensidade e da forma como a droga é consumida e não do seu potencial. O uso leve não oferece sérios prejuízos para a pessoa e para a sociedade, mesmo quando se trata de drogas ilícitas como a cocaína, por exemplo.

**USO RECREATIVO**

É o uso de uma substância psicoativa, em geral ilícito, em circunstâncias sociais ou relaxante, sem dependência ou outro transtorno.

**USO SOCIAL**

É o uso de substâncias psicoativas em companhia de outras pessoas, frequentemente feito de forma imprecisa como indicação de um padrão de beber não problemático.