MÓDULO 3

Tratamento



CAPÍTULO 13

Princípios gerais de tratamento[2]

Adaptação

Lisia von Diemen

A dependência de substâncias psicoativas é uma doença crônica caracterizada por recaídas. Tendo isso em vista, em geral um único tratamento por curto prazo não é suficiente. Além da abstinência, o objetivo do tratamento deve ser que o indivíduo retorne a um funcionamento produtivo no âmbito familiar, de trabalho e na comunidade.

Para a maioria dos pacientes, o tratamento é um processo em longo prazo que envolve múltiplas intervenções e monitoramento regular. Existe uma variedade grande de tratamentos disponíveis, e o tipo específico ou a combinação de tratamentos irá variar dependendo das necessidades individuais do paciente, do tipo de droga e da gravidade da dependência. Além disso, esse grupo de pacientes apresenta outros problemas, como de saúde, mental, ocupacional, familiar, social e legal que devem ser abordados de forma concomitante.

Os melhores programas para dependência de substâncias psicotrópicas oferecem uma combinação de terapias e de outros serviços para se adequar às necessidades individuais dos pacientes. Fatores relacionados à idade, ao gênero, à orientação sexual, à gravidez, a comorbidades clínicas (por exemplo, HIV) ou psiquiátricas, à história de abuso físico ou sexual, entre outros, podem requerer abordagens específicas.

Um aspecto importante é que a recaída no tratamento da dependência de substâncias psicotrópicas é não somente possível como provável, com taxas de recaídas comparáveis a várias outras doenças crônicas com componentes biológicos e comportamentais, como hipertensão e diabetes. Mesmo assim, quando

[2] Texto adaptado de: National Institute on Drug Abuse. Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide (Second Edition), 2009. Disponível em: http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATIndex.html. Acessado em 10/08/2011

ocorre uma recaída, muitos encaram como um fracasso no tratamento. O tratamento requer uma contínua avaliação e modificações quando apropriado, como no tratamento de outras doenças crônicas. Um lapso ou uma recaída não significa fracasso, mas, sim, que algo precisa ser ajustado no tratamento.

A grande maioria dos indivíduos com dependência química acredita, ou acreditou em algum momento, que podem parar o uso de substâncias por eles mesmos, sem tratamento. Apesar de alguns efetivamente conseguirem, a maior parte resulta em tentativas frustradas. Os princípios a seguir são adaptados de um material produzido pelo National Institute of Drug Abuse (NIDA), o qual utilizou como base resultados das últimas décadas de pesquisa no tratamento de problemas com substâncias psicoativas.

1. **Dependência é uma doença tratável que afeta tanto a função cerebral quanto o comportamento do indivíduo.** As substâncias de abuso alteram o funcionamento e a estrutura do cérebro, resultando em alterações que persistem por longo tempo após o uso cessar. Esse fato pode nos ajudar a entender por que acontecem recaídas mesmo após muito tempo de abstinência.
2. **Nenhum tratamento é apropriado para todos.** O ambiente de tratamento, o tipo de intervenção e os tipos de serviços necessários devem ser individualizados de acordo com os problemas apresentados por cada paciente. Isso aumentará a chance de recuperação e retorno a um bom funcionamento familiar, no trabalho e na sociedade.
3. **O tratamento deve ser prontamente acessível.** Tendo em vista que a dúvida sobre se tratar ou não é comum, ter o tratamento disponível no momento em que o usuário decide procurar ajuda é muito importante. Se não tiver acesso ao tratamento naquele momento, é possível que desista e só volte a procurar muito tempo depois. Como qualquer doença crônica, quanto antes for tratada, maior a chance de sucesso.
4. **Os tratamentos efetivos atendem às múltiplas necessidades do indivíduo, não somente o uso de substâncias.** Para ser efetivo, o tratamento precisa enfocar também os problemas médicos, psicológicos, sociais, vocacionais e legais do paciente. Os tratamentos devem ser apropriados à idade, ao gênero e à cultura do indivíduo.
5. **Permanecer em tratamento por um período adequado é fundamental.** O tempo apropriado irá depender da gravidade dos problemas apresentados pelo usuário. A maioria das pesquisas indica que são necessários ao menos 3 meses em tratamento para que se consiga reduzir ou parar o uso de drogas e que quanto mais tempo em tratamento, maior a chance de sucesso. Como qualquer doença crônica, ocorrem recaídas e o tratamento precisa ser ajustado. Como os indivíduos tendem a abandonar precocemente os tratamentos, os programas devem incluir estratégias para engajar e manter os pacientes em tratamento.
6. **Terapias individuais e em grupos são os tipos de tratamento mais comumente usados para tratar problemas com substâncias.** As terapias comportamentais variam e podem incluir motivação do paciente, incentivos para a abstinência, habilidades para resistir às drogas, estimular atividades pra-

zerosas não associadas ao uso de substâncias, melhorar as relações interpessoais, entre outras. Além disso, a participação em grupos de autoajuda durante e após o tratamento pode ajudar a manter a abstinência.

7. **Medicações são um elemento importante do tratamento para muitos pacientes, especialmente quando combinado a outros tratamentos.** Para algumas substâncias como álcool, nicotina e opioides, há medicações que comprovadamente auxiliam no tratamento da dependência.
8. **O plano de tratamento e serviços individual deve ser revisto continuamente e modificado se necessário, de acordo com as mudanças de necessidades dos pacientes.** Um paciente requer uma variedade de combinações de serviços e componentes de tratamentos durante o curso do tratamento e recuperação. Além da terapia individual ou em grupo, o paciente pode necessitar de medicações, serviços médicos, terapia de família, reabilitação vocacional, serviços sociais, auxílio legal, entre outros. As necessidades vão mudando ao longo do tempo e precisam ser reavaliadas continuamente.
9. **Muitos indivíduos com problemas com substâncias têm também outro transtorno mental.** Todos os pacientes com problemas com substâncias devem ser avaliados para a presença de outro transtorno mental pela alta frequência com que isso ocorre. Quando detectado, as duas patologias devem ser tratadas, incluindo o uso de medicações.
10. **A desintoxicação é somente o primeiro estágio do tratamento e por si só tem pouco impacto a longo prazo.** A desintoxicação sozinha raramente é suficiente para ajudar a atingir a abstinência a longo prazo. Portanto, os pacientes devem ser encorajados a continuar o tratamento após a desintoxicação.
11. **Tratamento não necessita ser voluntário para ser efetivo.** O tratamento involuntário através da justiça, da família ou do trabalho pode fazer com que o paciente entre no tratamento, aumente a adesão e levar ao sucesso o tratamento.
12. **O uso de substâncias deve ser monitorado durante o tratamento.** Saber que o uso de drogas está sendo monitorado pode ajudar o paciente a se manter abstinente. Além disso, permite a detecção e intervenção precoce do problema, caso o paciente tenha um lapso ou recaída.
13. **Os programas de tratamentos devem avaliar a presença de HIV, AIDS, hepatites B e C, tuberculose e outras doenças infecciosas, além de intervenções para reduzir comportamentos de risco.** Todos os pacientes devem ser avaliados para essas patologias infecciosas, orientados sobre como diminuir comportamentos de risco e encaminhados para tratamento adequado quando estiverem infectados.

Referências

1. National Institute on Drug Abuse. Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide (Second Edition), 2009. Available in: http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATIndex.html. Acessado em 10/08/2011

CAPÍTULO 14

Abordagem, avaliação, comorbidades e encaminhamento para tratamento

Autores
Anne Orgler Sordi e
Fernanda Kreische

Avaliação

Na atenção primária à saúde, o profissional se depara com um número muito grande de pacientes que vêm procurar o atendimento pelos mais variados motivos. Em virtude da grande demanda de consultas que geralmente devem ser realizadas em um curto espaço de tempo, a tendência é dar mais atenção para a queixa principal do paciente, deixando muitas vezes de diagnosticar outras comorbidades que podem ser importantes para a sua saúde. Mas como se investiga o abuso de drogas ou a dependência química?

Anamnese:

Para realizarmos uma boa anamnese, é importante sabermos o que estamos tentando investigar.

É fundamental sabermos também que esses critérios diagnósticos são arbitrários e que o fato de o paciente não fechar todos os critérios para um transtorno psiquiátrico não significa que o uso da substância não esteja trazendo prejuízo para sua saúde.

A primeira informação importante de se saber é que não existe um padrão-ouro para o diagnóstico de abuso de substâncias. A avaliação depende, principalmente, de uma anamnese delicada, eventualmente de exames laboratoriais e de características no exame físico que podem sugerir uma patologia deste tipo.

Muitos pacientes sentem vergonha da maneira como consomem substâncias químicas, ou, frequentemente, não percebem que fazem este uso de maneira prejudicial para a saúde. Portanto, a entrevista deve ter um caráter investigativo, em vez de esperar que essas informações partam do paciente de maneira espontânea.

É recomendado que todos os pacientes sejam avaliados para abuso de substâncias químicas na primeira avaliação a partir dos 10 anos de idade, o que não significa que não possamos avaliar pacientes ainda mais jovens, visto que na nossa sociedade não é surpreendente encontrarmos crianças mais novas consumindo drogas. A partir desta idade, é recomendável que eles sejam reavaliados anualmente em relação ao consumo de substâncias psicoativas.

Uma técnica interessante é nunca começar a entrevista por este assunto, procurando primeiro conhecer o paciente, perguntar sobre seu trabalho, relacionamento familiar, outras comorbidades clínicas ou psiquiátricas, sobre sua alimentação, hábitos e ir aos poucos tentando entender se ele faz consumo de álcool, tabaco ou outro tipo de droga. No momento em que identificamos que ele faça consumo de alguma dessas substâncias é que podemos investigar melhor como é esse consumo.

A vinheta a seguir nos dá um exemplo de como pode ser conduzido o diálogo nesta avaliação inicial:

Profissional: *Conte-me um pouco sobre seus hábitos diários.*

Paciente: *Eu geralmente acordo pela manhã, tomo café da manhã, vou para o trabalho, volto para casa e depois vou dormir.*

Profissional: *E em que momento você faz as refeições?*

Paciente: *Tomo café logo depois que acordo, almoço no bar na frente do local onde eu trabalho e o jantar varia conforme o dia.*

Profissional: *E o que você costuma beber no almoço e no jantar?*

Paciente: *No almoço, bebo refrigerante, no jantar bebo normalmente cerveja.*

Profissional: *Tem algum outro tipo de bebida alcoólica que você gosta?*

Paciente: *Ah sim, adoro tomar um uísque, mas como também, é claro, acabo bebendo uma cachacinha.*

Neste momento já obtemos a informação de que o paciente faz uso de bebidas alcoólicas. Agora é importante investigarmos como é esse consumo.

Profissional: *Você toma a cerveja no almoço também?*

Paciente: *Às vezes sim, mas não dá pra tomar muito porque se meu chefe nota pode dar problema.*

Profissional: *Já aconteceu isso?*

Paciente: *Já. Uma vez, bebi 3 garrafas de cerveja no almoço e ele ficou irritado porque eu estava meio desligado no trabalho.*

Profissional: *E no jantar, como você gosta de beber?*

Paciente: *Em geral, bebo uma garrafa de cerveja na hora do jantar e depois mais uma até a hora de dormir.*

Profissional: *E você falou sobre a cachaça também.*

Paciente: *É, tomo um copinho quando chego em casa, pra relaxar.*

A partir dessas informações, já podemos perceber que o paciente tem um consumo abusivo de álcool. Assim, é importante detalhar melhor como é esse consumo. Tópicos importantes de serem abordados são:

1. Data de início do uso
2. Doses e frequência do consumo
3. Velocidade ou tempo de consumo para cada dose
4. Efeitos e suas durações
5. Data do último consumo
6. Sintomas de abstinência
7. Apetite, sono e outros sintomas
8. Uso pela manhã para aliviar sintomas de abstinência
9. Períodos de abstinência voluntários (“ressaca”)
10. Tolerância
11. Fissura ou compulsão
12. Culpa pelo consumo
13. Dificuldade de controle após a primeira dose
14. Dificuldade de recusar o uso
15. Locais e companhia para o consumo
16. Principais situações que precipitam o consumo
17. Horários de consumo
18. Consequências: físicas, patológicas, sociais, familiares, legais
19. Comportamentos de risco: violência, sexualidade, acidentes
20. Pensamento suicida
21. Mudança de valores/mentiras
22. Motivação para parar ou reduzir o consumo da substância
23. Juízo crítico em relação ao consumo da substância.

Exceto em situações de emergência, perguntas do tipo sim/não devem ser evitadas. Se você perguntar ao paciente se ele bebe todos os dias, a tendência é que ele responda “não”, e o assunto fica encerrado. Por outro lado, se você perguntar quantas garrafas de cerveja ele bebe por dia, ele poderá responder, por exemplo, “não bebo uma garrafa, bebo meia”. Perguntas mais abertas geralmente nos trazem mais informações. Deixe as perguntas fechadas para o momento final da avaliação, para obter as informações que não puderam ser abordadas ao longo da consulta e após o paciente já ter adquirido mais confiança no profissional. O mesmo vale quando se tenta abordar os problemas relacionados ao consumo de outras drogas.

Abordar essas questões pode provocar um sentimento de culpa e desvalia no paciente. É fundamental manter um tom compreensivo e empático ao longo de toda a avaliação, e evitar que o paciente se sinta julgado pelo profissional.

Identificando-se um consumo patológico da substância, podemos caracterizar o tipo de consumo, se é um abuso ou uma dependência. Perguntas que ajudam neste diagnóstico são:

Se você bebesse essa quantidade de cerveja quando era mais novo, qual seria a consequência? (tolerância) Me conte como você resolve o desconforto que ocorre quando você sente vontade de beber? Em que momento que isso ocorre? (abstinência)

Além disso, devemos investigar qual é a preocupação do paciente em relação ao consumo da substância, se ele já pensou em reduzir ou parar o consumo, se ele percebe o prejuízo que este comportamento vem causando, se ele tem conhecimento dos problemas clínicos decorrentes deste hábito.

Muitas vezes, não conseguimos obter todas as informações desejadas em apenas uma consulta. De qualquer maneira, mesmo sem concluir a avaliação, é importante darmos um retorno para o paciente sobre o que observamos e apontar questões mais relevantes em relação ao que ele nos contou. Ensinar o paciente sobre os problemas clínicos decorrentes deste consumo pode ter um impacto importante no desejo de iniciar um tratamento.

Exame Clínico

O exame clínico é um complemento à anamnese no que se refere ao diagnóstico de dependência química. Alguns sinais e sintomas que podem ser percebidos por profissionais não especializados na área e que podem gerar suspeita deste diagnóstico são:

- cheiro de cigarro ou hálito alcoólico
- lentidão ou aceleração da fala e do pensamento
- irritabilidade
- agitação psicomotora
- manchas nas unhas ou na ponta dos dedos
- evidência de punção com agulha em veias dos membros superiores
- tremor de extremidades.

Comorbidades

Comorbidade pode ser definida como a ocorrência de duas entidades diagnósticas em um mesmo indivíduo. Sabe-se que o abuso de substâncias psicoativa é o transtorno coexistente mais frequente entre portadores de transtornos mentais, sendo fundamental diagnosticarmos corretamente as demais patologias

envolvidas. Existe a hipótese de que o uso da substância possa funcionar como uma espécie de automedicação para um transtorno já existente, por isso a necessidade tão importante de se tratar adequadamente transtornos subjacentes. Os sintomas psiquiátricos de uma doença concomitante com o abuso de substâncias podem alterar a sintomatologia encontrada nesses pacientes, interferindo muitas vezes no diagnóstico, no tratamento e no prognóstico dos transtornos.

Os transtornos mais comuns presentes em usuários de substâncias químicas são:
■ transtornos de humor
■ transtornos de ansiedade
■ transtornos de conduta
■ déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)

A prevalência de comorbidades nos pacientes com transtorno do uso de substâncias psicoativas (TUS) varia bastante conforme a população estudada. De qualquer maneira, os estudos mostram que a prevalência de outros transtornos mentais em pacientes com TUS pode chegar a 50% dos casos. Além disso, transtornos de personalidade também não são incomuns de serem encontrados nesta população. Um estudo mostrou que o abuso de uma ou mais substâncias foi relatado por 76% de pacientes com transtorno da personalidade *borderline* e por 95% dos pacientes com transtorno da personalidade antissocial, em adultos jovens internados em um serviço psiquiátrico de hospital geral.

Os transtornos mais comumente encontrados nesta população são os de humor e ansiedade, ambos com uma prevalência que se aproxima a 30% desses indivíduos. Diversos trabalhos demonstram que a comorbidade com depressão com TUS é mais comum em mulheres do que em homens, sendo que destas 19% tiveram depressão em algum momento na vida. Nos homens, é mais comum o abuso de substâncias preceder a depressão, enquanto nas mulheres é mais prevalente o oposto.

Na população de adolescentes, é fundamental investigarmos o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), bem como transtornos de conduta. Aproximadamente 33% dos adultos com TDAH apresentam antecedentes de abuso ou dependência de álcool e 20% deles, história de abuso ou dependência de outras substâncias.

Estudos com pacientes esquizofrênicos mostram que quase 50% deles apresentam transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Em relação a mulheres com diagnóstico de transtorno alimentar, essa prevalência fica em torno de 26%. A associação entre bulimia e comportamentos bulímicos e quadros de dependência é mais forte do que em relação à anorexia. A porcentagem de bulímicas que relataram abuso ou dependência de álcool fica em torno de 23%, sendo bastante comum o abuso de anfetaminas nesta população.

Alguns autores sugerem que é importante fazer o diagnóstico diferencial entre abuso e dependência de uma substância química em pacientes com outras comorbidades, pois essa informação é relevante para o tipo de tratamento ao qual o paciente deve ser encaminhado. Parece haver uma tendência maior ao aban-

dono do uso de álcool e outras drogas entre os pacientes que somente abusam delas do que naqueles que apresentam quadros de dependência.

Transtorno do Uso de Substâncias em comorbidade com:

1) Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): Estudos mostram que indivíduos com TDAH experimentam drogas mais cedo, usam-nas em maior quantidade, ficam dependentes mais rápido, com maior intensidade e curso mais longo de dependência, demoram mais para buscar tratamento e apresentam mais problemas no tratamento. Tratamentos que são baseados em longos discursos, extensas terapias em grupo e ambientes demasiadamente estimulantes devem ser evitados, pois podem sobrecarregar o paciente com esta comorbidade. O tratamento medicamentoso com metilfenidato deve ser oferecido, pois a melhora do quadro de déficit de atenção e hiperatividade favorece a melhora dos sintomas da dependência química.

Transtornos de Ansiedade: Existe uma interação bidirecional entre a ansiedade e o abuso de substâncias químicas, pois a ansiedade predispõe a esse consumo, assim como o consumo desencadeia sintomas ansiosos. Dessa forma, o diagnóstico diferencial é bastante complexo, sendo necessário investigar a história familiar de ansiedade, sintomas na infância e sintomas prévios ao uso da substância. Somente após a desintoxicação é possível avaliar adequadamente o paciente. Esperam-se pelo menos 4 semanas após a parada do uso da substância para observar se persistem os sintomas ansiosos. Benzodiazepínicos para tratamento da ansiedade devem ser evitados nestes pacientes, devido ao seu potencial abusivo. Há evidência de eficácia no tratamento com inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), como buspirona, trazodona e antidepressivos tricíclicos.

Transtorno Afetivo Bipolar (TAB): Diversas hipóteses foram levantadas para tentar explicar a alta frequência de abuso de álcool e substâncias entre pacientes bipolares. O abuso de álcool e substâncias poderia ocorrer como um sintoma do TAB, ou como uma tentativa de automedicação. Além disso, poderia desencadear os sintomas de humor em um indivíduo predisposto à doença. Em relação ao uso das substâncias, o consumo de cocaína pode aumentar durante as fases de mania ou hipomania, algumas vezes com o intuito de prolongar os estados de euforia. Nos episódios depressivos, o consumo alcoólico pode aumentar em cerca de 15% dos casos, como uma tentativa de atenuar esses sintomas. Também pode ser usado nos episódios maníacos como uma maneira de provocar a diminuição da aceleração. O risco de suicídio em bipolares com abuso de substâncias é cerca de duas vezes maior do que naqueles sem essa comorbidade, sendo maior naqueles que apresentavam sintomas depressivos. O diagnóstico é complexo, visto que a maioria das substâncias químicas pode provocar oscilações do humor. Portanto, é importante observar se as alterações de humor permanecem nos períodos de abstinência, para que seja feito o diagnóstico da comorbidade. Em relação ao tratamento, preconiza-se o uso de estabilizadores do humor do tipo anticonvulsivantes, como ácido-valproico e carbamazepina. Isso pela sua melhor eficácia nos quadros mistos e pelos riscos atribuídos ao lítio, que tem uma margem de segurança menor, tornando seu uso menos seguro nesta população.

Depressão: O abuso de substâncias e os transtornos depressivos causam problemas principalmente nas emoções e nos mecanismos de controle da vontade, motivação e livre arbítrio. Devido às alterações de humor que são decorrentes do uso da substância, devemos aguardar quatro semanas após o início do tratamento para esclarecer a presença, ou não, da síndrome depressiva como transtorno afetivo não induzido pela droga. Para tratamento farmacológico, pode-se aliar medicamentos que atuam bioquimicamente sobre a motivação, com técnicas psicoterápicas que também são efetivas para melhorar essa função, como terapias cognitivo-comportamentais, entrevistas motivacionais, técnicas de prevenção de recaídas e terapias interpessoais. Estudos mostram que o uso de imipramina e ISRS, como a fluoxetina, melhora os sintomas do humor e diminui o consumo de álcool, reduz as taxas de recaídas e aumenta o tempo até o 1° episódio de beber pesado. Nas depressões ansiosas, deve-se evitar o uso de benzodiazepínicos, devido ao potencial aditivo dessa droga. A bupropiona poderia ter um efeito positivo em depressões com sintomas de apatia importantes.

Esquizofrenia: Vários estudos apontam evidências que indivíduos com doenças mentais graves utilizam-se de álcool ou drogas para aliviar os sintomas negativos, problemas de humor, ansiedade e insônia. O tempo necessário de abstinência de álcool ou drogas para se firmar o diagnóstico de esquizofrenia ou qualquer outro transtorno psicótico primário ainda não é consenso na literatura médica e varia de semanas a meses. Muitos desses pacientes podem acabar desenvolvendo abuso de anticolinérgicos, como o biperideno, que são prescritos com frequência para tratar os sintomas extrapiramidais. Medicações como o dissulfiram, o naltrexone e o acamprosato podem ser incluídas no tratamento. Deve-se ficar atento para o risco de convulsões em pacientes que abusam de álcool, visto que grande parte dos antipsicóticos pode reduzir o limiar convulsivante.

Transtornos Alimentares: O abuso de substâncias químicas nas mulheres com transtornos alimentares é oito vezes maior do que na população feminina em geral. As duas patologias podem ser comorbidades e, muitas vezes, são associadas também a outros transtornos de humor. Deve-se ficar atento para as alterações de apetite que são decorrentes do uso da substância, como aumento de fome pela maconha ou redução pela cocaína. Muitas substâncias, como anfetamina, são usadas em função de um transtorno alimentar primário para provocar redução de peso. O tratamento farmacológico geralmente envolve altas doses de ISRS, mas a maioria dos estudos mostrou apenas melhoras em curto prazo. Em relação aos antipsicóticos, embora alguns tenham sido utilizados, nenhum dos fármacos tradicionais mostrou-se eficaz.

Encaminhamento

Todo paciente identificado com um possível transtorno relacionado ao uso de substâncias químicas, ou com potencial prejuízo devido a esse consumo, deve ser encaminhado para tratamento e acompanhamento. Com frequência, eles não procuram o serviço indicado em uma primeira orientação. A busca por um atendimento especializado no tratamento do transtorno de abuso de substâncias faz parte de um processo no qual, em um primeiro momento, pode-se encontrar muita resistência por parte do paciente. Dessa forma, é fundamental o profissional que o atendeu fornecer um retorno breve para avaliar se o paciente buscou o atendimento e, caso contrário, continuar orientando quanto à necessidade do tratamento.

O tratamento do dependente químico é geralmente bastante complexo, exigindo atenção de uma equipe multidisciplinar que possa oferecer assistência clínica, psiquiátrica, psicológica, psicossocial e de atendimento familiar. Existem diversos meios para se tratar este tipo de situação, sendo a escolha definida pelo recurso disponível e pela indicação clínica.

No sistema de atenção primária à saúde, contamos com o atendimento em postos de saúde que podem ajudar de maneira muito importante na psicoeducação dos pacientes e familiares, na assistência psicossocial, e na abordagem clínica. Alguns postos disponibilizam ainda serviço psicológico e psiquiátrico para o qual o paciente pode ser encaminhado.

Alguns casos podem ser encaminhados ao especialista já no início do acompanhamento: pacientes com suspeita de comorbidade psiquiátrica, aqueles que não melhoraram com os recursos disponíveis e os que já tiveram múltiplas tentativas de abstinência sem sucesso. Pacientes que se apresentam com sintomas importantes de intoxicação aguda devem ser encaminhados para um serviço de emergência, bem como aqueles que apresentam risco de suicídio, risco de vida ou de agressão. Um dos recursos que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece são os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Para manutenção do trata-

mento, além dos CAPS, é possível contar com grupos de autoajuda, como alcoólicos anônimos (AA) ou narcóticos anônimos (NA), além de grupos de autoajuda para familiares. Como descrito no Capítulo 22, os recursos disponibilizados pelo SUAS (Sistema Único de Assistência Social) são de extrema importância para os usuários de substâncias em situação de vulnerabilidade social. Alguns serviços de alta complexidade, como hospitais públicos, disponibilizam ambulatórios especializados para o atendimento de usuários de substâncias psicoativas.

Algumas regiões contam com os Consultórios de Rua, os quais são abordagens feitas com usuários de álcool e outras drogas no próprio local onde existe este consumo. O objetivo é a promoção da saúde e de cuidados clínicos primários, preservando o contexto sociocultural desta população. Além disso, alguns locais disponibilizam Centros de Convivência em Saúde Mental, principalmente em localidades que já contam com uma forte rede de atendimento a esta população, pois a população que trabalha nestes centros é composta por artesãos e artistas, por exemplo, que promovem a cultura e o desenvolvimento de habilidades da população que procura esses centros.

A internação hospitalar pode ser necessária quando o paciente apresentar:
■ Situações que requeiram observação constante (estados psicóticos graves, ideação suicida ou homicida, debilitação ou abstinência grave).
■ Complicações orgânicas devido ao uso ou à cessação do uso da droga.
■ Dificuldade para cessar o uso de drogas em atendimento ambulatorial.
■ Ausência de adequado apoio familiar e psicossocial.
■ Necessidade de interromper uma situação externa que reforce o uso da droga.

Os serviços gratuitos especializados no tratamento de abuso e dependência química variam bastante conforme a região.

Como buscar ajuda?

132: o Viva Voz é uma central telefônica, gratuita e aberta à população de todo o país, com orientações e informações sobre álcool e outras drogas. Por meio de telefone, profissionais das áreas de saúde e educação prestam atendimento a pessoas e familiares com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, esclarecem dúvidas e dão orientações sobre o assunto. O Viva Voz também oferece o encaminhamento para instituições de acompanhamento e tratamento disponíveis na comunidade.

http://www.obid.senad.gov.br: através deste site, podemos encontrar um link ("onde buscar ajuda") onde podemos obter uma lista dos serviços governamentais e não governamentais que fazem atendimento a usuários de crack, álcool e outras drogas, discriminado pelo tipo de atendimento e região solicitada.

Referências:

1. Cordioli e cols. Psicoterapias. Cap 32 (Kessler F, Diemen LV, Cardoso BM, Pechansky F. Psicoterapias para o alcoolismo). Pag 585-599.
2. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani EJR. Medicina ambulatorial, condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.
3. Gitlow S. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 2ª edição. Artmed. 2008.
4. Zaleski M *et al*. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. Ver. Bras. Psiquiatr. 2006;28(2):142-8.
5. Flávio Pechansky, Roseli Boergen e Helena Barros. Comorbidades: Transtornos Mentais X Transtornos por Uso de Substâncias de Abuso. Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas. 2004
6. http://www.obid.senad.gov.br

CAPÍTULO 15

Intervenções breves, entrevista motivacional e estágios de mudança

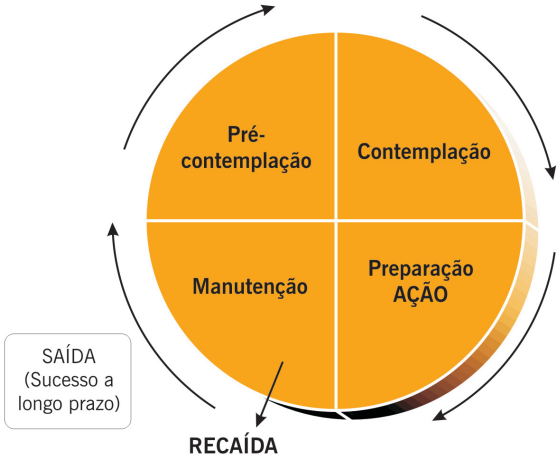
Autores
Anne Orgler Sordi, Fernanda Kreische e Fernanda Lopes

Introdução

É quase uma unanimidade entre as pessoas que apenas os que possuem determinação conseguem deixar as drogas. O tratamento de problemas com substâncias sempre foi vinculado à "força de vontade", "determinação" para parar de usar drogas. Por outro lado, se viu que, além do desejo de parar, era preciso que os indivíduos realizassem diversas mudanças em suas vidas, principalmente em seu estilo de vida. Dentro deste enfoque, surge o conceito de estágios de mudança, como uma forma de se avaliar o quanto o paciente percebe que tem um problema, se ele deseja fazer alguma coisa para mudar e quando ele pretende fazê-lo.

A motivação é um estado de prontidão ou disposição para mudança, que pode variar de tempos em tempos ou de uma situação para outra. Esse é um estado interno, mas que pode ser influenciado (positiva ou negativamente) por fatores externos (sejam pessoas ou circunstâncias). A identificação do estágio em que o paciente se encontra permitirá que você avalie o quanto ele está disposto a mudar seu comportamento de uso de substâncias ou seu comportamento de estilo de vida. Através da identificação do **ESTÁGIO DE MUDANÇA** em que o paciente se encontra, você saberá como se posicionar durante a intervenção.

Estágios de Mudança



PRÉ-CONTEMPLAÇÃO
CONTEMPLAÇÃO
PREPARAÇÃO
AÇÃO
MANUTENÇÃO
RECAÍDA

PRÉ-CONTEMPLAÇÃO

Neste estágio se encontram os pacientes que não consideram que o uso que fazem de álcool e/ou outras drogas lhes traga algum problema. A pessoa ainda não está considerando a possibilidade de mudança.

CONTEMPLAÇÃO

O paciente percebe que há algo errado com o seu consumo, passa a perceber alguns problemas, mas não sabe se precisa ou não mudar. Esse período é caracterizado pela **ambivalência,** ou seja, ele tanto considera a necessidade de mudar seu comportamento quanto a rejeita. Em geral, os indivíduos que se encontram neste estágio conseguem perceber tanto os aspectos bons quanto os ruins em relação ao seu uso (vantagens e desvantagens), além de terem "certa" consciência da relação entre os seus problemas e o uso que fazem da substância.

PREPARAÇÃO OU DETERMINAÇÃO

Neste estágio, o paciente reconhece o seu uso de drogas como sendo o causador de seus problemas e se propõe a mudar de comportamento, desenvolvendo um plano ou estratégias que o ajudem a colocar em prática a mudança de comportamento.

AÇÃO

Neste estágio, o paciente coloca em prática as estratégias e os planos, desenvolvidos no estágio anterior, para conseguir atingir sua meta de mudança. Apesar de motivado a mudar de comportamento, muitas vezes o paciente pode manifestar dúvidas sobre se conseguirá ou não realizar a mudança (autoeficácia).

MANUTENÇÃO

Realizar uma mudança não garante que ela será mantida. As experiências humanas estão repletas de boas intenções e mudanças iniciais, seguidas de pequenos (lapsos) ou grandes (recaídas) passos para trás. Neste estágio, o paciente estará tentando manter o comportamento mudado e, para isto, necessita ser continuamente reforçado e encorajado, para evitar a recaída.

RECAÍDA

Deslizes e recaídas são normais e até esperados, quando o paciente busca mudar seu padrão de comportamento. O objetivo neste estágio é recomeçar a circular a roda em vez de ficar imobilizado, ou seja, voltar aos estágios anteriores e recomeçar.

Intervenções Breves (IB)

Faz parte do senso comum que uma boa conversa pode ajudar muito alguém que esteja enfrentando uma situação difícil. Isso vale também para pessoas com problemas devido ao abuso ou à dependência de álcool ou outras drogas. Estudando "o que funciona" neste tipo de conversa, profissionais de saúde desenvolveram uma técnica simples, mas muito útil, conhecida como Intervenção Breve (IB).

A técnica de IB foi proposta como uma abordagem terapêutica para usuários de álcool, em 1972, por Sanchez-Craig e colaboradores, no Canadá. Estudos epidemiológicos mostraram que a maioria dos problemas (crônicos e agudos) relacionados ao consumo de álcool não são causados pelos indivíduos dependentes (por ser uma parcela menor, causam maior dano pessoal, porém menor dano global) e sim por um grupo maior que faz uso nocivo, colocando a si e aos outros em risco. Sendo assim, a IB foi desenvolvida para diminuir o consumo de álcool em pessoas com problemas e/ou riscos de desenvolver problemas relacionados ao álcool, mas que não satisfazem o diagnóstico de dependência.

Características da IB:

- Intervenção estruturada, focal e objetiva
- Desenvolvida em curto espaço de tempo (sessões variam de 5 a 45 minutos)
- Raras vezes ultrapassam 5 encontros
- Pode ser realizada por profissionais com diferentes tipos de formação (médicos, psicólogos, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, agentes comunitários e outros profissionais da saúde), bastando que recebam um rápido treinamento para isto
- Centrada no cliente, com objetivo de ajudar no desenvolvimento da **autonomia** das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas

- É eficaz em reduzir o consumo e os problemas ligados ao consumo de álcool (sem critérios de dependência), e já há algumas evidências de eficácia em tratamento do tabagismo
- Tem se mostrado tão eficaz quanto tratamentos mais intensivos (por exemplo: longas internações), principalmente nos casos menos graves.

Um objetivo importante da IB é

A IB, em geral, está relacionada à prevenção primária ou à secundária, tendo como objetivo identificar a presença de um problema, motivar o indivíduo para a mudança de comportamento e sugerir estratégias para que esta mudança possa acontecer.

Prevenção primária: no caso de uso abusivo de substâncias, refere-se à intervenção junto à população antes da existência do primeiro contato com a droga; seu objetivo é impedir ou retardar o início do consumo de drogas.

Prevenção secundária: intervenção realizada após o primeiro contato com a droga já ter ocorrido; seu objetivo é evitar a progressão do consumo e minimizar os prejuízos relacionados ao uso. O primeiro objetivo da Intervenção Breve nesse contexto é:
1. Mostrar ao usuário que seu uso de álcool ou de outras drogas o coloca em situações de risco.

Após identificar a presença do problema e mostrar os efeitos e as consequências do consumo abusivo, o passo seguinte é:

2. Motivar a pessoa a mudar seu hábito de uso.

A IB pode ajudar a iniciar uma mudança e fazer com que a pessoa aceite a responsabilidade por suas escolhas.

Procedimentos da IB (como fazer?)

Pode ser dividida em 2 passos: 1º Triagem e 2º Intervenção

1.Triagem: Avaliação dos possíveis riscos ligados ao álcool e tabaco investigando o padrão de consumo (frequência, quantidade e contextos).

O rastreamento dos padrões de consumo terá como objetivo avaliar possíveis riscos e problemas relacionados e podem ser feitos utilizando o DSM-IV, o CID-10 ou instrumentos rápidos de rastreamento como o CAGE ou o AUDIT (descritos no capítulo sobre Álcool deste livro).

Os principais itens de análise para investigação do consumo são:

- O último episódio do consumo (tempo de abstinência)
- A quantidade de substância consumida
- O ambiente do consumo (festas, rua, trabalho, amigos, desconhecidos, sozinho)
- Frequência do consumo nos últimos meses

- Investigar os sinalizadores de problemas decorrentes do uso de álcool e drogas (faltas frequentes no trabalho e na escola; histórico de traumas e acidentes frequentes; depressão; ansiedade; hipertensão arterial; sintomas gastrointestinais; disfunção sexual; distúrbio do sono).

2.Intervenção: Composta de técnicas utilizadas na TCC e na Entrevista Motivacional.

Elementos da Intervenção Breve

Miller e Sanchez (1993) propuseram alguns elementos essenciais que são aplicados tanto nas Intervenções Breves como ao longo do processo de Entrevista Motivacional. Esses elementos têm sido reunidos usando a abreviação **FRAMES** (que em inglês significa "moldura", enquadramento, ou seja, você irá "enquadrar" os seus procedimentos neste esquema). A sigla servirá para facilitar a lembrança das etapas a serem seguidas.

F	*eedback* (devolutiva ou retorno)
R	*esponsibility* (responsabilidade)
A	dvice (aconselhamento)
M	*enu of Option* (menu de opções)
E	*mpathy* (empatia)
S	*elf-efficacy* (autoeficácia)

PASSO 1 – FEEDBACK DEVOLUTIVA OU RETORNO

Após a avaliação, o paciente recebe um retorno ou *feedback* sobre os riscos presentes em seu padrão de consumo. Isso pode ser feito de diversas formas, como conversar sobre o resultado de exames e a sua conexão com o consumo de substâncias do paciente, utilizar as informações fornecidas pelo paciente sobre problemas na vida e informar que podem estar relacionadas com o seu uso de substâncias, entre outros.

Convide o paciente a receber sua intervenção: "Pelo que conversamos, parece que você identifica alguns problemas associados com o seu consumo de (álcool ou outras drogas). Vamos conversar um pouco mais sobre isso?..."

PASSO 2 – RESPONSIBILITY
RESPONSABILIDADE E METAS

Nessa etapa, será realizada uma "negociação" entre o profissional e o paciente, a respeito das metas a serem atingidas no tratamento, nos casos de consumo moderado (para usuários de drogas lícitas, sem diagnóstico de dependência e que desejarem tentar esta meta) ou abstinência da substância (para usuários de drogas ilícitas ou com dependência já estabelecida).

Na prática...

... A mensagem a ser transmitida ao paciente corresponde a: *"O seu uso da substância é uma escolha sua e ninguém pode fazer você mudar seu comportamento ou decidir por você. Se você percebe que isto está prejudicando sua vida e sua saúde e se quiser mudar, podemos ajudá-lo, mas a decisão, a escolha é sua"*. Isto permite ao paciente ter o controle pessoal, em relação ao seu comportamento e suas consequências.

PASSO 3 – ADVICE
ACONSELHAMENTO

Vários estudos indicam que orientações claras sobre a diminuição ou interrupção do uso de drogas reduzem o risco de problemas futuros, aumentam a percepção do risco pessoal e fornecem um motivo para que o paciente considere a possibilidade de mudança do comportamento.

Na prática...

... Ofereça ao paciente material informativo sobre o uso de substâncias.... Relacione os problemas atuais, relatados pelo paciente, com seu uso de substâncias, como no caso de úlceras gástricas e uso de álcool, enfisema e uso de tabaco, maconha e problemas de memória, brigas conjugais, perda de emprego, etc...

PASSO 4 – MENU OF OPTIONS
MENU DE OPÇÕES

É importante que o paciente se sinta fazendo parte do seu tratamento e não com um "especialista" lhe dizendo o que deve ou não ser feito. Se ele perceber que escolheu o caminho a seguir, a chance de êxito é maior. Nesta etapa, o profissional busca identificar, junto com o paciente, uma série de estratégias para a modificação do comportamento-problema. Para tanto, o profissional e o paciente necessitam explorar de que maneira o consumo da substância está inserido na vida do paciente para que as estratégias de enfrentamento possam ser discutidas.

Na prática...

... Sugira que o paciente faça um diário sobre o seu uso de substância, registrando, por exemplo: onde ele costuma usar, em que quantidade, em companhia de quem, por qual razão, etc. Isso ajudará a identificar as possíveis situações de risco.

... Identifique, junto com o paciente, outras atividades que possam substituir o uso de drogas. É importante que sejam atividades que possam lhe trazer prazer, como: praticar atividade física, tocar um instrumento, ler um livro, passear com pessoas não usuárias, etc.

... Disponibilize informações sobre ajuda especializada, se for este o caso. Ou ajude-o a refletir sobre as coisas de que gosta, além do uso da substância. Se ele não souber, ou demonstrar dificuldade, use essa situação como argumento para estimulá-lo a se conhecer melhor, a descobrir coisas novas, novos interesses. Procure ter sempre à mão opções gratuitas de lazer, dos mais diferentes tipos, como: atividades esportivas, apresentações de música, oficinas de artesanato, etc.

... Descubra algo que o paciente gostaria de ter e sugira que ele economize o dinheiro que gastaria com drogas para adquirir aquele bem. Faça as contas com ele de quanto ele gasta. Por exemplo: um fumante que gaste R$ 2,50 por dia com cigarros, em um mês economizaria R$ 75,00 e, em 6 meses, R$ 450,00, o suficiente para comprar uma TV nova. Cálculos simples como este podem ajudá-lo a perceber o prejuízo financeiro ao qual se sujeita, além dos problemas de saúde.

PASSO 5 – EMPHATY
EMPATIA

O paciente se sentir compreendido pelo profissional que o atende está muito ligado ao sucesso do tratamento. Empatia é diferente de simpatia. Evite ter um comportamento confrontador ou agressivo. Demonstre ao paciente que você está disposto a ouvi-lo e que entende seus problemas, incluindo a dificuldade de mudar.

PASSO 6 – SELF-EFFICACY
AUTOEFICÁCIA

O objetivo é aumentar a motivação do paciente para o processo de mudança, auxiliando-o a ponderar os “prós” e “contras” associados ao uso de substâncias psicoativas. Você deve encorajar o paciente a confiar em seus próprios recursos e a ser otimista em relação à sua habilidade para mudar o comportamento, reforçando os aspectos positivos.

Dicas para quem aplica a IB:

Você pode sugerir estratégias que o paciente poderá usar para que esta mudança aconteça.

A IB é uma orientação curta, podendo ser feita entre 5 minutos e 30 minutos, dependendo do tempo disponível. Por esta razão, ela deve ser FOCAL (focando na problemática principal) e OBJETIVA.

A proposta é que esta orientação seja bastante objetiva e dirigida para a mudança da forma como a pessoa usa a droga.

De modo geral, indica-se a utilização de IB em uso de álcool e outras drogas, para indivíduos com uso abusivo ou de risco. Casos graves (dependentes) devem ser encaminhados para serviço especializado porque, em geral, esses indivíduos apresentam uma gama enorme de problemas relacionados ao uso de drogas, e uma intervenção breve não seria capaz de contemplar muitos aspectos, que poderiam ser importantes.

É importante que você saiba identificar se a pessoa com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas está disposta a receber ajuda e a mudar seu uso de drogas ou seu estilo de vida.

Entrevista Motivacional (EM)

A EM é uma abordagem que visa motivar o paciente a desenvolver um **comprometimento** e a tomar a decisão de **mudar seu comportamento!** Tem como objetivo ajudar as pessoas a reconhecer e fazer algo a respeito de seus problemas, portanto, pode ser utilizada em qualquer fase do tratamento (com pacientes que buscaram e com os que não buscaram ajuda).

- É particularmente útil com pessoas que apresentam mais resistência em mudar ou estão ambivalentes quanto à mudança.

Estilo do terapeuta na EM

O **estilo pessoal** do terapeuta pode ter efeitos dramáticos ou estimulantes na motivação para a mudança dos pacientes! A EM requer um estilo clínico habilidoso, que tem como objetivo evocar as motivações internas do cliente para promover mudanças comportamentais para a melhoria de sua saúde. É indicado que o terapeuta seja:

- Diretivo, mas não confrontativo
- Empático e centrado no cliente
- Flexível e com alta tolerância à frustração
- Cooperativo (especialista em comportamentos de mudança e cliente é especialista em sua vida / Processo decisório em conjunto)
- Evocativo (evocar do cliente suas próprias razões e argumentos para a mudança)
- Respeitoso (informar, aconselhar, advertir, mas o cliente é quem decidirá o que, como e quando fazer).

Na entrevista motivacional, o profissional não assume um papel autoritário e sim busca criar um clima positivo e encorajador. A responsabilidade pela mudança é deixada para o paciente. Os pacientes sempre serão livres para aceitarem ou não nossos conselhos. Isso certamente não significa que os terapeutas sejam desprovidos de poder. Ao contrário, algumas pesquisas indicam que eles exercem uma influência surpreendente na mudança (ou na falta de mudança) de seus pacientes.

Cinco princípios da EM:

1. Expressar empatia
2. Desenvolver a discrepância
3. Evitar a argumentação
4. Acompanhar a resistência
5. Promover a autoeficácia

1. Expressar empatia

A atitude que fundamenta o princípio da empatia pode ser chamada de aceitação. É importante observar que a aceitação não é a mesma coisa que concordância ou aprovação. Ou seja, é possível que você aceite e compreenda o ponto de vista do paciente sem necessariamente concordar com ele. Isto significa acolher, aceitar e entender o que ele diz, sem fazer julgamentos a seu respeito. Com uma "escuta reflexiva", você deve buscar compreender os sentimentos e as perspectivas do paciente, sem julgá-lo, criticá-lo ou culpá-lo. A empatia do profissional de saúde está associada à boa resposta do paciente à intervenção.

A aceitação facilita a mudança. A escuta reflexiva habilidosa é fundamental. A ambivalência é normal.

2. Desenvolver a discrepância

Um dos princípios da entrevista motivacional é mostrar para o paciente a discrepância entre o comportamento que ele tem, suas metas pessoais e o que pensa que deveria fazer. Quando um comportamento é visto como conflitante com metas pessoais importantes, tais como a própria saúde, o sucesso, a felicidade da família ou uma autoimagem positiva, é provável que a mudança aconteça.

Um bom modo de ajudá-lo a compreender esse processo é fazer uma comparação, exemplificando com a discrepância, que muitas vezes existe, entre onde se está e onde se quer ou gostaria de chegar. Muitas vezes, perguntar ao paciente como ele se imagina daqui a algum tempo (alguns anos) e o que ele está fazendo para atingir sua meta poderá ajudá-lo a entender esta discrepância.

A conscientização das consequências é importante.
A discrepância entre o comportamento presente e as metas importantes motivará a mudança.
O paciente deve apresentar argumentos para a mudança.

Quando realizada com êxito, a entrevista motivacional muda as percepções do paciente (da discrepância) sem criar uma sensação de pressão ou de coação. As pessoas, com frequência, são mais persuadidas pelo que ouvem de si mesmas do que pelo que os outros lhes dizem.

3. Evitar a argumentação

A todo o momento você deve evitar confrontar diretamente o paciente. Quanto mais você disser a alguém "Você não pode fazer isso", mais provável será que se responda "Eu farei". Abordagens deste tipo nada mais fazem do que tornar o paciente resistente à intervenção. Além disso, tentar forçar um paciente a aceitar um rótulo "alcoolista" pode ser contraterapêutico, e não há evidências que sugiram que a recuperação seja promovida persuadindo-se as pessoas a admitirem um diagnóstico. Coloque seus argumentos de modo claro, mas sempre convidando o paciente a pensar sobre o assunto.

A crença na possibilidade de mudança é um motivador importante.
O paciente é responsável por decidir e realizar mudanças pessoais.
Há esperança na gama de abordagens alternativas disponíveis.

4. Acompanhar a resistência

Muitos pacientes podem se mostrar resistentes às sugestões e propostas de mudanças feitas por você, mas lembre-se de que o paciente não é um adversário a ser derrotado. Ou seja, o que fazer quanto a um problema que é, em última instância, uma decisão dele e não sua. Entenda que a ambivalência e a resistência para a mudança de comportamento são normais em todas as pessoas, e sua atitude, como profissional de saúde, deve ser no sentido de levar o paciente a considerar novas informações e alternativas, em relação ao uso da substância. Sua tarefa não é gerar todas as soluções, pressupõe-se que o paciente é um indivíduo capaz, com insights e ideias importantes para a solução de seus próprios problemas.

A argumentação é contraproducente. Defender gera atitudes de defesa. A resistência é um sinal para a mudança de estratégia. A rotulação é desnecessária.

5. Promover a autoeficácia

Autoeficácia refere-se à crença de uma pessoa em sua capacidade de realizar e de ter sucesso em uma tarefa específica. Existem várias mensagens que promovem a autoeficácia. Uma delas é a ênfase na responsabilidade pessoal, ou seja, devemos mostrar ao paciente que ele não somente pode, mas deve fazer a mudança, no sentido de que ninguém pode fazer isto por ele. Encoraje e estimule o paciente a cada etapa vencida.

A mensagem principal é: “Você é capaz de fazer isso. Você pode ter sucesso”. Além disso, uma mensagem também adequada é: “Se você desejar, vou ajudá-lo a modificar-se”.

Até mesmo uma série de fracassos em tratamentos não precisa ser vista como motivo para abandonar a esperança. Ela pode ser entendida como um sinal de que essa pessoa em particular ainda não encontrou a abordagem certa.

A força pode ser usada em benefício próprio.
As percepções podem ser alteradas.
Novas perspectivas são oferecidas, mas não impostas.
O paciente é um recurso valioso na busca de soluções para os problemas.

Referências:

1. Formigoni M, Duarte P. Fé na prevenção: prevenção do uso de drogas em instituições religiosas e movimentos afins. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2009.
2. Micheli D, Formigoni M. Os princípios básicos de Intervenção Breve e a Intervenção Breve passo a passo. In: SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Intervenção breve para caso de uso de risco de substâncias psicoativas). Módulo 4. Capítulo 1. 3 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2009.
3. Micheli D, Formigoni M. Como motivar usuários de risco. In: SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas:Intervenção breve para caso de uso de risco de substâncias psicoativas). 3 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2009.
4. Miller W, Rollnick S. Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Ed. Artmed. Porto Alegre; 2001.
5. Site Álcool e Drogas sem Distorção (www.einstein.br/alcooledrogas) / NEAD - Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein.[09/05/2010].

CAPÍTULO 16

Prevenção da recaída[3]

Adaptação
Maria Carolina Furst

Introdução

Recaída, ou o retorno ao uso pesado de uma substância psicoativa após um período de abstinência ou de uso moderado, ocorre em muitos pacientes. É importante diferenciar lapso de recaída, pois no lapso a pessoa faz uso da substância em uma situação específica e volta a manter a abstinência e, na recaída, a pessoa volta ao antigo padrão de consumo.

Abordagens tradicionais do tratamento da dependência química conceituam, muitas vezes, a recaída como um estado final, um resultado negativo equivalente à falha do tratamento. Assim, essa perspectiva considera apenas um resultado do tratamento dicotômico, ou seja, uma pessoa está em abstinência ou em recaída. Em contrapartida, outros modelos enfatizam a recaída como um processo transicional, uma série de acontecimentos que se desenrolam ao longo do tempo. De acordo com esses modelos, o processo de recaída se inicia antes do retorno do uso da substância. Essa conceituação fornece um quadro mais amplo de como funciona realmente a recaída, o que ajudará a intervir nesse processo para prevenir ou reduzir episódios de recidiva e, assim, melhorar o resultado do tratamento.

Revisão do modelo de prevenção de recaída

Um aspecto central do modelo de Prevenção de Recaída (PR), de Marlatt e Gordon (1985), é a classificação detalhada de fatores ou situações que podem precipitar ou contribuir para a recaída. Em geral, o modelo situa esses fatores em duas categorias:

---

[3] Adaptado de Larimer ME, Palmer RS, Marlatt GA. Relapse Prevention. An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. Alcohol Res Health. 2003; 23(2): 151-60.

Determinantes Imediatos da Recaída	Antecedentes Encobertos da Recaída
Situações de alto risco Poucas habilidades de enfrentamento Expectativas de resultado Efeito da violação da abstinência	Estilo de vida desequilibrado Compulsão e fissura

A abordagem do tratamento baseada no modelo de PR:

1. Acesso às características ambientais e emocionais de situações potencialmente associadas com a recaída – situações de alto risco
2. Análise da resposta individual do usuário de substâncias a essas situações
3. Retrospectivamente examina os fatores do estilo de vida que aumentam a exposição do usuário a situações de alto risco

→ O terapeuta aconselha estratégias focando nas falhas do repertório cognitivo e comportamental do paciente e, com isso, reduz o risco de recaída

Determinantes imediatos da recaída

Situação de alto risco

Um conceito central do modelo de PR postula que situações de alto risco frequentemente servem como precipitantes imediatos do início de uso de substância após um período de abstinência. De acordo com o modelo, uma pessoa que começou uma mudança de comportamento, como a abstinência, deveria passar a experimentar autoeficácia elevada (sensação de poder lidar com as situações adversas, especialmente as relacionadas com o consumo da substância) ou domínio sobre o seu comportamento, o que deveria aumentar à medida que ela mantém a mudança. Certas situações ou eventos, no entanto, podem ser uma ameaça ao senso de controle da pessoa e, consequentemente, precipitar uma crise de recaída:

ESTADOS EMOCIONAIS NEGATIVOS... OU SITUAÇÕES DE ALTO RISCO INTRAPESSOAIS...	...como raiva, ansiedade, depressão, frustração e tédio, estão associados com as taxas mais altas de recaída. Esses estados emocionais podem ser causados, em primeiro lugar, por percepções intrapessoais de certas situações (sentir-se entediado ou sozinho ao ir para um lar vazio após o trabalho) ou por reações a eventos ambientais (sentir raiva de uma dispensa iminente do trabalho).
SITUAÇÕES QUE ENVOLVEM OUTRA PESSOA OU GRUPO... OU SITUAÇÕES DE ALTO RISCO INTERPESSOAIS...	...particularmente conflitos interpessoais (discussão com um membro da família), também resultam em emoções negativas e podem precipitar uma recaída.
PRESSÃO SOCIAL...	...incluindo persuasão verbal e não verbal, e pressão indireta (estar em volta de outras pessoas que estão utilizando substância).
ESTADOS EMOCIONAIS POSITIVOS...	...exposição a estímulos ligados à substância (comemorações) ou sugestões (insinuações), testar o autocontrole (ou seja, usar força de vontade para limitar o consumo), e fissuras inespecíficas também foram identificados como situações de alto risco que poderiam precipitar uma recaída.

Habilidades de Enfrentamento

Embora o modelo de PR considere a situação de alto risco como gatilho imediato da recaída, é, na verdade, a *resposta* do paciente à situação que irá determinar se ele terá ou não um lapso ou uma recaída. O comportamento de enfrentamento eficaz do indivíduo em uma situação de alto risco é um fator fundamental para evitar um lapso ou recaída. Assim, quem consegue executar estratégias de enfrentamento eficazes tem menor probabilidade de recair se comparado àqueles que não tenham tais habilidades.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EFICAZES
ESTRATÉGIA COMPORTAMENTAL – sair da situação
ESTRATÉGIA COGNITIVA – falar pra si mesmo coisas positivas

Além disso, pessoas com autoeficácia elevada têm maior sucesso em situações de alto risco, enquanto pessoas com baixa autoeficácia têm falta de motivação ou capacidade de resistir ao lapso em situações de alto risco.

Expectativas de Resultados

Tais expectativas de resultado positivo podem se tornar particularmente problemáticas em situações de alto risco quando a pessoa espera que o uso da substância psicoativa a ajude a lidar com emoções negativas ou conflitos (exemplo: beber como "automedicação"). O usuário foca, primariamente, na antecipação da gratificação imediata, como redução de estresse, negligenciando as possíveis consequências negativas tardias.

Efeito da violação da abstinência

Existe uma diferença crucial entre a primeira violação da meta da abstinência (isto é, um lapso) e o retorno ao uso descontrolado da substância ou abandono da meta de abstinência (isto é, uma recaída completa). Embora pesquisas com diversos comportamentos aditivos tenham demonstrado que um lapso eleva em muito o risco de uma recaída, a progressão do lapso para a recaída é possivelmente evitável.

O efeito da violação da abstinência pode influenciar se o lapso levará a uma recaída, pois essa reação é focada na resposta emocional ao lapso e nas causas que o usuário atribui a esse lapso.

Reação ao lapso...	Propensão Recaída Completa
Pessoas que atribuem o lapso às suas próprias falhas pessoais são mais propensas a sentir culpa e emoções negativas. Pessoas que atribuem o lapso a fatores internos além de seu controle (por exemplo, "eu não tenho força de vontade e nunca terei condições de parar") são mais propensas a abandonar a tentativa de abstinência.	MAIOR
Pessoas que atribuem o lapso às suas inabilidades de lidar de maneira efetiva com uma situação de alto risco específica, ou seja, que se dão conta de que devem "aprender com seus erros" e, consequentemente, desenvolver formas mais eficazes de enfrentar situações-gatilho no futuro.	MENOR

Revisão de Determinantes Imediatos da Recaída

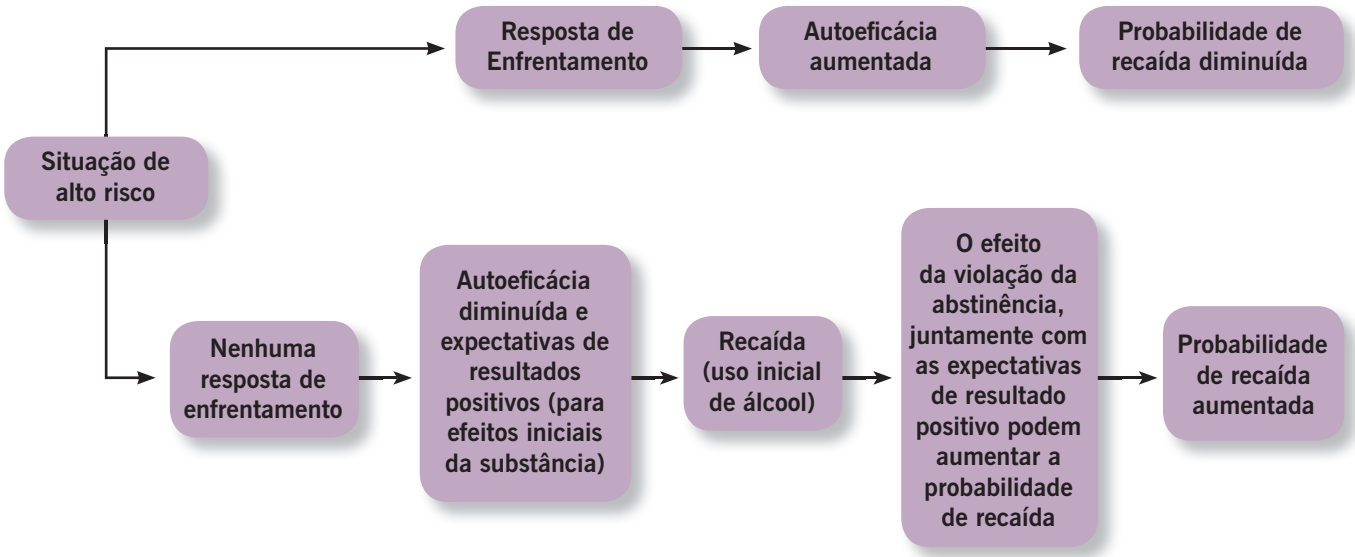


Figura 1: O modelo cognitivo-comportamental do processo de recaída desempenha um papel central nas situações de alto risco e para resposta a situações de etilista. Pessoas com respostas de enfrentamento positivas confidenciaram que podem lidar com a situação (ou seja, autoeficácia aumentada), reduzindo a probabilidade de recaída. Reciprocamente, pessoas com resposta de enfrentamento ineficaz irão experimentar uma autoeficácia diminuída, a qual, juntamente com a expectativa de que o uso de álcool terá um efeito positivo (ou seja, expectativas de resultado positivo), pode resultar num lapso inicial. Esse lapso, por sua vez, pode despertar sentimentos de culpa e falha (ou seja, violação do efeito de abstinência). O efeito da violação da abstinência, juntamente com as expectativas de resultado positivo podem aumentar a probabilidade de recaída.

NOTA: este modelo também se aplica aos usuários de outras drogas além do álcool.

Antecedentes encobertos da recaída

Embora situações de alto risco possam ser conceituadas como o determinante imediato dos episódios de recaída, um número de fatores menos óbvios também influencia o processo de recaída. Esses antecedentes encobertos incluem fatores do estilo de vida, como um nível de estresse elevado, além de fatores cognitivos, que podem servir para "construir" uma recaída, como racionalização, negação, e um desejo de gratificação imediata (ou seja, compulsão e fissura). Esses fatores podem elevar a vulnerabilidade do indivíduo à recaída, tanto por aumentar sua exposição a situações de alto risco, bem como por reduzir sua motivação para resistir à substância psicoativa nesses momentos.

Na "construção" das recaídas, no entanto, pode ser possível identificar uma série de decisões ou escolhas encobertas, cada uma aparentemente irrelevante, mas que em combinação definem um risco esmagadoramente alto. Essas escolhas foram denominadas "decisões aparentemente irrelevantes" (DAI), porque elas podem não ser claramente reconhecidas como relacionadas à recidiva, mas, mesmo assim, ajudam a mover a pessoa mais próxima à beira de uma recaída. Um exemplo disso é a decisão de um indivíduo abstinente comprar uma garrafa de bebida "apenas no caso de visitas aparecerem".

Fatores do estilo de vida

Esses fatores envolvem:

DEMANDAS EXTERNAS PERCEBIDAS "DEVERES"	X	ATIVIDADES AGRADÁVEIS "EU QUERO"

Uma pessoa cuja vida é cheia de exigências pode experimentar uma sensação constante de estresse, que não só pode gerar estados emocionais negativos, criando situações de alto risco, mas também aumentar o desejo da pessoa por prazer e sua racionalização de que a indulgência é justificada. Na ausência de outras atividades prazerosas que não envolvem a substância psicoativa, a pessoa pode enxergar a substância psicoativa como o único meio de obter prazer ou fuga da dor.

Compulsão e fissura

O desejo de gratificação imediata pode assumir muitas formas, e algumas pessoas podem experimentá-la como uma necessidade ou fissura pelo uso de álcool e/ou outras drogas. Apesar de muitos pesquisadores e clínicos considerarem compulsões e fissuras principalmente como estados fisiológicos, o modelo de PR propõe que ambos são precipitados por estímulos psicológicos ou ambientais.

Embora sejam, muitas vezes, usados como sinônimos, os termos "compulsão" e "fissura" podem ser associados com significados distintos. Assim, Marlatt e Gordon (1985) definiram:

COMPULSÃO	**impulso relativamente súbito de participar de um ato como o consumo da substância psicoativa**
FISSURA	desejo subjetivo de experimentar os efeitos ou as consequências de tal ato.

Entretanto, os mesmos processos podem mediar impulsos e fissuras. Dois desses processos foram propostos: (1) condicionamento provocado por estímulos associados com gratificação do passado e (2) processos cognitivos associados com gratificação antecipada (ou seja, as expectativas para os efeitos prazerosos imediatos do álcool).

Estratégias intervencionistas de prevenção de recaída (PR)

O primeiro passo neste processo é ensinar aos pacientes o modelo de PR e dar-lhes uma visão geral do processo de recaída.

As estratégias podem ser tanto específicas quanto globais e caem em três categorias principais: capacitação, reestruturação cognitiva e equilíbrio do estilo de vida.

Estratégias de intervenções específicas

O objetivo das estratégias de intervenções específicas – identificação e enfrentamento de situações de alto risco, melhora da autoeficácia, eliminação de mitos e efeitos placebo, manejo de lapso, e reestruturação cognitiva – é ensinar os pacientes a antecipar a possibilidade de recaída e de reconhecer e lidar com situações de alto risco. Essas estratégias também têm por objetivo reforçar a sensibilização do paciente a reações cognitivas, emocionais e comportamentais, a fim de evitar que um lapso culmine em uma recaída.

Identificar e lidar com situações de alto risco

Para antecipar e planejar adequadamente as situações de alto risco, a pessoa deve, em primeiro lugar, identificar as situações que pode ter dificuldade de enfrentar e/ou ter um maior desejo de consumir substância psicoativa. Essas situações podem ser identificadas usando uma variedade de estratégias de avaliação. Por exemplo, o terapeuta pode entrevistar o paciente sobre os lapsos do passado ou episódios de recaída e sonhos ou fantasias de recaída, a fim de identificar as situações em que o paciente tem ou poderá ter dificuldade em lidar. Além disso, os pacientes que ainda não tenham iniciado a abstinência são incentivados a monitorar o seu comportamento como, por exemplo, mantendo um registro permanente das situações, emoções e fatores interpessoais associados ao uso da substância psicoativa ou compulsão pela

substância psicoativa. Esse registro permite que os pacientes se tornem mais conscientes dos precipitantes imediatos e, mesmo nos pacientes que já se tornaram abstinentes, o automonitoramento pode ainda ser usado para avaliar as situações em que os impulsos são mais prevalentes.

Uma vez que situações de alto risco de uma pessoa tenham sido identificadas, dois tipos de estratégias de intervenção podem ser usados para reduzir os riscos:

1) **Primeira estratégia**: implica em ensinar o paciente a reconhecer os sinais de alerta relacionados com a iminência do perigo, isto é, as pistas que indicam que o paciente está prestes a entrar em uma situação de alto risco. Esses sinais de alerta a serem reconhecidos podem incluir, por exemplo, DAIs, estresse e falta de equilíbrio de estilo de vida, bem como fortes expectativas positivas sobre a substância psicoativa. Como resultado da identificação dos sinais de alerta, o paciente pode ser capaz de tomar alguma ação evasiva (por exemplo, fugir da situação) ou, eventualmente, evitar a situação de alto risco por completo.
2) **Segunda estratégia**: é possivelmente o aspecto mais importante da PR, envolve a avaliação de motivação existente do paciente e capacidade de lidar com situações específicas de alto risco e, em seguida, ajudar o paciente a aprender habilidades de enfrentamento mais eficazes. Habilidades relevantes de enfrentamento podem ser de natureza comportamental ou cognitiva e podem incluir estratégias para lidar com situações específicas de alto risco (por exemplo, recusar bebidas em situações sociais e habilidades de comunicação assertiva) e as estratégias gerais que podem melhorar a lidar com várias situações (por exemplo, a meditação, a gerência da raiva, e a autofala positiva).

Para aumentar a probabilidade de que um paciente pode e irá utilizar suas habilidades quando for necessário, o terapeuta pode usar abordagens como dramatizações, desenvolvimento e modelagem de planos específicos de enfrentamento para gestão de situações de alto risco.

Reforçar a autoeficácia

Outra abordagem para a prevenção de recaídas e promoção de mudança comportamental é o uso de procedimentos de melhora da eficácia, isto é, de estratégias para aumentar a sensação do paciente de domínio e de ser capaz de lidar com situações difíceis sem um lapso. Uma das mais importantes estratégias de reforço da eficácia empregadas na PR é a ênfase na colaboração entre o paciente e o terapeuta, em vez de uma forma mais típica de relação médico-paciente "de cima para baixo".

Outra estratégia de reforço da eficácia envolve dividir a tarefa de mudar o comportamento em subtarefas menores e mais gerenciáveis, que podem ser resolvidas uma de cada vez. Assim, em vez de focar em um objetivo final distante (por exemplo, a manutenção da abstinência ao longo da vida), o paciente é incentivado a criar pequenos objetivos mais gerenciáveis, como lidar com uma situação de alto risco próxima ou passar o dia sem um lapso. Uma vez que um aumento na autoeficácia está intimamente ligado à realização dos objetivos predefinidos, o controle bem-sucedido dessas tarefas individuais menores é a melhor estratégia para aumentar a sensação de autocontrole.

Os terapeutas também podem melhorar a autoeficácia fornecendo aos pacientes um retorno sobre o seu desempenho em outras tarefas novas, até aquelas que parecem não relacionadas ao uso de substâncias psicoativas. Em geral, o sucesso, mesmo na realização de tarefas simples, pode aumentar muito os sentimentos de autoeficácia de um paciente. Esse sucesso pode estimular o esforço do paciente para mudar seu padrão de uso de substâncias psicoativas e aumentar a confiança na sua capacidade de dominar com sucesso as competências necessárias para a mudança.

Ao desenvolver um senso de objetividade, o paciente é mais capaz de ver o seu uso de substâncias psicoativas como um comportamento aditivo e pode ser mais capaz de assumir maiores responsabilidades tanto para o comportamento de substância psicoativa como para o esforço para mudar esse comportamento. Os pacientes são ensinados que mudar um hábito é um processo de aquisição de habilidades, em vez de um teste da nossa força de vontade. À medida que o paciente adquire novas habilidades e se sente bem-sucedido na sua execução, ele pode ver o processo de mudança como similar a outras situações que exigem a aquisição de uma nova habilidade.

Eliminando mitos e efeito placebo

Para alcançar esse objetivo, o terapeuta, primeiro, provoca expectativas positivas no paciente sobre os efeitos da substância psicoativa. Posteriormente, o terapeuta pode abordar cada expectativa, usando a reestruturação cognitiva (discutida mais adiante neste capítulo) e educação sobre os resultados da investigação. O terapeuta também pode usar os exemplos da própria experiência do paciente para acabar com os mitos e incentivar o paciente a considerar as consequências imediatas e tardias do uso de substâncias psicoativas.

A balança decisional pode ser, frequentemente, útil para deixar mais claro, tanto para o paciente quanto para o terapeuta, o papel positivo e negativo do uso da substância na vida do paciente. Com esta balança, o paciente pode perceber que os efeitos imediatos positivos advindos do uso da droga provavelmente resultam em situações que ele considera prejudiciais.

Gestão do lapso

Apesar das precauções e dos preparativos, muitos pacientes comprometidos com a abstinência irão experimentar um lapso após o início do tratamento. As estratégias de gestão do lapso focam em travar o lapso e combater o efeito de violação da abstinência para prevenir um episódio de recaída descontrolada. A gestão do lapso inclui fazer um contrato com o paciente para limitar a extensão do uso, entrar em contato com o terapeuta o mais rapidamente possível após o lapso, e avaliar a situação em busca de pistas para os fatores que provocaram o lapso. Muitas vezes, o terapeuta dá ao paciente simples instruções por escrito para recorrer em caso de um lapso. Essas instruções reiteram a importância de parar o consumo de álcool (com segurança), deixando a situação de indução do lapso.

Quadro 1. Exemplo de uma Balança Decisional para Abstinência de Álcool ou Uso de Álcool*

	Consequências Imediatas		Consequências Tardias	
	Positivas	**Negativas**	**Positivas**	**Negativas**
Permanecer abstinente	Aumento da autoeficácia e da autoestima, aprovação da família, melhorar a saúde, mais energia, economizar dinheiro e tempo, maior sucesso no trabalho	Frustração e ansiedade, prazeres de beber negados, impossibilidade de ir a bares, raiva de não poder fazer o que quiser sem "pagar o preço"	Maior controle sobre sua vida, melhor saúde e longevidade, aprender sobre si mesmo e outros sem estar intoxicado, ser mais respeitado pelos outros	Não poder desfrutar da bebida enquanto assiste esportes, tédio e depressão, não poder manter amizade com os parceiros de bebedeira
Retomar o uso do álcool	Prazer imediato, redução do estresse e da ansiedade, não sentir dor, não se preocupar com os próprios problemas, capaz de desfrutar esportes e beber com os amigos	Sensação de fraqueza por beber, riscos de acidentes e constrangimento, raiva do cônjuge e familiares, chegar tarde ou faltar ao trabalho, ressacas, desperdiçar dinheiro	Manter as amizades com os parceiros de bebidas, poder beber enquanto assiste esportes, não ter que lidar com o cônjuge ou familiares sóbrios	Possibilidade de perder amigos e trabalho, deterioração da saúde e morte precoce, perda dos amigos que não bebem ou bebem moderadamente, ser ridicularizado por outros, baixa autoestima

* Na balança, o paciente enumera as consequências imediatas positivas e negativas de manter-se abstinente *versus* retomar o consumo de álcool. Essa lista pode facilitar o processo de tomada de decisão do paciente quanto ao seu consumo futuro de álcool.

A gestão do lapso é apresentada aos pacientes como um "kit de preparação para emergências" para a sua "viagem" para a abstinência. Muitos pacientes podem nunca precisar usar seu plano de gestão de lapso, mas uma preparação adequada pode diminuir consideravelmente o dano se um lapso ocorrer.

Reestruturação cognitiva

Reestruturação cognitiva, ou ressignificação, é utilizada em todo o processo de tratamento de PR para ajudar os pacientes na modificação de suas percepções e atribuições para o processo de recaída. Em particular, a reestruturação cognitiva é um componente crucial das intervenções a fim de diminuir o efeito da violação da abstinência. Assim, os pacientes são ensinados a reformular a sua percepção dos lapsos – para vê-los não

como indicadores de falhas ou falta de vontade, mas como enganos ou erros na aprendizagem que sinalizam a necessidade de um maior planejamento para lidar com situações semelhantes no futuro com maior eficácia.

Essa perspectiva considera os lapsos como oportunidades-chave de aprendizagem, resultantes de uma interação entre enfrentamento e determinantes situacionais, os quais podem ser modificados no futuro. Essa reformulação dos episódios de lapso pode ajudar a reduzir a tendência dos pacientes para ver os lapsos como o resultado de uma falta pessoal ou fraqueza moral e remover a crença de que um lapso conduzirá inevitavelmente a uma recaída.

Estratégias globais de autocontrole do estilo de vida

Estratégias globais de autocontrole são projetadas para modificar o estilo de vida do paciente a fim de aumentar o equilíbrio, bem como para identificar e lidar com antecedentes dissimulados de recidiva (ou seja, os sinais de alerta precoce, distorções cognitivas e instituição de recaídas).

Estilo de vida equilibrado e adição positiva

Avaliar os fatores de estilo de vida associados com o aumento do estresse e redução do equilíbrio do estilo de vida é um primeiro passo importante no ensino de estratégias globais de autogestão.

Muitos pacientes relatam que as atividades, uma vez vistas como prazerosas (por exemplo, hobbies e interações sociais com a família e amigos), foram gradualmente substituídas pela substância psicoativa como uma fonte de entretenimento e gratificação. Portanto, uma estratégia de autogestão global envolve incentivar os pacientes a buscar novamente as atividades recreativas que não envolvem a substância psicoativa, que uma vez já os satisfizeram. Além disso, abordagens de treinamento de habilidades cognitivo-comportamentais específicas, tais como treinamento de relaxamento, controle do estresse, e gestão do tempo, podem ser usadas para ajudar os pacientes a alcançar um maior equilíbrio do estilo de vida.

Ajudar o paciente a desenvolver uma "dependência positiva" (exemplo: meditação, exercícios ou ioga), a qual, em longo prazo, tem efeitos positivos sobre o humor, a saúde e o enfrentamento, é outra maneira de melhorar o equilíbrio do estilo de vida. A autoeficácia frequentemente aumenta como resultado de desenvolvimento de vícios positivos, em grande parte causada pela experiência bem-sucedida de aquisição de novas competências através da realização da atividade.

Técnicas de controle de estímulos

Essas técnicas incentivam o paciente a remover todos os itens diretamente associados ao uso da substância psicoativa a partir de sua casa, escritório e carro. Além disso, realizar abordagens que proporcionam ao paciente uma gama de estratégias de prevenção para recusar convites, deixando situações de risco, ou evitar lugares ou eventos problemáticos, também pode servir como medidas de controle de estímulos que ajudam a evitar um lapso.

Técnicas de gestão da compulsão

Segundo esta abordagem, o paciente não deve se identificar com a compulsão ou visualizá-la como uma indicação de seu "desejo" de consumir a droga. Em vez disso, o paciente aprende a categorizar a compulsão como uma resposta emocional ou fisiológica a um estímulo externo em seu ambiente, que foi previamente associada ao consumo.

Em uma intervenção clínica baseada nesta abordagem, o paciente é ensinado a visualizar a compulsão ou fissura como uma onda, assistindo a sua ascensão e queda na qualidade de observador sem ser "varrido" por ela. Esta técnica de imagens é conhecida como *urge surfing* (compulsão por surfar) e refere-se a definir a compulsão ou fissura como uma onda que faz uma crista e então lava a praia. Ao fazê-lo, o paciente descobre que, em vez de aumentar interminavelmente até que se tornem esmagadoras, as compulsões e fissuras têm um pico e desaparecem muito rapidamente se não são utilizadas. O paciente não é ensinado a lutar contra a onda ou se deixar levar por ela, e, assim, ser "varrido" ou "afogado" pela sensação, mas a imaginar-se "surfando na onda" em uma prancha de surfe. Assim como a conceituação de impulsos e desejos como resposta a um estímulo externo, essa imagem promove o descolamento das compulsões e fissuras e reforça o caráter temporário e externo desses fenômenos.

Mapeamento da recaída

Por fim, os terapeutas podem ajudar os pacientes com o desenvolvimento de mapas da recaída, isto é, a análise cognitivo-comportamental de situações de alto risco que ressaltam as diferentes opções disponíveis para os pacientes para evitar ou lidar com essas situações, bem como suas consequências. Esse "mapeamento" dos possíveis resultados associados com escolhas diferentes ao longo do caminho pode ser útil na identificação de DAIs. Por exemplo, se discussões com um ex-cônjuge são uma situação de alto risco, o terapeuta pode ajudar o paciente a mapear vários cenários possíveis para interagir com o ex-cônjuge, incluindo o risco de precipitar uma discussão em cada cenário. O terapeuta pode ajudar a identificar as respostas de enfrentamento que podem ser usadas para evitar um lapso em cada ponto de interação.

CAPÍTULO 17

Abordagem familiar

Autora

Silvia Chwartzmann Halpern

Introdução

Durante muito tempo, o uso e o abuso de substâncias psicoativas (SPA) foram vistos como um problema individual, relacionado apenas a fatores intrínsecos ao indivíduo e à sua personalidade. Atualmente, existe uma visão mais abrangente da drogadição, e que as disfunções ocorridas devido ao abuso de SPA nos indivíduos possuem um impacto na família e, consequentemente, no grupo com o qual eles interagem, ou seja, sua rede social. A drogadição é um problema de proporções epidêmicas, que envolve todos os segmentos da sociedade com consequências em todas as áreas da vida dos usuários de drogas e sua família. Os prejuízos ocorrem na esfera da saúde física e emocional, no desempenho laboral ou acadêmico, e na convivência dentro da comunidade. A dependência química se expressa a partir do contexto social, e através da vasta e complexa gama de inter-relações que o indivíduo estabelece com o mundo externo. Trata-se, portanto, de uma doença de caráter biopsicossocial, cuja origem, curso, severidade e resposta ao tratamento são, em grande parte, influenciados por fatores familiares e socioambientais.

Abordagens familiares são definidas como toda intervenção que tenha a participação de um ou mais membros do grupo familiar no tratamento. As abordagens são variadas e derivadas de múltiplos referenciais teóricos e, dessa forma, produzem resultados e impactos diversos. As repercussões do uso de uma substância psicoativa ocorrem não somente no indivíduo que utiliza a droga, mas também no seu grupo familiar e em seu contexto social. O ambiente é uma variável importante no curso do desenvolvimento do problema, ora como um fator de risco, ora como um determinante de proteção. Se, por um lado, a família sofre as influências do problema, pode também, por dificuldades relacionais, dinâmica, funcionamento e

conflitos familiares, entre outros fatores de ordem social, precipitar o aparecimento do mesmo. Desse modo, a literatura científica tem um amplo reconhecimento sobre a eficácia de envolver as famílias no tratamento da dependência química. Segundo Steiglass (2009), a adesão, a retenção e a permanência de usuários de drogas aos tratamentos aumentam significativamente com o envolvimento de membros da família na fase de pré-tratamento, assim como os resultados de longa duração surtem mais efeito quando a família e a rede social estão envolvidas nas abordagens.

Embora haja o reconhecimento da necessidade do envolvimento da família no tratamento, não se têm evidências de qual é a melhor abordagem familiar existente.

Payá e Figlie (2010) enumeram algumas modalidades mais comuns de abordagens familiares:

- Grupos de Pares: Neste modelo de atendimento, os membros da família são atendidos em diferentes grupos: usuários de drogas, pais, mães, irmãos, cônjuges, etc. O objetivo é a troca de experiências entre iguais. A interação entre pares é facilitadora de mudanças, uma vez que escutar de um par não é o mesmo que escutar de um profissional.
- Grupos de Multifamiliares: Nesta modalidade, o objetivo é oferecer às famílias um espaço de troca, solidariedade e ajuda mútua. O intercâmbio que ocorre busca a escuta, solução de problemas, gerando um efeito em rede.
- Psicoterapia Familiar: Esta compreende uma abordagem especializada com a presença de um profissional para a compreensão do padrão familiar e intervenção específica. Nesta modalidade, se reúnem todo grupo familiar e o dependente químico.
- Psicoterapia de Casal: Na terapia de casais, os mesmos podem ser atendidos individualmente ou também em grupos, dependendo das dificuldades apresentadas e da habilidade do terapeuta para conduzir as sessões, sem expor as particularidades de cada situação.

Quando estamos diante de uma família enfrentando problemas com dependência química, caberá ao profissional avaliar qual a melhor modalidade terapêutica indicar. Para isso, este deve contar com uma avaliação precisa e detalhada do grupo familiar. As abordagens não são excludentes. Muitas famílias se beneficiam de uma ou mais intervenções simultaneamente.

A Teoria Sistêmica e o Abuso de Substâncias Psicoativas (SPA)

A abordagem familiar sistêmica é um referencial teórico muito utilizado nas intervenções com as famílias onde existe um ou mais membros abusadores de SPA. O entendimento de que o indivíduo faz parte de um contexto maior, com quem interage e se relaciona, e que a partir disso modela padrões de comportamento é cada vez mais evidente. A perspectiva sistêmica demonstra que a família deve ser vista como uma unidade organizacional ou sistema em que os membros se relacionam e interagem de forma recíproca. O que ocorre com um membro do grupo familiar afeta direta ou indiretamente o outro. A família compõe diversos subsistemas (parental, conjugal, filial, fraternal, entre outros), e está em constante interação e troca,

e busca o equilíbrio através de regras de funcionamento, valores, crenças e desempenho de papéis. Quando esse sistema passa a ter problemas, geralmente expresso através de um problema em um dos membros, a intervenção deverá ocorrer, porém com todo o grupo familiar.

Steinglass (1987) acrescenta que as famílias buscam estabelecer e manter um senso de equilíbrio, mas nem sempre esse equilíbrio é indicativo de interações saudáveis dentro da família. Os diferentes membros de uma família interagem estabelecendo uma cadeia de ações recíprocas, e o abuso de drogas necessariamente causará um tipo de repercussão no sistema familiar como um todo, e não somente para o abusador de drogas. Dentro desta visão, o foco da intervenção está em gerar mudanças no comportamento, no funcionamento e na comunicação de seus membros.

A forma como a família se estrutura constitui-se em fator decisivo na prevenção ou precipitação do consumo excessivo de substâncias psicoativas. O uso e o abuso de drogas de um indivíduo são, muitas vezes, mais que um problema individual, uma reação a conflitos e desequilíbrios na própria estrutura e funcionamento familiar em que está inserido.

Abordagens com bases nesse referencial avaliam diversos aspectos da dinâmica da família, entre eles:

a) as interações e alianças entre os subsistemas;

b) os padrões de comunicação entre os membros;

c) a capacidade dos membros da família resolver conflitos;

d) as formas de funcionamento e enfrentamento nos diferentes momentos do ciclo de vida;

e) as habilidades de mobilização e utilização de recursos da rede social e de saúde, entre outros.

Razões para incluir os membros da família no tratamento

A experiência de envolver as famílias no tratamento da drogadependência é relativamente recente, e tem se constituído em uma abordagem eficaz.

A família deve ser envolvida ao tratamento porque:

a) é a unidade básica de relação dos indivíduos, e o primeiro grupo que diretamente experimenta as consequências dos comportamentos disfuncionais do familiar que abusa de SPA, e por isso também necessita de cuidados;

b) é um grupo de risco, pois o problema que vivencia é gerador de estresses e de uma variada gama de reações emocionais. Se não abordadas terapeuticamente, tais reações emocionais podem amplificar os conflitos existentes;

c) pois constitui-se em um importante recurso da rede de suporte do paciente, devendo ser trabalhado alianças e buscando a colaboração com a mesma, durante o tratamento;

d) com a inclusão da família, há uma diminuição do isolamento vivido pelos pacientes, evitando-se rótulos e a exclusão;

e) possibilita a identificação de outros problemas familiares que requeiram tratamentos, como, por exemplo, problemas de comunicação intrafamiliar, questões relacionais, presença de sintomas psiquiátricos, dependência química de outros membros da família;

f) com uma visão mais ampliada do problema, e retirando o foco da droga, oportuniza-se aos membros da família a expressão de potencialidades em outras áreas.

São muitos os temas a serem trabalhados com a família quando existe a droga envolvida em suas vidas. Frequentemente, encontram-se funcionamentos interacionais típicos das famílias. A negação em relação à existência do problema, atribuição de culpas, extrema rigidez ou permissividade nos comportamentos, inversão nos papéis desempenhados, resistências aos tratamentos, e presença de segredos são alguns dos padrões comportamentais presentes na dinâmica familiar. Verificar em que momento do ciclo de vida da família a droga se instalou, sua trajetória transgeracional, conhecer o uso de drogas e outras adições na família nuclear e extensa são informações extremamente úteis para entender o problema da droga dentro de uma perspectiva evolutiva e interacional, bem como compreender o sistema de crenças culturais, sociais e ambientais das famílias são necessários para compor a avaliação psicossocial do grupo familiar.

Observação: A família não pode ser considerada apenas uma fonte de informação para o terapeuta. O profissional deve estar atento às necessidades de todos os membros da família. Cada integrante do sistema possui demandas individuais que necessitam de respostas específicas, principalmente as crianças e adolescentes, que são grupos particularmente vulneráveis e de risco.

Avaliação

Todo o processo terapêutico, desde o acolhimento, a avaliação, até a formulação do plano de tratamento da família, deve ter um planejamento integrado. O processo de avaliação pode ser descrito em estágios. Estes podem variar dependendo de cada situação. São eles:

1. Contato inicial

No primeiro contato ou triagem, a família deve sentir-se acolhida e receber alguma informação que possa vinculá-la ao serviço que irá prestar o atendimento. Pesquisas atuais demonstram que as famílias podem ser motivadas para o tratamento no primeiro contato telefônico. É fundamental que toda equipe

seja treinada para fazer o acolhimento. O primeiro atendimento deverá ser realizado o mais breve possível para facilitar a adesão. O tratamento deve ser disponibilizado à família oportunizando o momento em que a mesma está motivada e à procura de ajuda.

2. Encontro com a família e estabelecimento do vínculo

É muito comum a família buscar ajuda sem a presença do usuário de drogas. A intervenção pode iniciar só com alguns integrantes da família. É necessário esclarecer a todo grupo familiar como funciona a abordagem que será oferecida: suas principais diferenças em relação a outras modalidades terapêuticas, a inclusão de outras pessoas da família de origem e da rede social, regras, entre outros tópicos do contrato terapêutico. Saber o que a família espera do terapeuta, e desmistificar falsas expectativas a respeito do tratamento são tópicos de discussão relevantes dos primeiros encontros.

3. Definir os objetivos desejados

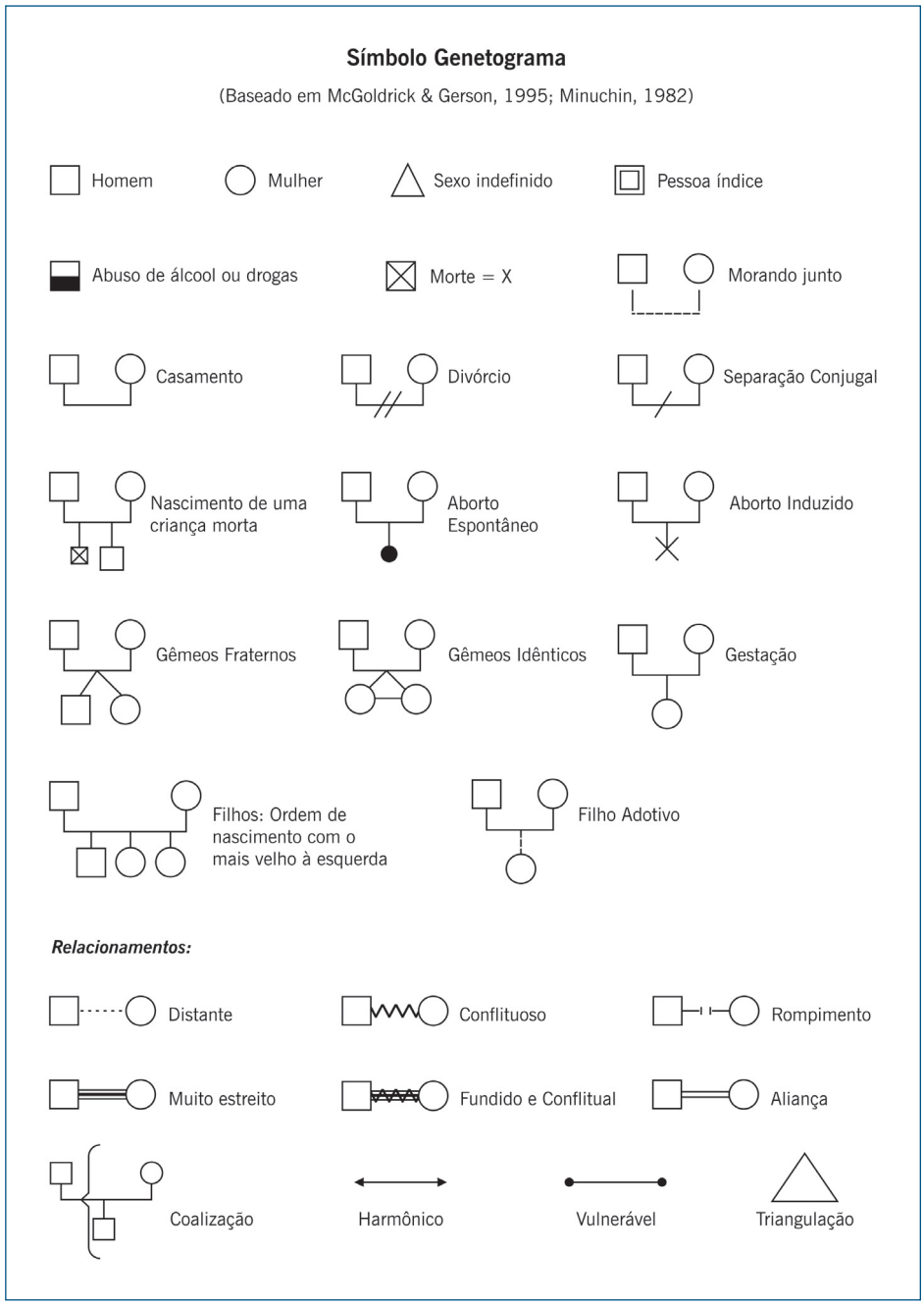
Estes devem ser planejados juntamente com a família. É fundamental estabelecer prioridades e metas realistas, avaliando-se onde a família pode e deseja chegar com a intervenção e a mudança. O desafio do terapeuta também será o de trabalhar os diferentes objetivos e metas de cada membro da família, jamais impondo seus próprios objetivos e expectativas.

4. Conhecer a família

Interagir com todos os membros da família possibilita ao profissional investigar temas familiares dentro da perspectiva de cada um, e como funcionam e se comunicam dentro do ambiente. Solicitar que cada um relate detalhadamente sua história de vida sob a perspectiva do ciclo de vida da família, e estabelecer uma relação com o início de uso da droga ou outros comportamentos de risco são o ponto de partida para o entendimento dos processos funcionais, relacionais e emocionais existentes no grupo familiar.

A construção do genograma é útil para compreender e estabelecer relações trigeracionais. O terapeuta também pode fazer uso de outros recursos para compor sua avaliação, como testagens, escalas e exames, sempre com o consentimento e a aprovação dos integrantes da família.

Observação: O genograma é um instrumento gráfico muito utilizado pelos terapeutas para identificar os membros da família e seus relacionamentos até três gerações. Este provê informações de forma visual de toda a configuração familiar e seus padrões de funcionamento, auxiliando o profissional em suas hipóteses clínicas a respeito do problema, e como este evolui através das gerações. O genograma consiste em mapear a família através de símbolos e sinais, e pode ser realizado junto com os membros do grupo familiar e durante o tratamento. Exemplo a seguir:



5. Avaliar o atual funcionamento e dinâmica da família

Entender a relação recíproca existente entre o problema atual e o funcionamento do grupo familiar é necessário para sustentar hipóteses diagnósticas. Para obter informações, é importante ter em mente algumas questões:

a) Qual é a função da droga para a família?

b) Como cada membro se comporta para preservar o sistema funcionando?

c) Quais serão as consequências da mudança?

d) Qual é o ponto focal da terapia?

e) Que potencialidades e competências existem na família para serem desenvolvidas?

Temas importantes como orientação para lidar com recaídas, adesão ao tratamento, hospitalização, busca de recursos devem ser abordados com clareza e desmistificados.

6. Desenvolver uma hipótese diagnóstica para estabelecer metas e intervenções

De posse de todas as informações, o terapeuta poderá formular um plano terapêutico apropriado às necessidades da família. Isso envolve avaliar a motivação da mesma para a mudança e os recursos disponíveis na rede.

7. Devolução e recomendações à família

Indica-se que se faça um encontro com a família para informar sobre o resultado da avaliação e as recomendações pertinentes. Quanto mais informada e provida de informação a família estiver, maior será sua vinculação e adesão às abordagens propostas. Deve-se estabelecer um "contrato terapêutico" que envolve informar procedimentos diagnósticos, combinar estratégias de tratamento, número de encontros, membros participantes (avaliar a participação de crianças), tempo de duração do tratamento, e encaminhamentos para recursos específicos.

8. Devolução ao local de encaminhamento

A abordagem da família deve se constituir em uma das várias intervenções psicossociais associadas ao plano de tratamento ao usuário de SPA. As equipes envolvidas devem trabalhar em sintonia e integradamente a fim de evitar dissociações e sobreposições de abordagens. Informar ao colega ou serviço que encaminhou a família sobre o plano terapêutico e sobre qualquer recomendação e encaminhamentos adicionais deve ser uma prática comum entre os profissionais para garantir uma maior vinculação ao tratamento. Essas ações têm sido preconizadas como medidas facilitadoras de acesso para as famílias a novos recursos, evitando assim abandono e recaídas.

Indicações para encaminhamento da família para tratamento

Sempre que possível, a família deve participar do tratamento do paciente, e revisar quais fatores sociofamiliares intervenientes ao problema da dependência química contribuem no processo de reabilitação.

O encaminhamento familiar para terapia de família depende de alguns fatores que variam de acordo com a faixa etária do paciente, tipo de substância, grau de motivação da família, fase do tratamento, grau de complexidade de conflito existente na família, e local de atendimento (Payá e Figlie 2010).

- Faixa etária: adolescentes e adultos são o grupo de maior risco para o uso de SPA, e, dessa forma, o envolvimento de familiares se faz necessário. Enquanto que na situação de adolescentes a presença de toda família é estimulada, no caso de usuários adultos, os cônjuges e companheiros/as compõem a maior demanda, sendo a terapia de casal muitas vezes uma opção adicional.
- Tipo de substância: a abordagem familiar de escolha deve também estar em consonância com as estratégias terapêuticas de acordo com o tipo de droga de uso, modalidade terapêutica do serviço e da equipe que presta a assistência.
- Fase da terapia: quanto mais precocemente a família for encaminhada para a terapia, maior será a chance de envolvê-la no tratamento. Sempre que houver alguma motivação da família, esta deve servir como ponto de partida para vinculá-la ao tratamento, reforçar suas potencialidades, e estimular a participação de membros não usuários de drogas. Oportunizar a expressão de outros conflitos ou dificuldades que ameacem a estabilidade familiar é um recurso da terapia de família nesses casos.
- Grau de complexidade de conflito existente na família: famílias extremamente caóticas, conflituadas, nas quais exista a possibilidade de agressão, ou que algum membro esteja em risco, sugere-se evitar o confronto em sessão. Tais temas devem ser abordados em espaços de saúde, legais e assistenciais protegidos e por profissionais devidamente habilitados para tal.

Abordagens familiares possuem a propriedade de auxiliar os profissionais a promover estratégias para auxiliar a família a resgatar competências e a buscar mudanças em seu estilo de vida, visando a um melhor funcionamento, comunicação, desempenho de papéis e maior autonomia de seus membros. São elas:

a) auxiliar a família a reconhecer a dimensão do problema que estão vivendo e refletir sobre possibilidades de enfrentamento;

b) buscar um vínculo com a família oportunizando que o sistema se torne o mais franco possível, e incentivando uma discussão aberta do problema com outros membros da família;

c) identificar os fatores de risco para minimizá-los;

d) identificar os fatores de proteção para potencializá-los;

e) compreender a drogadição como um problema de saúde, devendo ser tratado em serviços e por profissionais com formação técnica e treinamento especializados;

f) possibilitar a ampliação de recursos de suporte e rede social;

g) propiciar a inclusão de um maior número de familiares nas abordagens;

h) imprimir um caráter psicoeducativo nas ações provendo a família de informação, auxiliando a corrigir percepções errôneas e romper com a negação;

i) auxiliar a família a manter-se motivada durante todo o tratamento, encorajando-a para mudança.

Referências:

1. Asen, K. Avanços na terapia de família e de casais. In: Edwards, G. e Dare, C. Psicoterapia e tratamento de adições. Porto Alegre: Artmed; 1996. p.102113.
2. Collins, L.R. Family Treatment of Alcohol Abuse: Behavioral and Systems Perspectives In: Collins, L.R., Leonard, K., E Searles, J.S. Alcohol and the Family: Research and clinical perspectives. New York : The Guilford Press; 1990. p. 285-308.
3. Dare, C. Psicoterapia e o ciclo de vida: O indivíduo e a família. In: Edwards, G e Dare, C. Psicoterapia e Tratamento de Adições. Artmed: Porto Alegre; 1997. p. 19-41.
4. Eve. S. A Psychotherapeutic Approach Treatmentof a Populational High Risk for Alcoholism: Adult Children Of Alcoholics. Medicine and Law. 1989.
5. Galanter, M. Network Therapy In: Washton, A. Psychoterapy and Substance Abuse. New York: The Guilford Press; 1995
6. Haley, J. Strategies of psychotheraphy; New York: Grune and Stratton, 1963
7. Howe, B. Alcohol Education: A Handbook for Health and Wealthfare Professionals. New York : Routledge; 1989.
8. Krestan, J. e Bepko, C. Problemas de Alcoolismo e o Ciclo de Vida Familiar. In: Carter, B. e McGoldrick, M. As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia de família. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 1995. p. 415-434
9. Liddle, H. A; Dakof, G. A; Parker, K ; Guy S. Diamond, G. S Barrett, K; Tejeda, M. Multidimensional Family Therapy for Adolescent Drug Abuse: Results of a Randomized Clinical Trial. Am. J. Drug Alcohol Abuse, 2001; 27(4): 651–688.
10. McGpldrick, M and Gerson, R. Genograms in Family Assessment. New York. W.W. Norton & Company. 1985.
11. NIDA. Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse. Szapocznik, J.; Hervis, O, and Schwartz, S. 2003.
12. O' Farrell, J. T. e Cowles, S. K. Marital and Family Therapy . In: Hester, R.K. e Miller. W. R. Editors. Handbook of Alcoholism Treatment Approaches Effective Alternatives, New York: Pergamon Press; 1989.
13. Osório, L.C. e Valle, M. E. Terapia de Famílias: Novas Tendências. Porto Alegre: Artmed; 2002
14. Payá, R., Figlie, N,B., Abordagem Familiar em Dependência Química. In: Figlie, N.B; Bordin, S e Laranjeira, R. Aconselhamento em dependência química. 2a. Ed. ROCA; 2010. p. 405-425.
15. Robbins, M, Mayorga, B. A, and Szapocznik, J. The Ecosystemic "Lens" to Undesrtandind Family Functioning. In: Thomas L. Sexton and Michael S. Handbook of Family Therapy; London: Robbins Brunner-Routledge; 2003
16. Santisteban, D. A; Suarez-Morales, L; Robbins, M andSzapocznik, J. Brief Strategic Family Therapy: Lessons Learned in Efficacy Researchand Challenges to Blending Research and Practice; Family Process. 2006; 45(2): 259–271.
17. Schenker, M e Minayo, M. C. Aimplicação da Família no Uso Abusivo de Drogas: Uma Revisão Crítica. Ciência e Saúde Coletiva. 2003; 8(1):299-306.
18. Schenker, M e Minayo, M. C. A Importância da Família no Tatamento do Uso Abusivo de Drogas: Uma Revisão da Literature. 2004; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(3):649-659.
19. Stellato-Kabat, D, Stellato-Kabat, J e Garret, J. Treating Cheamical Dependent Couples and Families. In: Washton, A. M. Psychotherapy and Substance Abuse: A Practioners Guide, New York: The Guilford Press; 1995
20. Stanton, M. Duncan, Thomas C. Todd. The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction; New York: The Guilford Press. 1982.
21. Steinglass, P. ; Bennet, L; Wolin, S.J e Reiss, D. The Alcoholic Family: Drinking Problems in a Family Context; New York: Basic Books, 1987.
22. Steiglass, P. Terapia Motivacional-Sistêmica para Transtorno de Abuso Substâncias: um Modelo Integrativo. Journal of Family Therapy 31(2): 155-174. 2009.

CAPÍTULO 18

Gerenciamento de casos

Autora

Sibele Faller

Histórico e definição

O Gerenciamento de Casos (GC) é uma abordagem terapêutica que foi desenvolvida nos EUA, no final dos anos 1960, quando os serviços de saúde mental passaram a ocorrer em ambulatórios localizados em centros de saúde mental na comunidade, com assistentes sociais integrando suas equipes. Seu objetivo é ajudar a melhorar o bem-estar e a qualidade de vida de pessoas que tenham problemas de saúde crônicos, complexos ou emergenciais.

O modelo enfatiza uma aproximação à equipe multidisciplinar, proporcionando uma extensão de tratamento, reabilitação e serviços de suporte para ajudar o paciente a satisfazer as necessidades que o permite viver melhor em comunidade, prevenindo, assim, a hospitalização.

O GC foi concebido sob vários significados, como, por exemplo, o de prover cuidados contínuos e compreensivos para pessoas com sérios transtornos psiquiátricos. Foi nos anos 1990 que esse modelo se tornou popular como uma etapa essencial no tratamento do abuso de substâncias psicoativas (SPAs), ocorrendo principalmente na transição entre internação e tratamento ambulatorial. Em 1995, foi definido como um método pelo qual um profissional (gerente de casos) avalia as necessidades do cliente e de sua família, coordenando e monitorando as múltiplas práticas e serviços oferecidos pela comunidade, a fim de contemplar as necessidades específicas dele. Em linhas gerais, é um conjunto de intervenções que visa

facilitar o desfecho no tratamento que, no caso, é a abstinência de drogas e a reinserção do usuário em seu ambiente social.

Existem diferentes interpretações para a definição e prática do gerenciamento de caso. Devido às diferenças no contexto do cuidado, o uso de um único modelo para todos os cenários de saúde pode ignorar as necessidades individuais de um sistema em particular. Assim, esta modalidade de intervenção se popularizou sem um protocolo específico, pois depende da diversidade de adaptações às circunstâncias locais e culturais, aspectos que determinam sua definição e prática.

O GC possui as seguintes funções básicas:

a) Identificação dos pacientes

b) Avaliação de necessidades

c) Planejamento do tratamento

d) Encaminhamento para serviços apropriados

e) Monitoramento dos casos para assegurar se os serviços estão sendo utilizados conforme o indicado.

De acordo com essa abordagem, a situação habitacional, financeira, educacional, a saúde física e mental e as condições do paciente de se beneficiar com opções de lazer são determinantes para o sucesso do tratamento.

O GC envolve cinco princípios:

1. O foco do tratamento é nas potencialidades e não na patologia.
2. A relação entre gerente de caso (o profissional responsável pelo tratamento) e paciente é fundamental e constitui a base da intervenção.
3. A comunidade é vista como uma fonte de recursos e não como um obstáculo.
4. A busca ativa pelo paciente é o modo principal de intervenção.
5. As intervenções são baseadas na necessidade de cada paciente.

Papel do gerente de caso

O gerente de caso funciona como um canal de comunicação com outros profissionais e o cenário de tratamento e setores externos a esse cenário. O profissional em questão deve possuir, preferencialmente, formação acadêmica, conhecimento e experiência sobre dependência química, prontidão para pesquisar as diferentes áreas da vida do paciente, conhecimento das características da população local, bem como do sistema de serviços. Esses profissionais devem se engajar na procura de alternativas que possam contribuir para o sucesso no tratamento.

Comumente, uma assistente social faz o papel de gerente de caso, que será responsável por aplicar intervenções focais junto aos usuários, sua família e à rede social de apoio, mas outros profissionais treinados também podem ter essa função. O trabalho é realizado sempre considerando uma equipe, já que as responsabilidades são distribuídas entre especialistas de diversas áreas e serviços em um modelo interdisciplinar.

As principais funções do gerente de caso são:

1) realizar encontros e contatos com pacientes – e, se possível, com seus familiares – tanto quanto necessário;
2) mapear a rede de apoio ao usuário de drogas na comunidade, estabelecendo conexões com outros serviços, como locais de tratamento, programas educacionais, locais de apoio às questões legais, entre outros;
3) estabelecer um plano individualizado de cuidado com objetivos claramente identificados e desenvolvidos em colaboração com o paciente;
4) orientar o paciente na resolução de problemas específicos que podem estar relacionados ao uso de crack ou dificultando a abstinência;
5) motivar o paciente para que ele cumpra com as combinações realizadas;
6) atuar como interlocutor entre proposta de intervenção, recursos disponíveis e necessidades do paciente;
7) monitorar o paciente continuamente e revisar o plano de tratamento conforme necessidades específicas.

Por fim, o gerente de caso necessita apresentar uma postura de sensibilidade e disponibilidade para manter contato contínuo com o paciente e identificar suas demandas. O contato entre gerente de caso e paciente deverá servir como um modelo de relacionamento interpessoal. Desse modo, pode-se dizer que o papel do gerenciador de casos é assistir aos indivíduos em seus objetivos pessoais, assim como ajudar o paciente a adquirir habilidades e recursos necessários para realizar suas atividades do dia a dia, de trabalho e atividades sociais.

Intervenção

Como as intervenções propostas pelo modelo de gerenciamento de casos ocorrem de acordo com os principais tipos de problema apresentados pelo paciente, ele é submetido a uma avaliação anterior que contemple não somente o uso de drogas, mas outros âmbitos da sua vida. Como base teórica, o GC utiliza técnicas de diversas abordagens e estratégias, principalmente de:

- entrevista motivacional;
- prevenção à recaída;
- resolução de problemas.

Os principais objetivos da intervenção são: auxiliar o usuário na solução de problemas, no suporte da família e na reinserção no contexto de trabalho (orientação profissional e parceria com cooperativas que aceitem esse perfil de trabalhador), bem como incentivar a criação de atividades profissionais dentro da comunidade como fonte de renda (cursos profissionalizantes), facilitar o acesso do paciente e seus familiares ao tratamento e manter-se alerta às mudanças nas necessidades, na motivação e nos problemas dos usuários e de seus familiares durante o curso da intervenção. Em resumo, a intervenção visa buscar a identificação precoce de futuras dificuldades ou recaídas. Sendo assim, o programa de gerenciamento de casos é dividido em duas fases.

Fase I

Nessa fase, o gerente de caso irá motivar o paciente para o tratamento e trabalhará juntamente com ele para identificar recursos e necessidades humanas básicas não satisfeitas, assim como áreas que podem influenciar a participação no tratamento. Por exemplo, o paciente pode precisar resolver problemas de transporte e locomoção para que possa procurar ou manter o emprego. Ao mesmo tempo, solucionar esse problema pode ajudar o paciente a manter a frequência nas sessões de psicoterapia.

Para que os objetivos da **Fase I** sejam alcançados, o gerente de caso deverá atentar para os passos descritos a seguir:

1. Antes da primeira sessão com o paciente, o gerente de casos irá revisar os resultados da avaliação inicial realizada com os instrumentos propostos para identificar as áreas-problema.

2. Na ocasião da primeira abordagem, elementos da entrevista motivacional podem ser utilizados, já que uma das funções do gerente de caso é tornar o paciente motivado para participar do tratamento. Um bom modo de fazer isso é revisar brevemente os resultados da avaliação juntamente com ele e perguntar sobre suas prioridades. Para ajudar o paciente a identificar prioridades, recursos e potencialidades, o Formulário de Avaliação das Potencialidades do Paciente (Anexo I) pode ser aplicado.

3. Após completar o primeiro formulário, um Contrato Comportamental (Anexo II) deverá ser desenvolvido juntamente com o paciente de modo que as metas de tratamento e o compromisso entre as partes sejam reforçados. As estratégias que forem discutidas podem entrar no contrato, juntamente com os requisitos básicos para participação na segunda fase do tratamento (ex., frequentar grupos de ajuda mútua). Esse contrato deve ser bem específico, contemplando tanto a tarefa quanto as consequências do não cumprimento das combinações. No decorrer da Fase II, haverá oportunidades para renegociar e revisar o contrato. Para que metas sejam delineadas, cada gerente de caso contará com uma lista de recursos disponíveis na comunidade para orientar o paciente a cumprir seus objetivos. Para isso, é preciso definir previamente os locais para possíveis encaminhamentos na região onde o GC será aplicado.

4. Por fim, revisar o contrato comportamental com o paciente, perguntando se ele pensa que alguma parte do acordo pode não funcionar. Por exemplo, se o paciente não possui seu próprio meio de transporte para frequentar as sessões, o gerente de caso deverá perguntar como ele planeja controlar a situação. Caso esteja tudo certo, o gerente de caso poderá perguntar se existe um “plano B” na eventualidade de o plano original não poder ser seguido.

Fase II

Após o período de um mês, o gerente de casos será responsável por avaliar o paciente duas vezes (uma vez a cada 15 dias) e fazer telefonemas com o objetivo de verificar progressos através das combinações especificadas nos formulários. Está previsto, também, o manejo de problemas que possam surgir durante o processo.

Os principais objetivos na **fase II** são:

1. Ajudar o paciente a se manter motivado para continuar o tratamento, utilizando técnicas oriundas da entrevista motivacional.
2. Identificar fatores externos que aumentem o risco de recaída. Esses fatores são comumente os mais associados com a técnica de GC (ex., recursos "concretos", como moradia, transporte, emprego).
3. Identificar fatores internos relacionados com a recaída. Isso inclui: trauma (violência doméstica, abuso sexual, etc.), comorbidades psiquiátricas (depressão, transtornos de ansiedade, etc.), problemas de aprendizagem, traços de personalidade (agressividade, perfeccionismo, impulsividade, etc.) e influência de amigos e família, que podem acabar estimulando o uso de drogas.
4. Monitorar, revisar e, se necessário, modificar o contrato comportamental, pois muitas metas deverão ser cumpridas a curto prazo e serão revisadas.

O gerenciador de caso deverá ter uma atitude proativa de ajudar o paciente à medida que os problemas forem surgindo, prestar atenção aos progressos e reforçar o comportamento do paciente quando ele obtiver sucesso (ou tiver trabalhado duro para isso). O objetivo é aumentar a frequência de atitudes positivas e incompatíveis com o uso de drogas.

Estrutura das sessões

Os próximos passos são apresentados para habilitar o gerente de caso a estruturar as sessões para que os objetivos do tratamento sejam consistentemente alcançados.

1. No início da sessão, utilizar a entrevista motivacional. Uma adequada questão inicial poderia ser: "Como vão indo as coisas para você desde que você começou o tratamento?". Uma boa questão para quando o paciente tiver sido encaminhado para, por exemplo, algum tratamento de grupo, seria: "Você conseguiu ir ao grupo ontem?", ou ainda: "O que você achou da sessão com o grupo?". O gerente de casos precisa ouvir o paciente sem criticar e refletir partes significativas do que o paciente disse.
2. Pacientes podem relatar que os fatores externos foram suficientemente contemplados. Se o paciente relatar o oposto, identificar as metas não atingidas e trabalhar em conjunto para alcançar os objetivos. Revisar o Formulário de Avaliação das Potencialidades do Paciente ajudará a retomar as áreas onde há necessidades e quais os recursos disponíveis. Provavelmente, esses itens precisarão

ser revisados. Por exemplo, o paciente pode ter identificado seu carro como recurso ("eu tenho meu próprio carro"). Entretanto, se o carro estiver estragado, o que era um recurso passa a ser uma necessidade a ser considerada. Assim, gerente de caso e paciente deverão levantar possíveis soluções para os problemas identificados.

3. O paciente poderá identificar (ou o gerente de casos poderá perceber) fatores internos que impedem o tratamento. O gerente de casos deverá estar consciente da avaliação do paciente e do histórico dos fatores internos. Por exemplo, alguns pacientes poderão ter relatado que uma discussão, em uma sessão de grupo sobre a origem da raiva, desencadeou suas memórias de abuso, negligência e trauma. Antes de expor a situação traumática para o grupo, isso deve ser discutido individualmente com o paciente, ele deve trazer a situação para os colegas, caso seja de sua vontade. Problemas atuais e constantes, como violência doméstica, podem emergir durante a sessão. Alguns gerentes de caso poderão considerar esse tipo de revelação um tanto quanto densa, considerando-as como tópicos a serem evitados. Portanto, o gerente de caso deverá ouvir o paciente com cuidado, validando suas preocupações e sentimentos. Para estruturar esse tipo de problema, o gerente poderá mapear os pensamentos do paciente com o objetivo de identificar problemas e explorar os vários meios de lidar com a situação no presente. Essa estratégia serve para potencializar a capacidade de enfrentamento do paciente, mas não substitui a psicoterapia e o tratamento farmacoterápico. Seu objetivo também não é modificar o passado ou mudar a personalidade do paciente. Em muitos casos, o paciente precisará ser encaminhado para outro profissional, como um psicólogo ou psiquiatra, principalmente quando for diagnosticado algum transtorno psiquiátrico.
4. Por fim, o Contrato Comportamental precisa ser revisado juntamente com o paciente. Os seguintes pontos devem estar completos:
   a. O paciente e o gerente de caso discutiram as combinações da última semana e os objetivos foram reforçados/alcançados.
   b. As metas e os comportamentos foram atualizados, retratando os resultados da sessão atual. É importante ter certeza que as consequências para cada comportamento foram estipuladas.
   c. O paciente precisa compreender o contrato. O gerente de caso precisa explorar os possíveis obstáculos para aumentar as chances de sucesso na execução do contrato e desenvolver planos para ultrapassar os obstáculos.

Esses passos irão demandar o planejamento de sessões estruturadas e atenção às restrições de tempo. O gerente de caso precisa planejar habilmente como abordar os pacientes para concluir essas etapas necessárias, permitindo o avanço da sessão com certa flexibilidade e espontaneidade.

Anexo I

Formulário de avaliação das potencialidades do paciente

STATUS ATUAL	DESEJOS E ASPIRAÇÕES	RECURSOS – PESSOAIS E SOCIAIS
O que está acontecendo? O que está disponível agora?	O que eu quero?	O que já usei no passado?
	Moradia	
	Situação financeira	
	Emprego e educação	
	Suporte social	
	Saúde	
	Lazer	

Quais são as minhas prioridades?

1. .....
2. .....
3. .....

Comentários:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Anexo II

Contrato comportamental

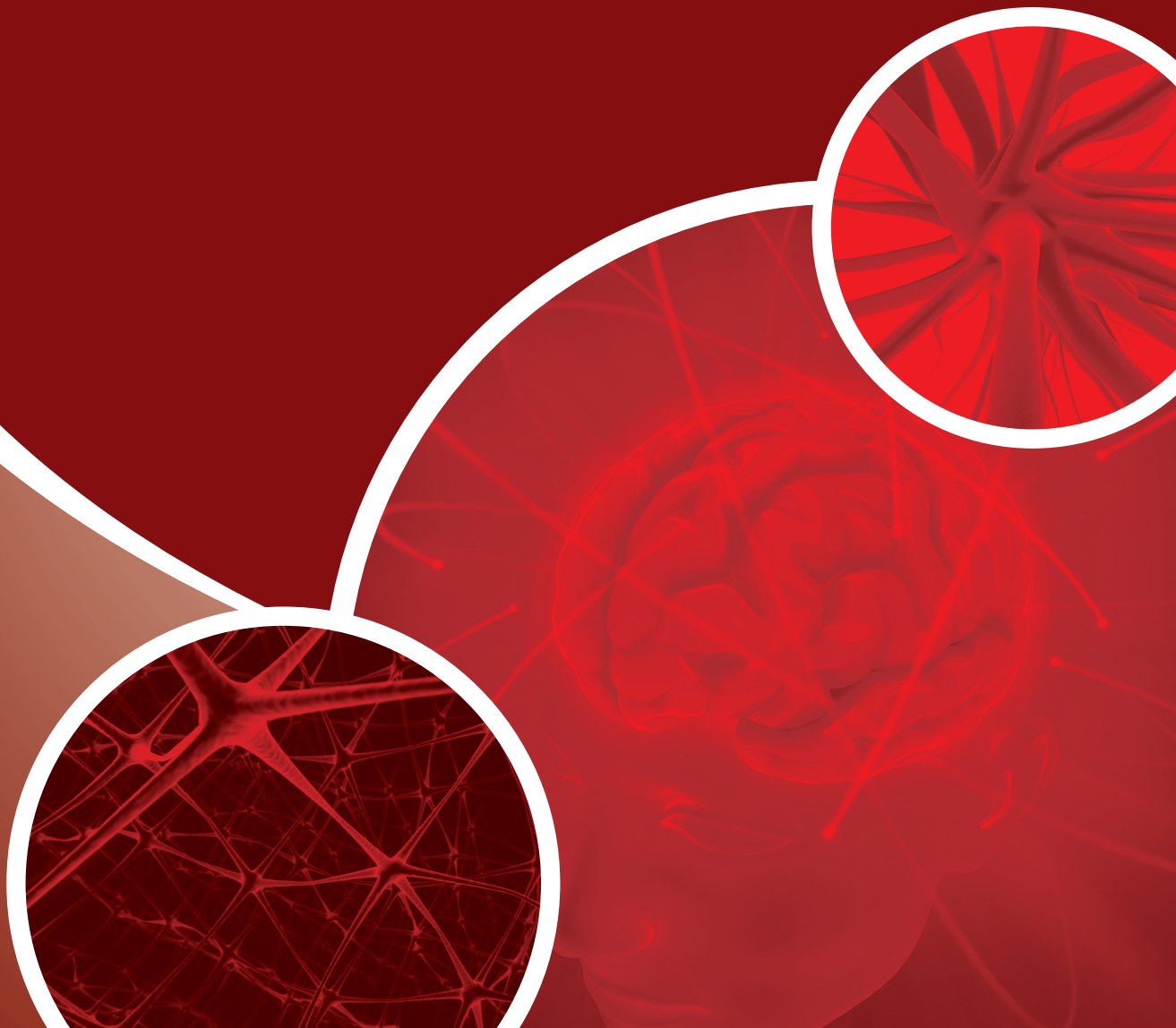
Metas – curto e longo prazo	Pessoas responsáveis	Data-limite	Consequências e recompensas

Referências:

1. Chan S, Mackenzie A, Tin-fung D, Leung JKY. An evaluation of the implementation of case management in the community psychiatric nursing service. J Adv Nurs 2000;31(1): 144-56.
2. Figlie NB e Laranjeira R. Case Management applied to the Treatment of Alcohol Dependence. Rev Bras Psiquiatr; 2004, 26 (Supl I).
3. Henderson J, Willis E, Walter B, Toffoli L. Community Mental Health Nursing: keeping pace with care delivery? Int J Mental Health Nurs 2008; 17:162-70.
4. Kelly PJ, Deane FP, King R, Katanzis N, Crowe TP. A taxonomy for homework usedby mental health case managers when working with individuals diagnosed with severemental illness. Communy Mental Health J 2007; 43(6):565-80.
5. Kelly J, Stephens L. Community case management for mental health. Aust Nurs J1999; 6(10):24-6.
6. Leukefeld CG, et al. Case management. 2000. Em CG Leukefeld, Behavioral therapy for rural substance abusers. The University Press of Kentucky.
7. Leukefeld CG, et al. Recommendations for improving drug abuse treatment. International Journal of Addictions 1992, 27(10): 1223-39.
8. Panzarino PJ, Wetherbee DG. Advance case management in mental health: quality and efficiency combined. QRB 1990, 11:386-90.
9. Rapp CA. The strengths perspective of case management with persons suffering from severe mental illness. 1992. Em D. Saleebey, The strengths perspective in social work practice (45-58) New York: Longman.
10. Rose SM e Moore VL. Case management. (1995). Em RL Edward, Encyclopedia of social work. (CD-ROM). Washington, DC.

MÓDULO 4

Prevenção, legislação e políticas públicas sobre drogas



CAPÍTULO 19

Prevenção[4]

Autores

Fernanda Kreishe,
Anne Orgle Sordi e
Sílvia Halpern

Os princípios relacionados a seguir destinam-se a ajudar pais, educadores e líderes comunitários a pensar, planejar e promover programas de prevenção de abuso de drogas baseados em pesquisa, para a comunidade. As referências que seguem cada princípio são representativas de pesquisa recente.

Fatores de risco e fatores de prevenção

PRINCÍPIO 1

Os programas de prevenção devem reforçar fatores de proteção e reduzir fatores de risco:

- o risco de se tornar um abusador de drogas envolve a relação entre a quantidade e o tipo de fatores de risco (por exemplo, as atitudes e os comportamentos negativos) e fatores de proteção (por exemplo, o apoio dos pais);
- o impacto potencial dos fatores de risco e de proteção varia conforme a idade. Por exemplo, fatores de risco na família têm maior impacto sobre uma criança mais jovem, enquanto que o abuso de drogas por amigos pode ser um fator de risco mais significativo para um adolescente;
- a intervenção precoce em fatores de risco (por exemplo, comportamento agressivo e pouco autocontrole) frequentemente tem um impacto maior do que a intervenção mais tardia, alterando

[4] Traduzido e adaptado NIDA (*National Institute of Drug Abuse*). Red Book. Preventing drug use among children and adolescents. A research-Based Guide for Parents, educators and Community leaders.In Brief. 2ª. Ed.

- a trajetória do curso de vida de uma criança, distanciando-a dos problemas e aproximando-a dos comportamentos positivos;
- apesar de os fatores de risco e de proteção afetarem pessoas de todos os grupos, esses fatores podem ter um diferente impacto dependendo da idade, do sexo, da etnicidade, da cultura e do ambiente social da pessoa.

PRINCÍPIO 2

- Os programas de prevenção devem abranger todas as formas de abuso de drogas, isoladamente ou em combinação, incluindo o uso de drogas lícitas de menores de idade (por exemplo, tabaco ou álcool), o uso de drogas ilícitas (por exemplo, maconha ou ecstasy) e o uso inadequado de substâncias obtidas legalmente (por exemplo, solventes), medicamentos prescritos ou a automedicação.

PRINCÍPIO 3

- Os programas de prevenção devem abordar o tipo de droga de abuso que é problema na comunidade local, focar nos fatores de risco modificáveis e reforçar os fatores de proteção identificados.

PRINCÍPIO 4

- Os programas devem ser adaptados para abordar riscos específicos da população ou características do público-alvo, como idade, sexo e etnicidade, para melhorar a efetividade do programa.

Planejando Prevenção

Programas de Família

PRINCÍPIO 5

- Programas de prevenção baseados na família devem reforçar o vínculo e as relações familiares e incluir as habilidades parentais: prática no desenvolvimento, discussão e aplicação de políticas familiares sobre o abuso de substância e treinamento em educação e informação sobre drogas.
- O vínculo familiar é o alicerce do relacionamento entre pais e filhos. O vínculo pode ser reforçado através de treinamento de habilidades no apoio dos pais aos filhos, na comunicação entre pais e filhos e no envolvimento dos pais.
- Acompanhamento e supervisão dos pais são fundamentais para a prevenção do abuso de drogas. Essas habilidades podem ser melhoradas com treinamento no estabelecimento de regras, técnicas para monitoramento das atividades dos filhos, reforço para comportamento adequado e disciplina moderada e consistente para o cumprimento das regras familiares definidas.

- Educação e informação sobre drogas para os pais ou cuidadores reforçam o que as crianças estão aprendendo sobre os efeitos nocivos das drogas e abrem oportunidades para discussões familiares sobre o abuso de substâncias lícitas ou ilícitas.
- Intervenções breves focadas na família podem mudar positivamente o comportamento dos pais, reduzindo, dessa forma, os riscos de abuso de drogas de seus filhos.

Programas Escolares

PRINCÍPIO 6

Programas de prevenção podem intervir já na pré-escola abordando, nesse caso, alguns fatores de risco para o abuso de drogas, tais como:

- comportamento agressivo;
- poucas habilidades sociais;
- dificuldades acadêmicas.

PRINCÍPIO 7

Programas de prevenção para crianças do ensino primário devem visar à melhoria do aprendizado acadêmico e socioemocional, focando em fatores de risco para o abuso de drogas, tais como:

- agressão precoce;
- fracasso escolar;
- evasão escolar.

A educação deve focar-se nas seguintes habilidades:

- autocontrole;
- consciência emocional;
- comunicação;
- resolução de problemas sociais; e
- apoio acadêmico, especialmente na leitura.

PRINCÍPIO 8

Programas de prevenção para alunos do ensino fundamental ou ensino médio devem aumentar as competências acadêmica e social com as seguintes habilidades:

- hábitos de estudo e apoio escolar;
- comunicação;
- relacionamentos entre colegas;
- autoeficácia e assertividade;
- habilidades de resistência à droga;
- reforço de atitudes antidrogas, e
- reforço dos compromissos pessoais contra o abuso de drogas.

Programas na Comunidade

PRINCÍPIO 9

Programas de prevenção visam, nas populações em geral, a pontos-chave de transição, como, por exemplo, a transição para o ensino fundamental, podendo produzir efeitos benéficos, mesmo entre as famílias e crianças de alto risco. Tais intervenções não separam populações de risco e, portanto, reduzem a rotulagem e promovem a vinculação à escola e à comunidade.

PRINCÍPIO 10

Programas de prevenção na comunidade que combinam dois ou mais programas eficazes, como programas de base familiar e escolar, podem ser mais eficazes do que um único programa sozinho.

PRINCÍPIO 11

Programas de prevenção na comunidade que envolvam a população de várias maneiras, por exemplo, nas escolas, nos clubes, nas organizações religiosas e na mídia, são mais eficazes quando apresentam mensagens consistentes e amplas para toda a comunidade.

Entrega de Programa de Prevenção

PRINCÍPIO 12

As comunidades que adaptam os programas para atender às suas necessidades (normas da comunidade ou diferentes exigências culturais) devem conservar os elementos centrais da intervenção original baseada em pesquisa, que incluem:

- estrutura (como o programa é organizado e construído);
- conteúdo (as informações, habilidades e estratégias do programa) e
- entrega (como o programa é adaptado, implementado e avaliado).

PRINCÍPIO 13

Programas de prevenção devem ser de longo prazo, com intervenções repetidas para reforçar as metas de prevenção original. Pesquisas mostram que os benefícios dos programas de prevenção de ensino fundamental diminuem sem o seguimento de programas em nível de ensino médio.

PRINCÍPIO 14

Programas de prevenção devem incluir o treinamento de professores para boas práticas no manejo na sala de aula, como reforçar o comportamento adequado dos alunos. Tais técnicas ajudam a promover o comportamento positivo dos estudantes, a motivação acadêmica e o bom desempenho escolar.

PRINCÍPIO 15

Programas de prevenção são mais eficazes quando utilizam técnicas interativas, como discussões de grupo com colegas e dramatização com os pais, o que permite a participação ativa na aprendizagem sobre o abuso de drogas e reforço de habilidades.

PRINCÍPIO 16

Programas de prevenção baseados em pesquisas podem ser custo-efetivos. De acordo com pesquisas anteriores, dados recentes mostram que para cada dólar investido em prevenção, pode ser vista uma economia de até 10 dólares em tratamento por abuso de álcool ou outra substância.

1.1 Parte 1

Fatores de risco e fatores de proteção

Este segmento descreve como os fatores de risco e proteção influenciam os comportamentos de abuso de drogas, nos sinais precoces de risco, nos períodos de transição de alto risco e padrões gerais de abuso de drogas entre crianças e adolescentes. O foco principal é em como os programas podem fortalecer a proteção e interferir para reduzir riscos.

Quais são os fatores de risco e os fatores de proteção?

Pesquisas realizadas durante as duas últimas décadas têm tentado determinar como o abuso de drogas se inicia e como evolui. Muitos fatores podem aumentar o risco de uma pessoa para o abuso de drogas. Os fatores de risco podem aumentar as chances de uma pessoa abusar de substâncias psicoativas, enquanto os fatores de proteção podem reduzir o risco. No entanto, a maioria dos indivíduos em risco para o abuso de drogas não usa ou torna-se dependente de drogas. Além disso, um fator de risco para uma pessoa pode não ser para outra.

Fatores de risco e de proteção podem afetar crianças em diferentes estágios de suas vidas. Em cada etapa, os riscos que ocorrem podem ser mudados através de uma intervenção de prevenção. Riscos precoces na infância, como comportamento agressivo, podem ser mudados ou evitados com intervenções (na família, na escola e na comunidade) focadas em ajudar as crianças a desenvolverem comportamentos adequados (positivos). Se não forem abordados, comportamentos negativos podem levar a maiores riscos, tais como o mau desempenho escolar e dificuldades sociais, o que coloca as crianças em risco adicional para o abuso de substâncias no futuro.

Programas de prevenção baseados em pesquisa concentram-se em intervenções precoces no desenvolvimento da criança para reforçar fatores protetores antes do desenvolvimento de comportamentos problemáticos.

A tabela a seguir descreve como os fatores de risco e de proteção afetam as pessoas em cinco domínios, onde intervenções podem ter espaço.

Fatores de Risco	Domínio	Fatores de Proteção
Comportamento agressivo precoce	Individual	Autocontrole
Falta de supervisão dos pais	Família	Monitoramento dos pais
Abuso de substância	Colegas	Competência acadêmica
Disponibilidade da droga	Escola	Políticas contrárias ao uso de drogas
Vulnerabilidade social	Comunidade	Forte vínculo com a vizinhança

Os fatores de risco podem influenciar o abuso de drogas de várias maneiras. Quanto maior o número de riscos a que uma criança for exposta, maior a probabilidade de ela abusar de drogas. Alguns fatores de risco podem ser mais influentes do que outros em determinadas fases do desenvolvimento, como pressão dos colegas durante a adolescência, por exemplo. Por outro lado, alguns fatores de proteção, como um forte vínculo entre pais e filhos, por exemplo, podem ter maior impacto em reduzir riscos durante os primeiros anos. Um objetivo importante da prevenção é inclinar a balança entre fatores de risco e de proteção para que os fatores de proteção superem os de risco.

Quais são os sinais precoces de risco que podem predizer o abuso de drogas no futuro?

Alguns sinais de risco podem ser vistos já no início da infância, tais como comportamento agressivo, falta de autocontrole ou temperamento difícil. Conforme a criança torna-se mais velha, interações com a família, na escola e com a comunidade podem afetar o risco da criança para um posterior abuso de drogas.

As primeiras interações infantis ocorrem na família, algumas vezes situações familiares potencializam o risco de uma criança abusar de drogas posteriormente, como, por exemplo, quando houver:

- falta de apego e carinho pelos pais ou responsáveis;
- paternagem ineficaz, e
- abuso de drogas de um cuidador.

Mas as famílias, por outro lado, podem oferecer proteção contra o abuso de drogas, quando houver:

- um forte vínculo entre pais e filhos;
- envolvimento dos pais na vida da criança e
- limites claros e reforços consistentes de disciplina.

Interações fora da família podem implicar em riscos para as crianças e adolescentes, como:

- comportamento em sala de aula ou habilidades sociais pobres;
- fracasso escolar;
- interação com amigos abusadores de drogas.

Interação com amigos abusadores de drogas é geralmente o principal risco para a exposição dos adolescentes ao uso de drogas e ao comportamento delinquente.

Outros fatores – como disponibilidade da droga e crenças que o abuso de drogas é geralmente tolerado – são riscos que podem influenciar pessoas jovens a iniciar o abuso de drogas.

Quais são os períodos de maior risco para abuso de drogas durante a adolescência?

As pesquisas têm mostrado que os períodos de maior risco para abuso de drogas são durante as maiores transições da vida das crianças.

A primeira grande transição para as crianças é quando elas deixam a segurança da família e entram na escola.

Mais tarde, quando avançam do ensino fundamental para o ensino médio, elas, muitas vezes, experimentam novas situações acadêmicas e sociais, como aprender a conviver com um grupo maior de colegas. É nesta fase - início da adolescência - que as crianças têm maior probabilidade de encontrar drogas pela primeira vez.

Uma vez que os riscos aparecem em cada transição de vida, os profissionais precisam planejar programas que fortaleçam os fatores de proteção em cada fase de desenvolvimento.

Quando entram no ensino médio, os adolescentes enfrentam novos desafios sociais, emocionais e educacionais. Ao mesmo tempo, eles podem estar expostos a uma maior disponibilidade de drogas, a dependentes de drogas e a atividades sociais que envolvem drogas. Esses desafios podem aumentar o risco de abusarem de álcool, tabaco e outras substâncias.

Quando jovens adultos saem de casa para a universidade ou trabalho e estão sozinhos pela primeira vez, o risco para abuso de drogas e álcool é muito alto. Consequentemente, intervenções em jovens adultos são necessárias tanto quanto nas fases anteriores.

Quando e como o abuso de drogas começa e progride?

O uso de drogas se inicia no Brasil em média aos 12 anos para álcool e um pouco mais tarde para as outras substâncias. Abuso precoce inclui, muitas vezes, substâncias como tabaco, álcool, inalantes, maconha e medicamentos prescritos. Os estudos mostraram também que o abuso de drogas no final da infância e início da adolescência está associado a um maior envolvimento com drogas. É importante notar que a maioria dos jovens, no entanto, não progride ao abuso de outras drogas.

Cientistas propuseram várias explicações do porquê algumas pessoas se envolvem com drogas e, em seguida, passam para o abuso. Uma explicação aponta para uma causa biológica, como ter um histórico

familiar de abuso de drogas ou álcool. Outra explicação é que abusar das drogas pode levar à aproximação com amigos abusadores de drogas, o que, por sua vez, expõe o indivíduo a outras drogas.

Pesquisadores descobriram que os jovens que aumentam rapidamente seu abuso de substâncias têm níveis elevados de fatores de risco com baixos níveis de fatores de proteção. Gênero, raça e localização geográfica também podem exercer um papel em como e quando as crianças começam a abusar de drogas.

Intervenções preventivas podem proporcionar habilidades e apoio aos jovens com alto risco, aumentando os níveis de fatores de proteção e impedindo a escalada ao abuso de drogas.

Quadro das Ações na Comunidade
Os pais podem usar informação sobre fatores de risco e de proteção para ajudá-los a desenvolver ações positivas de prevenção (por exemplo, falar com a família sobre drogas) antes de os problemas acontecerem.
Educadores podem reforçar a aprendizagem e o vínculo com a escola abordando os comportamentos agressivos e a falta de concentração - riscos associados com um posterior abuso de drogas e problemas relacionados.
Líderes comunitários podem avaliar o risco na comunidade e os fatores de proteção associados ao problema das drogas.

1.2 Parte 2

Planejando a prevenção de abuso de drogas na comunidade

Este segmento apresenta o processo para auxiliar as comunidades a implementarem programas de prevenção baseados em pesquisa. Ele provê orientações de como utilizar princípios de prevenção, avaliar necessidades, prontidão e motivação da comunidade para a ação, e avaliar o impacto dos programas implementados.

Como pode a comunidade desenvolver um plano de prevenção baseado em pesquisas?

O primeiro passo no planejamento de um programa de prevenção de abuso de drogas é avaliar o tipo de droga que é problema na comunidade, e determinar o nível dos fatores de risco que afetam o problema. Os resultados dessa avaliação podem ser utilizados para aumentar a consciência quanto à natureza e à gravidade do problema na comunidade e guiar a seleção dos melhores programas de prevenção.

Em seguida, avaliar a receptividade da comunidade para programas de prevenção pode auxiliar a determinar os passos seguintes para implementar ações educativas antes de se iniciar o processo. Além disso,

uma revisão dos programas atuais é necessária, a fim de determinar os recursos existentes e as carências, identificando as necessidades da comunidade e os recursos adicionais.

Finalmente, o planejamento pode se beneficiar da experiência de organizações comunitárias que fornecem serviços para adolescentes. A convocação de um encontro com líderes destas organizações pode propiciar a captação de ideias e recursos para ajudar a implementar e sustentar programas baseados em pesquisas.

Plano da Comunidade

Programas de prevenção sugerem que um plano de comunidade bem construído deve:

- identificar as drogas específicas e outros problemas das crianças e adolescentes na comunidade;
- ter como base recursos existentes (por exemplo, programas de prevenção do abuso de drogas que já tenham sido realizados ou em execução);
- desenvolver objetivos de curto prazo relacionados com a seleção e realização de programas de prevenção baseados em pesquisa e estratégias;
- propor metas de longo prazo para que os planos e os recursos estejam disponíveis para o futuro, e
- incluir avaliação contínua do programa de prevenção.

O processo de planejamento

O planejamento geralmente se inicia com uma avaliação do abuso de drogas e outros problemas das crianças e dos adolescentes, os quais incluem mensurar o nível de abuso da comunidade, assim como examinar o nível de outros fatores de risco da comunidade (exemplo: vulnerabilidades sociais). O resultado da avaliação pode ser utilizado para despertar a consciência da comunidade sobre a natureza e seriedade do problema, e servir como guia para a seleção de programas mais relevantes e suas necessidades. Esse é um processo importante, caso a comunidade esteja optando por um programa relacionado à prevenção de base curricular em escolas, ou, por exemplo, planejando intervenções múltiplas que englobem toda a comunidade.

Uma avaliação da prontidão da comunidade para a prevenção pode auxiliar os passos seguintes que são necessários para educar a comunidade para antes de iniciar qualquer esforço de prevenção. E, finalmente, o planejamento da comuniadade pode se beneficiar de organizações comunitárias que provêm serviços a jovens. Convocar reunião com líderes da comunidade pode auxiliar a coordenar ideias, recursos e expertise com o objetivo de ajudar a implementar e sustentar programas baseados em pesquisa. Planejamento para implementação e manutenção de programas requer desenvolvimento de recursos para equipes e gestão, compromissos de financiamento a longo prazo e parcerias com sistemas existentes.

Como pode a comunidade usar os princípios de prevenção no planejamento de programas preventivos?

Os princípios de prevenção oferecem orientação e apoio para selecionar e adaptar de forma eficaz programas de prevenção baseados em pesquisa para as necessidades específicas da comunidade. Por exemplo, o Princípio 3 identifica como um plano deve abordar os problemas da droga em uma comunidade,

e os passos que podem ser tomados para enfrentá-los. O Princípio 5 explica o conteúdo para incluir em um programa familiar.

Os princípios podem ajudar os profissionais como guia na seleção de melhores programas de prevenção para sua comunidade e na prestação de melhores estratégias para colocá-los em prática. Dessa forma, pais, educadores e líderes da comunidade podem planejar cuidadosamente como, quando e onde executar cada programa.

Como a comunidade pode avaliar o nível de risco para abuso de drogas?

Para avaliar o nível de risco dos jovens para o abuso de drogas, é importante:

- medir a natureza e a extensão dos padrões do abuso de drogas e tendências;
- coletar dados sobre fatores de risco e de proteção em toda a comunidade;
- entender a cultura da comunidade e como esta afeta e é afetada pelo abuso de drogas;
- consultar com os líderes da comunidade que trabalham com prevenção de uso de drogas, tratamento, lei, saúde mental e áreas correlatas;
- avaliar o conhecimento da comunidade a respeito do problema; e,
- identificar os esforços de prevenção já em curso para resolver essa questão.

Está a comunidade preparada para prevenção?

Identificar um importante risco na comunidade nem sempre significa que esta esteja pronta para a ação. Com base em estudos de muitas comunidades pequenas, pesquisadores têm identificado nove estágios de "prontidão da comunidade" que podem orientar o planejamento de prevenção. Uma vez que os profissionais reconhecem em que fase a comunidade se encontra, eles podem dar os próximos passos para começar programas de prevenção (ver tabela a seguir).

Como pode a comunidade ser motivada para implementar programas de prevenção baseados em pesquisa?

Os métodos necessários para motivar uma comunidade a agir dependem do estágio de motivação ou prontidão da comunidade, para que as ações promovidas proporcionem o máximo de benefícios.

Uma forma importante de efetivar mudanças na comunidade é através do desenvolvimento de uma parceria ativa contra as drogas na comunidade. As parcerias comunitárias de combate às drogas podem e reúnem-se em toda a comunidade, desenvolvem campanhas públicas de educação e atraem patrocinadores para as estratégias de prevenção do abuso de substâncias. Para reforçar o impacto dessas estratégias sobre os problemas de drogas na comunidade, as parcerias devem focar-se na implementação dos programas e abordagens testadas.

Avaliando Prontidão		Ação da Comunidade
Estágio de Prontidão	**Resposta da Comunidade**	**Ideias**
1. Nenhuma consciência	Relativa tolerância ao abuso de drogas	Criar motivação. Encontro com líderes comunitários envolvidos com a prevenção do abuso de drogas; usar a mídia para identificar e falar sobre o problema; incentivar a comunidade a ver como se ela se relaciona com temas comunitários; iniciar o pré-planejamento
2. Negação	Nada acontece aqui, não se pode fazer nada sobre isso	
3. Vaga consciência	Consciência, mas não motivação	
4. Pré-planejamento	Líderes conscientes, alguma motivação	
5. Preparação	Ativa liderança e tomada de decisões	Trabalhar em conjunto. Elaborar planos para a programação de prevenção através de parcerias e outros grupos da comunidade
6. Iniciação	Dados utilizados para apoiar programas de prevenção	Identificar e implementar programas baseados em pesquisa
7. Estabilização	Comunidade em geral apoia programas existentes	Avaliar e melhorar os programas em andamento
8. Confirmação/ expansão	Gestores apoiam melhorando ou expandindo os programas	Institucionalizar e ampliar os programas para atingir um número maior da população
9. Profissionalização	Conhecendo o problema de drogas da comunidade, expectativa de soluções efetivas	Colocar programas multicomponentes em ação para todos

Pesquisas têm mostrado que a mídia pode sensibilizar o público sobre o problema das drogas de uma comunidade e prevenir o abuso de drogas entre populações específicas.

Como pode a comunidade avaliar a efetividade dos esforços da atual prevenção?

Muitas comunidades iniciam o processo com uma revisão dos programas de prevenção atuais para determinar:

- Quais programas estão em vigência na comunidade?
- Foram utilizados padrões científicos para testar os programas durante o seu desenvolvimento?
- Os programas correspondem às necessidades da comunidade?
- Os programas estão sendo realizados conforme o planejado?
- Que percentagem de jovens em situação de risco está sendo alcançada pelos programas?

Outra abordagem de avaliação é a de monitorar os dados ao longo do tempo sobre o abuso de drogas entre estudantes, as taxas de evasão escolar, suspensões na escola, detenções por abuso de drogas, e admissões relacionadas com drogas em emergências. Dados das avaliações da comunidade podem servir como base para medir a mudança. Considerando que o abuso de drogas muda com o tempo, avaliações periódicas podem garantir que os programas cumpram as necessidades atuais da comunidade.

Uma vez que as comunidades estão mobilizadas, a implementação dos programas requer clara sustentabilidade, metas mensuráveis, recursos a longo prazo, liderança preservada, e suporte da comunidade a fim de manter as mudanças preventivas. Avaliações contínuas mantêm a comunidade informada e permitem reavaliações periódicas de necessidades e objetivos.

Ações na Comunidade

- PAIS podem trabalhar com outros em sua comunidade para aumentar a conscientização sobre o problema do abuso de drogas local e a necessidade de programas de prevenção baseados em pesquisa.
- EDUCADORES podem trabalhar com outros no sistema escolar para rever programas em curso, e identificar as intervenções de prevenção baseadas em pesquisa voltadas para estudantes.
- LÍDERES COMUNITÁRIOS podem organizar-se em grupos para desenvolver planos de prevenção, coordenar recursos e atividades, e apoiar prevenção baseada em pesquisa em todos os setores da comunidade.

1.3 Parte 3

Aplicando os princípios da prevenção para programas de prevenção de abuso de drogas

Este segmento descreve como os princípios de prevenção têm sido aplicados para criar programas efetivos para famílias, escolas e comunidades. O objetivo é oferecer informação sobre como trabalhar com fatores de risco e proteção, adaptando programas com base nos elementos-chave, implementando e avaliando programas de prevenção baseados em pesquisa.

Como são os fatores de risco e de proteção abordados nos programas de prevenção?

Os fatores de risco e de proteção são os principais alvos dos programas de prevenção eficazes utilizados na família, na escola e na comunidade. O objetivo desses programas é o de estabelecer novos fatores de proteção, e fortalecer os já existentes, além de anular ou reduzir fatores de risco em jovens.

Os programas de prevenção são geralmente projetados para atingir as populações-alvo em seu local de origem. No entanto, nos últimos anos tornou-se mais comum encontrar programas para todos os grupos-alvo, determinando uma variedade de locais, como um programa de base familiar, em uma escola, ou igreja.

Programas de prevenção também podem ser descritos para o público a que se destinam:

- Universal: projetados para a população em geral, como, por exemplo, para todos os estudantes em uma escola.
- Seletiva: projetados para grupos de risco ou subgrupos da população em geral, como crianças com problemas de aprendizagem ou filhos de abusadores de drogas.
- Indicada: projetados para pessoas que já estão experimentando drogas.

Na família

Os programas de prevenção podem fortalecer os fatores de proteção entre as crianças, ensinando aos pais melhores habilidades de comunicação dentro da família, adequados estilos de disciplina, aplicação das regras firmes e consistentes, e outras abordagens de manejo familiar. Pais podem ser ensinados em como melhorar o suporte emocional, social, cognitivo, e material, que inclui, por exemplo, assistir às necessidades de saúde, transporte ou curriculares de seus filhos. Pesquisa confirma os benefícios quando os pais estabelecem regras consistentes e disciplina, conversam com as crianças sobre as drogas, acompanham suas atividades, conhecem seus amigos, seus problemas e preocupações, e estão envolvidos em sua aprendizagem. A importância da relação pais-filhos continua ao longo da adolescência e além dela.

Na escola

Os programas de prevenção nas escolas focam nas habilidades sociais e acadêmicas das crianças, incluindo melhora nas relações entre colegas, no autocontrole, no enfrentamento e nas habilidades de recusa às drogas. Se possível, os programas de prevenção nas escolas devem ser integrados ao programa acadêmico, porque o fracasso escolar está fortemente associado com a incapacidade da criança ler ao atingir a terceira e quarta séries, e ao abuso de drogas. Os programas integrados fortalecem o vínculo afetivo dos alunos com a escola e reduzem a probabilidade de evasão. Grande parte do currículo preventivo envolve um componente de educação normativa elaborado para corrigir percepções errôneas de que muitos estudantes estão abusando das drogas.

Na comunidade

Os programas de prevenção trabalham em nível comunitário com entidades civis, religiosas, legais, e outras organizações governamentais para melhorar regras antidrogas e comportamentos pró-sociais. Muitos programas coordenam os esforços de prevenção através de comunicação na escola, no trabalho, nas instituições religiosas e na mídia. Pesquisas têm mostrado que os programas que atingem os adolescentes através de múltiplas configurações podem ter forte impacto nas normas da comunidade. Programas de base tipicamente comunitária também incluem o desenvolvimento de políticas e execução de regulamentos, envolvimento da mídia e programas de conscientização da comunidade como um todo. É importante observar, por exemplo, que algumas intervenções cuidadosamente estruturadas e orientadas pela mídia e conscientização da comunidade têm se mostrado muito eficazes em reduzir o abuso de drogas. Exemplos incluem restrição de propaganda, redução de pontos de venda de bebidas alcoólicas, criação de zonas livres de álcool na comunidade, e aumento no preço de cigarros.

Quais são os principais elementos de programas eficazes de prevenção baseados em pesquisa?

Nos últimos anos, programas de prevenção baseados em pesquisa têm se mostrado eficazes. Esses programas foram testados em diversas comunidades, em uma grande variedade de configurações e com uma gama de populações.

As comunidades revisam os programas de prevenção para determinar qual melhor se adapta às suas necessidades, no entanto, devem considerar os seguintes elementos básicos:

- Estrutura - como cada programa é organizado e construído.
- Conteúdo - como as informações, habilidades e estratégias são apresentadas; e
- Entrega - como o programa é selecionado ou adaptado e implementado, bem como a forma como é avaliado em uma comunidade específica.

Ao adaptar os programas para atender às necessidades da comunidade, é importante manter esses elementos fundamentais para garantir que as peças mais eficazes do programa permaneçam intactas. Os elementos básicos ajudam a construir um efetivo programa baseado em pesquisa.

Os principais elementos são descritos a seguir.

Estrutura

A estrutura aborda o tipo de programa, o público e os locais. Vários tipos de programas têm se mostrado eficazes na prevenção do abuso de drogas. Os programas baseados na escola foram os primeiros a serem totalmente desenvolvidos e testados, tornando a abordagem primária a alcançar todas as crianças. Programas baseados na família têm se revelado eficazes ao abranger crianças e pais de várias formas. Mídia e programas de informática estão começando a demonstrar eficácia em atingir as pessoas tanto em nível comunitário quanto individual.

A pesquisa também demonstra que a combinação de dois ou mais programas eficazes, tais como os programas da família e escola, pode ser ainda mais efetiva do que um único programa isolado. Estes são chamados de programas multicomponentes.

Estrutura de programa de prevenção

Tipo de programa	Público	Local
Comunidade (Universal)	Todos os jovens	Peças publicitárias
Escola (Seletiva)	Estudantes de ensino médio	Programas após a escola
Família (Indicada)	Jovens de alto risco e suas famílias	Clínica

Dentro dessas categorias, os programas têm sido elaborados para atingir especificamente as necessidades de um público em particular, como indicado nos programas de prevenção para jovens de alto risco. Exemplos de outras categorias podem incluir populações urbanas e rurais, minorias étnicas e raciais, e diferentes grupos etários. Pesquisadores estão testando como modificar programas para melhor acessar essas diferenças.

O local descreve onde o programa ocorre. Programas de prevenção são frequentemente elaborados para atingir as populações nos seus locais de origem, como, por exemplo, os programas para jovens que são desenvolvidos em escolas. Tem se tornado comum, entretanto, para sua maior efetividade, o desenvolvimento de programas de prevenção em outros locais que não somente os de origem dos grupos aos quais são direcionados. Programas voltados para a família abrangem as populações em uma variedade de locais.

Conteúdo

O conteúdo é composto de informações, desenvolvimento de habilidades, métodos e serviços. As informações podem incluir dados sobre as drogas e seus efeitos, bem como leis e políticas de drogas. Por

exemplo, em uma intervenção familiar, os pais podem receber educação e informação sobre substâncias psicoativas, reforçando o que seus filhos estão aprendendo sobre os efeitos nocivos das drogas no seu programa de prevenção nas escolas. Isso abre oportunidade para discussões familiares sobre o abuso de drogas lícitas e ilícitas.

Informação isolada sobre droga, no entanto, não tem se mostrado eficaz para conter o abuso de drogas. Combinando informações com habilidades, métodos e serviços, os resultados são mais eficazes.

- Métodos são orientados para a mudança, como a criação e aplicação de regras sobre abuso de drogas nas escolas, em casa e dentro da comunidade.
- Serviços podem incluir aconselhamento e assistência escolar, aconselhamento de colegas, terapia familiar, e cuidados com a saúde.
- O acompanhamento e a supervisão dos pais podem ser melhorados com o treinamento para estabelecimento de regras, métodos para a monitorização das atividades da criança; reforço de comportamento adequado, e disciplina moderada e consistente para o cumprimento das regras da família.

Conteúdo dos programas de prevenção

Tipo de Programa	Informação	Desenvolvimento de habilidade	Método	Serviços
Comunidade	Tendências da droga	Habilidades sociais	Políticas tolerantes	Zonas de droga livre
Escola	Efeitos da droga	Habilidades de resistência	Mudanças de normas	Aconselhamento e assistência escolar
Família	Sintomas do abuso da droga	Habilidades parentais	Teste de drogas em casa Controle de horários	Terapia de família

Entrega

Entrega inclui a seleção ou adaptação do programa e implementação.

Tipo de programa	Seleção e/ou adaptação do programa	Implementação de características
Comunidade	Linguagem da população	Mensagens consistentes de multimídia
Escola	Gênero	Sessões de estímulo
Família	Rural	Recrutamento e retenção

Durante o processo de seleção, as comunidades tentam combinar a eficácia dos programas baseados em pesquisa com as necessidades da comunidade. Realizar uma análise estruturada dos programas existentes pode ajudar a determinar quais lacunas faltam ser preenchidas para aquela determinada comunidade. Essa informação pode, então, ser incorporada no plano da comunidade, que orienta a seleção de novos programas baseados em pesquisa.

A adaptação envolve a elaboração de um programa para atender às necessidades de uma população específica de diversas maneiras. Programas que ainda não foram adaptados devem executar o programa tal como proposto ou incluir os elementos essenciais para garantir os resultados mais eficazes.

A execução refere-se a como um programa é entregue, inclui o número de sessões, os métodos utilizados e o programa de seguimento. Pesquisa tem constatado que a forma como um programa é implementado pode determinar sua eficácia na prevenção do abuso de drogas.

O uso de métodos interativos e sessões de reforço adequadas contribuem para consolidar o conteúdo do programa e as habilidades para manter os benefícios do programa.

Como pode a comunidade implementar e manter programas de prevenção eficazes?

Após considerar os fatores de risco e de proteção dentro da comunidade e selecionar e adaptar os programas de prevenção para atender a esses riscos, a comunidade deve começar a implementar programas. Em muitas comunidades, as parcerias formadas durante o processo de planejamento continuam envolvidas na supervisão, mas a responsabilidade pela execução de programas individuais geralmente permanece com organizações comunitárias em locais públicos ou privados. Executar um programa eficaz baseado em pesquisa requer, muitas vezes, a utilização de amplos recursos financeiros e humanos e um sério compromisso com a formação e assistência técnica. Esforços para atrair e manter os participantes do programa interessados e envolvidos são importantes, sobretudo com populações difíceis de alcançar. Pesquisa mostrou que o esforço extra na criação de incentivos, horários flexíveis, contato pessoal e com o apoio de líderes da comunidade ajudam a atrair e reter os participantes do programa. Em suma, a forma como um programa é desenvolvido especificamente para cada população é crucial para seu sucesso.

Como a comunidade pode avaliar o impacto do seu programa sobre abuso de drogas?

Avaliar programas de prevenção da comunidade pode ser um desafio. Os líderes comunitários, frequentemente, consultam peritos em avaliação, como as universidades locais ou agências do Estado, para auxiliar no projeto de avaliação.

Uma avaliação deve responder às seguintes perguntas:

- O que foi realizado no programa?
- Como o programa foi realizado?
- Quanto do programa foi recebido pelos participantes?
- Existe relação entre o montante recebido do programa e os resultados?
- O programa foi executado como previsto?
- O programa alcançou o que era esperado a curto prazo?
- O programa produziu os efeitos desejados a longo prazo?

O plano da comunidade deve orientar as ações de prevenção ao longo do tempo porque a comunidade precisa de mudanças. Portanto, é importante verificar o andamento do mesmo e decidir se os objetivos originais estão sendo atendidos. As avaliações podem oferecer mudança nos planos e métodos para melhor abordar problemas atuais da comunidade.

CAPÍTULO 20

A política e a legislação brasileira sobre drogas

Autores

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte e Carla Dalbosco

Política nacional sobre drogas

A partir do ano de 1998, o Brasil dá início à construção de uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda[5] e da oferta de drogas[6]. Foi depois da realização da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas, aderidos pelo Brasil, que as primeiras medidas foram tomadas. O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)[7], diretamente vinculada à, então, Casa Militar da Presidência da República.

Com a missão de **"coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade"** e como Secretaria Executiva do Conselho Nacional Antidrogas**,** coube à SENAD mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da política brasileira. Assim, em 2002, por meio de Decreto Presidencial nº. 4.345, de 26 de agosto de 2002, foi instituída a Política Nacional Antidrogas – PNAD.

---

[5] Redução da demanda: ações referentes à prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, bem como aquelas relacionadas com o tratamento, a recuperação, a redução de danos e a reinserção social de usuários e dependentes.

[6] Redução da oferta: atividades inerentes à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. As ações contínuas de repressão devem ser promovidas para reduzir a oferta das drogas ilegais e/ou de abuso, pela erradicação e apreensão permanentes destas produzidas no país, pelo bloqueio do ingresso das oriundas do exterior, destinadas ao consumo interno ou ao mercado internacional e pela identificação e desmantelamento das organizações criminosas.

[7] Medida Provisória nº. 1.669 e Decreto nº. 2.632, de 19 de junho de 1998.

Em 2003, o Presidente da República apontou a necessidade de construção de uma nova Agenda Nacional para a redução da demanda e da oferta de drogas no país, que viesse a contemplar três pontos principais:

- **integração das políticas públicas** setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações;
- **descentralização das ações** em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município;
- **estreitamento das relações** com a sociedade e com a comunidade científica.

Ao longo dos primeiros anos de existência da Política Nacional Antidrogas, o tema drogas manteve-se em pauta e a necessidade de aprofundamento do assunto também. Assim, foi necessário reavaliar e atualizar os fundamentos da PNAD, levando em conta as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o país e o mundo vinham passando.

Em 2004, foi efetuado o processo de realinhamento e atualização da política, por meio da realização de um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis fóruns regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas.

Com ampla participação popular, embasada em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados, a política realinhada passou a chamar-se **Política Nacional sobre Drogas** (**PNAD**)[8]. Como resultado, o prefixo "anti" da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo "sobre", já de acordo com as tendências internacionais, com o posicionamento do governo e com a nova demanda popular, manifestada ao longo do processo de realinhamento da política.

A Política Nacional sobre Drogas estabelece os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços, voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas, possam ser conduzidos de forma planejada e articulada.

Todo esse empenho resultou em amplas e importantes conquistas, refletindo transformações históricas na abordagem da questão das drogas.

Em 2006, a SENAD coordenou um grupo de trabalho do governo que assessorou os parlamentares no processo que culminou na aprovação da Lei nº. 11.343/2006, que instituiu o **Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas** (**SISNAD**), suplantando uma legislação de trinta anos que se mostrava obsoleta e em desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações sociais.

1.1 A Lei nº. 11.343/2006 – Lei de drogas

A Lei nº. 11.343/2006 colocou o Brasil em destaque no cenário internacional ao instituir o SISNAD e prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, em consonância com a atual política sobre drogas.

[8] Aprovada em 23 de maio de 2005, entrando em vigor em 27 de outubro desse mesmo ano, por meio da Resolução nº. 3/GSIPR/CONAD.

Essa Lei nasceu da necessidade de compatibilizar os dois instrumentos normativos que existiam anteriormente: as Leis 6.368/1976[9] e 10.409/2002[10]. A partir de sua edição, foram revogados esses dois dispositivos legais, com o reconhecimento das diferenças entre a figura do traficante e a do usuário/dependente, os quais passaram a ser tratados de modo diferenciado e a ocupar capítulos diferentes da lei.

O Brasil, seguindo a tendência mundial, entendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade. Esta abordagem em relação ao porte de drogas para uso pessoal tem sido apoiada por especialistas que apontam resultados consistentes de estudos, nos quais **a atenção ao usuário/dependente deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, ao invés de encarceramento.**

Assim, a justiça retributiva baseada no castigo é substituída pela justiça restaurativa, cujo objetivo maior é a ressocialização por meio de penas alternativas:

- **advertência** sobre os efeitos das drogas;
- **prestação de serviços à comunidade** em locais/programas que se ocupem da prevenção/recuperação de usuários e dependentes de drogas;
- **medida educativa** de comparecimento a programa ou curso educativo.

Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, regulamentado pelo Decreto nº. 5.912, de 27 de setembro de 2006, tem os seguintes objetivos:

I) contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados;

II) promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;

III) promover a integração entre as políticas de **prevenção** do uso indevido, **atenção e reinserção social** de usuários e dependentes de drogas;

IV) reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas;

V) promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios.

O SISNAD está organizado, de modo a assegurar a orientação central e a execução descentralizada das atividades, as realizadas em seu âmbito. Com a sua regulamentação, houve a reestruturação do **Conselho Nacional Antidrogas** (**CONAD**), garantindo a participação paritária entre governo e sociedade.

---

[9] Lei nº. 6.368/1976, de 21 de outubro de 1976, fala sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

[10] Lei nº. 10.409/2002, de 11 de janeiro de 2002, dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícito de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica.

Em 23 de julho de 2008, foi instituída a Lei nº. 11.754, por meio da qual o Conselho Nacional Antidrogas passou a se chamar **Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)**. A nova lei também alterou o nome da Secretaria Nacional Antidrogas para **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).** Esta modificação histórica era aguardada desde o processo de realinhamento da Política Nacional sobre Drogas, em 2004, tornando-se um marco na evolução das políticas públicas no Brasil.

A ação do CONAD é descentralizada por meio de Conselhos Estaduais e de Conselhos Municipais.

I) Atribuições do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)

- Acompanhar e atualizar a Política Nacional sobre Drogas, consolidada pela SENAD.
- Exercer orientação normativa sobre ações de redução da demanda e da oferta de drogas.
- Acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do **Fundo Nacional Antidrogas**[11] e o desempenho dos planos e programas da Política Nacional sobre Drogas.
- Promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal.

O Decreto nº. 5912/2006, com as alterações introduzidas pelo Decreto nº 7426/2010, regulamentou, ainda, as competências dos Órgãos do Poder Executivo no que se refere às ações de redução da demanda de drogas.

II) Atribuições da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)

- Articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.
- Consolidar a proposta de atualização da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) na esfera de sua competência.
- Definir estratégias e elaborar planos, programas e procedimentos para alcançar as metas propostas na PNAD e acompanhar sua execução.
- Gerir o Fundo Nacional Antidrogas e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID)[12].
- Promover o intercâmbio com organismos internacionais na sua área de competência.

---

[11] O Fundo Nacional Antidrogas é composto por recursos oriundos de apreensão ou de perdimento, em favor da União, de bens, direitos e valores, objeto do crime de tráfico ilícito de substâncias entorpecentes ou de drogas que causem dependência física ou psíquica, e outros recursos colocados à disposição da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

[12] O OBID é um órgão de estrutura do Governo Federal, vinculado à SENAD, com a missão de reunir e centralizar informações e conhecimentos atualizados sobre drogas, incluindo dados de estudos, pesquisas e levantamentos nacionais, produzindo e divulgando informações, fundamentadas cientificamente, que contribuam para o desenvolvimento de novos conhecimentos aplicados às atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e de reinserção social de usuários e dependentes de drogas e para a criação de modelos de intervenção baseados nas necessidades específicas das diferentes populações-alvo, respeitadas suas características socioculturais.

O trabalho da SENAD é desenvolvido em três eixos principais:

1) Diagnóstico situacional

- **Objetivo:** realização de estudos que permitam um diagnóstico sobre a situação do consumo de drogas no Brasil e seu impacto nos diversos domínios da vida da população. Este diagnóstico vem se consolidando por meio de estudos e pesquisas de abrangência nacional, na população geral e naquelas específicas que vivem sob maior vulnerabilidade para o consumo e o tráfico de drogas.
- **Exemplos de ações:** realização de levantamentos sobre uso de drogas em diversos segmentos da população brasileira, como, por exemplo, na população geral, entre estudantes da educação básica, estudantes universitários, povos indígenas, entre outros.

2) Capacitação de agentes do SISNAD

- **Objetivo**: capacitação dos diversos atores sociais que trabalham diretamente com o tema drogas, e também de multiplicadores de informações de prevenção, tratamento e reinserção social.
- **Exemplos de ações:** cursos de formação para conselheiros municipais, operadores do direito, lideranças religiosas e comunitárias, educadores, profissionais das áreas de saúde, assistência social, segurança pública, empresas/indústrias, entre outros.

3) Projetos estratégicos:

- **Objetivo**: projetos de alcance nacional que ampliam o acesso da população às informações, ao conhecimento e aos recursos existentes na comunidade.
- **Exemplos de ações:** parceria com estados e municípios para fortalecimento dos conselhos sobre drogas; apoio técnico e financiamento a projetos por meio de subvenção social; manutenção de serviço nacional de orientações e informações sobre drogas (Viva Voz); ampliação e fortalecimento da cooperação internacional, criação da rede de pesquisa sobre Drogas, entre outros.

Para potencializar e articular as ações de redução da demanda e redução da oferta de drogas, em janeiro de 2011 a SENAD foi transferida do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça. Essa mudança teve como principal objetivo articular as ações de prevenção e as de repressão ao tráfico numa perspectiva cidadã, na qual ações de segurança pública interagem com diferentes políticas sociais, priorizando as de prevenção do uso de drogas.

1.2 A política nacional sobre o álcool

A Política Nacional sobre o Álcool resultou de um longo processo de discussão. Em julho de 2005, o então Conselho Nacional Antidrogas, ciente dos graves problemas inerentes ao consumo prejudicial de álcool, e

com o objetivo de ampliar o espaço de participação social para a discussão de tão importante tema, instalou a **Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool (CEPPA),** composta por diferentes órgãos governamentais, especialistas, legisladores e representantes da sociedade civil. A Câmara Especial iniciou suas atividades a partir dos resultados do Grupo Técnico Interministerial criado no Ministério da Saúde, em 2003.

Esse processo permitiu ao Brasil chegar a uma política realista, sem qualquer viés fundamentalista ou de banalização do consumo, embasada de forma consistente por dados epidemiológicos, pelos avanços da ciência e pelo respeito ao momento sociopolítico do país. A política sobre o álcool reflete a preocupação da sociedade em relação ao uso cada vez mais precoce dessa substância, assim como o seu impacto negativo na saúde e na segurança.

Em maio de 2007, por meio do Decreto nº. 6.117, foi apresentada à sociedade brasileira a **Política Nacional sobre o Álcool**, que tem como objetivo geral estabelecer princípios que orientem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo consumo desta substância, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas.

Esta política, reconhecendo a importância da implantação de diferentes medidas articuladas entre si e numa resposta efetiva ao clamor da sociedade por ações concretas de proteção aos diferentes segmentos sociais que vivem sob maior vulnerabilidade para o uso abusivo de bebidas alcoólicas, veio acompanhada de um elenco de medidas passíveis de implementação pelos órgãos de governo no âmbito de suas competências e outras de articulação com o Poder Legislativo e demais setores da sociedade.

Estas medidas são detalhadas no anexo II do Decreto nº. 6.117 e podem ser divididas em nove categorias:

- Diagnóstico sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil.
- Tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool.
- Realização de campanhas de informação, sensibilização e mobilização da opinião pública quanto às consequências do uso indevido e do abuso de bebidas alcoólicas.
- Redução da demanda de álcool por populações vulneráveis.
- Segurança pública.
- Associação álcool e trânsito.
- Capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informações sobre temas relacionados à saúde, educação, trabalho e segurança pública.
- Estabelecimento de parceria com os municípios para a recomendação de ações municipais.
- Propaganda de bebidas alcoólicas.

Merecem destaque, dentre estas medidas estratégicas para minimizar os impactos adversos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, as ações ligadas à associação álcool e trânsito, tendo em vista que,

os problemas relacionados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas não atingem apenas populações vulneráveis, mas associam-se diretamente com os índices de morbidade e mortalidade da população geral. Por esta razão, tornou-se urgente desenvolver medidas contra o ato de "beber e dirigir".

Após exaustivo processo de discussão e com ampla participação popular, a nova Lei nº. 11.705, conhecida como "lei seca", foi sancionada em 19 de junho de 2008, por ocasião da realização da X Semana Nacional sobre Drogas. Esta Lei alterou alguns dispositivos do Código de Trânsito Brasileiro, impondo penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência de álcool.

O motorista que tiver qualquer concentração de álcool por litro de sangue estará sujeito às **penalidades administrativas**, previstas no artigo 165 da Lei nº. 9503/97, como multa, apreensão do veículo e suspensão do direito de dirigir por 12 (doze) meses.

O motorista que apresentar concentração de álcool **igual ou superior a 0,6 g/L** de sangue sofrerá **pena de detenção de seis meses a três anos**, além das penalidades administrativas[13].

1) Penalidades Administrativas – até 0,6 g/L.

2) Penalidades Criminais – a partir de 0,6 g/L.

São vedados, na faixa de domínio de rodovia federal ou em local próximo à faixa de domínio com acesso direto à rodovia, a venda varejista ou o oferecimento de bebidas alcoólicas (teor superior a 0,5 Graus Gay-Lussac) para consumo no local.

Esta Lei prevê também que os estabelecimentos comerciais que vendem ou oferecem bebidas alcoólicas sejam obrigados a exibir aviso informativo de que **é crime dirigir sob a influência de álcool, punível com detenção.**

Todas estas medidas têm como objetivo reduzir o número de acidentes de trânsito no Brasil, coibindo a associação entre o consumo de álcool e o ato de dirigir.

1.3 Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas e programa Crack, é possível vencer

O avanço da criminalidade associada ao tráfico de drogas e as complexas relações existentes entre situações de risco e consumo de drogas, principalmente o crack, têm imposto desafios cada vez maiores, que exigem respostas eficazes do governo e da sociedade. Para esse enfrentamento, é preciso convergir esforços de diferentes segmentos na construção de alternativas que extrapolem as ações repressivas e considerem os diversos componentes associados aos problemas decorrentes do consumo de crack e outras drogas.

---

[13] O Decreto nº. 6488, de 19 de junho de 2008, no seu artigo 2º determina que: "para fins criminais de que trata o artigo 306 da Lei n. 9.503/1997 – Código de Trânsito Brasileiro, a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia é a seguinte:

I – Exame de sangue: concentração igual ou superior a seis decigramas de álcool por litro de sangue (0,6 g/L);

II – Teste de aparelho de ar alveolar pulmonar (etilômetro): concentração de álcool igual ou superior a três décimos de miligramas por litro de ar expelido dos pulmões".

Na busca por soluções concretas, capazes de enfrentar os desafios que os problemas associados ao crack vêm impondo a todo o país, foi lançado em 20 de maio de 2010, por meio do Decreto nº. 7.179, o **Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas**, que indicou a implementação de ações para a abordagem do tema de forma intersetorial.

Esse Plano teve por objetivo desenvolver um conjunto integrado de ações de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, bem como enfrentar o tráfico em parceria com estados, Distrito Federal, municípios e sociedade civil, tendo em vista a redução da criminalidade associada ao consumo dessas substâncias junto à população.

Visando à ampliação e ao fortalecimento do Plano Integrado, em dezembro de 2011, já no Governo Dilma Rousseff, foi lançado o **Programa "Crack, é possível vencer!"** que propõe ações em três eixos: prevenção, cuidado e autoridade. O objetivo desse Programa é:

- **PREVENÇÃO:** ampliar as atividades de prevenção, por meio da educação, disseminação de informações e capacitação dos diferentes segmentos sociais que, de forma direta ou indireta, desenvolvem ações relacionadas ao tema, como educadores, profissionais de saúde, de assistência social, segurança pública, conselheiros municipais, líderes comunitários e religiosos;
- **CUIDADO:** aumentar a oferta de ações de atenção aos usuários de crack e outras drogas e seus familiares, por meio da ampliação dos serviços especializados de saúde e assistência social, como os Consultórios na Rua, os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad), as Unidades de Acolhimento adulto e infantojuvenil, Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), entre outros;
- **AUTORIDADE:** enfrentar o tráfico de drogas e as organizações criminosas através de ações de inteligência entre a Polícia Federal e as polícias estaduais. Serão realizadas também intervenções de segurança pública com foco na polícia de proximidade em áreas de maior vulnerabilidade para o consumo, que contarão com a ampliação de bases móveis e videomonitoramento para auxiliar no controle e planejamento das ações nesses locais.

Assim como o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, o **Programa Crack, é possível vencer** prevê uma atuação articulada entre governo federal, estados, municípios e Distrito Federal, além da participação da sociedade civil e o monitoramento intensivo das ações.

Compõem a equipe responsável pelas ações do Programa os Ministérios da Justiça, Saúde, Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Educação, além da Casa Civil da Presidência da República. No âmbito local, serão criados comitês gestores estaduais e municipais, com o objetivo de coordenar e monitorar o andamento de todas ações realizadas.

Cada vez mais, são fundamentais o conhecimento e a ampla disseminação da política e da legislação brasileira sobre drogas em todos os setores do país, mostrando a sua importância como balizador das ações

de prevenção do uso, de tratamento, de reinserção social de usuários de crack e outras drogas, bem como ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas.

O uso de crack e outras drogas afeta a todos, seja familiares, educadores, líderes comunitários, profissionais ou cidadãos. A observância à legislação vigente, aliada às orientações da Política Nacional sobre Drogas, da Política Nacional sobre Álcool e do Programa de enfrentamento ao crack e outras drogas, contribui para o fortalecimento de uma rede de atenção às questões relativas ao uso de crack e outras drogas numa perspectiva inclusiva, de respeito às diferenças, humanista, de acolhimento e não estigmatizante do usuário e seus familiares.

Bibliografia

BRASIL. **A Prevenção do Uso de Drogas e a Terapia Comunitária**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.
BRASIL. **Decreto nº 7.179/2010**, de 20 de maio de 2010.
BRASIL. **Decreto nº 7.637/2011,** de 08 de dezembro de 2011.
BRASIL. **Inovação e participação**. Relatório de ações do governo na área da redução da demanda de drogas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.
BRASIL. **Lei nº 11.343/2006**, de 23 de agosto de 2006.
BRASIL. **Lei nº 11.705/2008**, de 19 de junho de 2008.
BRASIL. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

CAPÍTULO 21

Legislação e políticas públicas sociais e de saúde

Autores

Silvia Chwartzmann Halpern e

Marilia Borges Hackmann

Toda sociedade possui suas normas internas de regulamentação para viabilizar a convivência harmônica entre as pessoas que nela vivem. Tais normas são concretizadas de diferentes maneiras, dependendo da organização que a sociedade adota. Na maioria destas sociedades, tais normas se expressam através de leis, que buscam expressar os acordos aceitos pela população.

Na sociedade brasileira, a partir da Constituição Federal, elaborada e aprovada por representantes eleitos democraticamente pelo povo, são definidas diretrizes que orientam leis específicas. Sendo assim, tudo aquilo que está explicitado em nossa Carta Magna não pode ser regulamentado de forma diversa aos princípios ali contidos.

Com o advento da Constituição Federal de 1988, a população brasileira passa a contar com uma série de diretrizes voltadas a assegurar direitos iguais a todos os cidadãos, bem como introduz conceitos de proteção social mais amplos.

Já em seu artigo 6º, assegura que "são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição".

Esses preceitos constitucionais se fazem presentes ao serem detalhados os princípios da legislação referente à saúde, à assistência social e, em especial, à proteção da criança e do adolescente.

O Sistema Único de Saúde (SUS)

Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990

Através da Lei nº. 8.080, ficaram estabelecidos os dispositivos gerais que regem promoção, proteção e recuperação da saúde da população brasileira. A mesma prevê integração de ações assistenciais e atividades preventivas, além da organização, do funcionamento, prestação de serviços. Inclui-se também o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, e serviços privados. Na lei encontra-se a descrição das suas competências, seus objetivos, atribuições, gestão, planejamento, princípios e diretrizes. Com o advento do SUS, fica explicitado o conceito mais amplo de saúde preconizado pela Organização Mundial de Saúde, que entende a saúde não só como a ausência da doença, mas, principalmente, como um completo bem-estar físico, social e emocional. Deste modo, a pessoa deve ser inserida em um contexto social que também determina as condições de vida do sujeito.

Baseado na premissa de que a saúde é um direito fundamental do ser humano, sendo o Estado responsável por prover as condições mínimas para o seu pleno desenvolvimento, esta lei tem, baseada no artigo 196 da Constituição Federal, os seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, ou seja, assistir a todos em todas as suas necessidades;
II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, de acordo com a demanda de cada caso e em todos os níveis de complexidade do sistema, e entender a pessoa como um sujeito único e sem fragmentar a intervenção no processo de adoecimento;
III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, independente de raça, religião, credo, gênero, orientação sexual, etc;
V - direito à informação às pessoas assistidas a respeito de sua saúde;
VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos, definição de programas e projetos a serem implantados e executados;
VIII - participação da comunidade, ou seja, envolvimento do usuário desde a formulação das políticas de saúde, gestão e execução destas, até a utilização dos recursos disponibilizados pelo sistema;
IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, através da implantação dos serviços para os municípios e regionalização da rede de serviços de saúde;
X - integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
XIII – hierarquização das ações, ou seja, organização e racionalização dos serviços públicos, ações de saúde e recursos, de modo a evitar a duplicidade dos mesmos para fins comuns.

Em 28 de dezembro de 1990, passa a vigorar a Lei nº. 8142, que dispõe sobre a participação da população na gestão do SUS, e sobre outras transferências intergovernamentais de recursos na área da saúde. Desta forma, criam-se assim, em cada esfera de governo, duas instâncias colegiadas:

I. Conferência de Saúde

II. Conselho Nacional de Saúde (CNS).

I. As Conferências Nacionais de Saúde são espaços destinados a avaliar os avanços e retrocessos do SUS, e propor diretrizes para a formulação de novas estratégias de política de saúde para a população. Com a representação de vários segmentos da sociedade, a Conferência de Saúde ocorre a cada 4 anos. É convocada pelo Poder Executivo, ou, em casos extraordinários, pelo Conselho de Saúde. É antecedida pelas Conferências Estaduais e Municipais de Saúde, que são realizadas em todo país, que tratam dos mesmos temas já previstos para a etapa nacional e objetivam discutir e aprovar propostas prévias que contribuam com as políticas de saúde e aperfeiçoamento do sistema.

II. O Conselho Nacional de Saúde é composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da área da saúde e usuários, formando um órgão colegiado em caráter permanente e deliberativo. O CNS possui papel preponderante na questão da saúde do país, uma vez que lhe cabe atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive no estabelecimento de diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde estaduais e municipais incluindo os aspectos econômicos e financeiros, em razão das características epidemiológicas e da organização dos recursos. Além disso, é competência do Conselho elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, consignados ao SUS, aprovar os critérios e os valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura de assistência, acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do país e propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais.

Assistência em Saúde Mental

Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001

A Lei nº. 10.216 dispõe sobre os direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental.

De acordo com o Art. 1º. desta Lei, os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

A Lei estabelece, através de seu parágrafo único, os direitos da pessoa portadora de transtorno mental como listados a seguir:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Sobre a internação psiquiátrica, a Lei prevê o seguinte:

O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990

É um conjunto de normas do ordenamento jurídico brasileiro que tem como objetivo a proteção integral da criança e do adolescente, aplicando medidas, e expedindo encaminhamentos.

Considera-se criança a pessoa de até 12 (doze) anos de idade incompletos, e adolescente de 12 anos completos a 18 anos incompletos, sendo proibido qualquer tipo de trabalho adulto a menores de 14 anos, salvo na condição do aprendiz.

A partir da Constituição de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente, as crianças brasileiras, sem distinção de raça, classe social, ou qualquer forma de discriminação, passaram de objetos a "sujeitos de direitos", considerados em sua peculiar condição de pessoas em desenvolvimento, a quem se deve assegurar prioridade absoluta na formulação de políticas públicas, bem como destinação obrigatória de recursos públicos em todas as esferas de governo.

Outros importantes preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente, que marcam a ruptura com o velho paradigma da situação irregular, são: a prioridade do direito à convivência familiar e comunitária e, consequentemente, o fim da política de abrigamento indiscriminado; a priorização das medidas de proteção sobre as socioeducativas, deixando-se de focalizar a política da infância nos abandonados e delinquentes; a integração e a articulação das ações governamentais e não governamentais na política de atendimento; a garantia de devido processo legal e da defesa ao adolescente a quem se atribua a autoria de ato infracional; e a municipalização do atendimento; só para citar algumas das alterações mais relevantes.

O Estatuto criou mecanismos de proteção nas áreas de educação, saúde, trabalho e assistência social, estabeleceu o fim da aplicação de punições para adolescentes, tratados com medidas de proteção em caso de desvio de conduta e com medidas socioeducativas em situações de cometimento de atos infracionais.

O ECA versa sobre todas as competências que envolvem a criança e o adolescente e todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando todas as oportunidades e facilidades, com o intuito de lhes facultar o desenvolvimento físico, emocional, moral, e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Seguindo o mesmo preceito constitucional de garantir direitos a todo e qualquer cidadão, o ECA extingue o então vigente Código de Menores e introduz a ideia de que crianças e adolescentes também são cidadãos brasileiros e, portanto, detentores de direitos iguais. Para além desses direitos, são cidadãos em situação de vulnerabilidade devendo, deste modo, ter sua proteção assegurada, através de um conjunto articulado de programas e projetos voltados a atender às demandas específicas desta população. Com o Estatuto, tanto as crianças e adolescentes em situação de risco como aqueles que cometeram atos infracionais são alvo de políticas de proteção e inserção social.

São linhas de ação da política de atendimento:

I - políticas sociais básicas;
II - políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que deles necessitem;
III - serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão;
IV - serviço de identificação e localização de pais, responsável, crianças e adolescentes desaparecidos;
V - proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos da criança e do adolescente.

São diretrizes da política de atendimento:

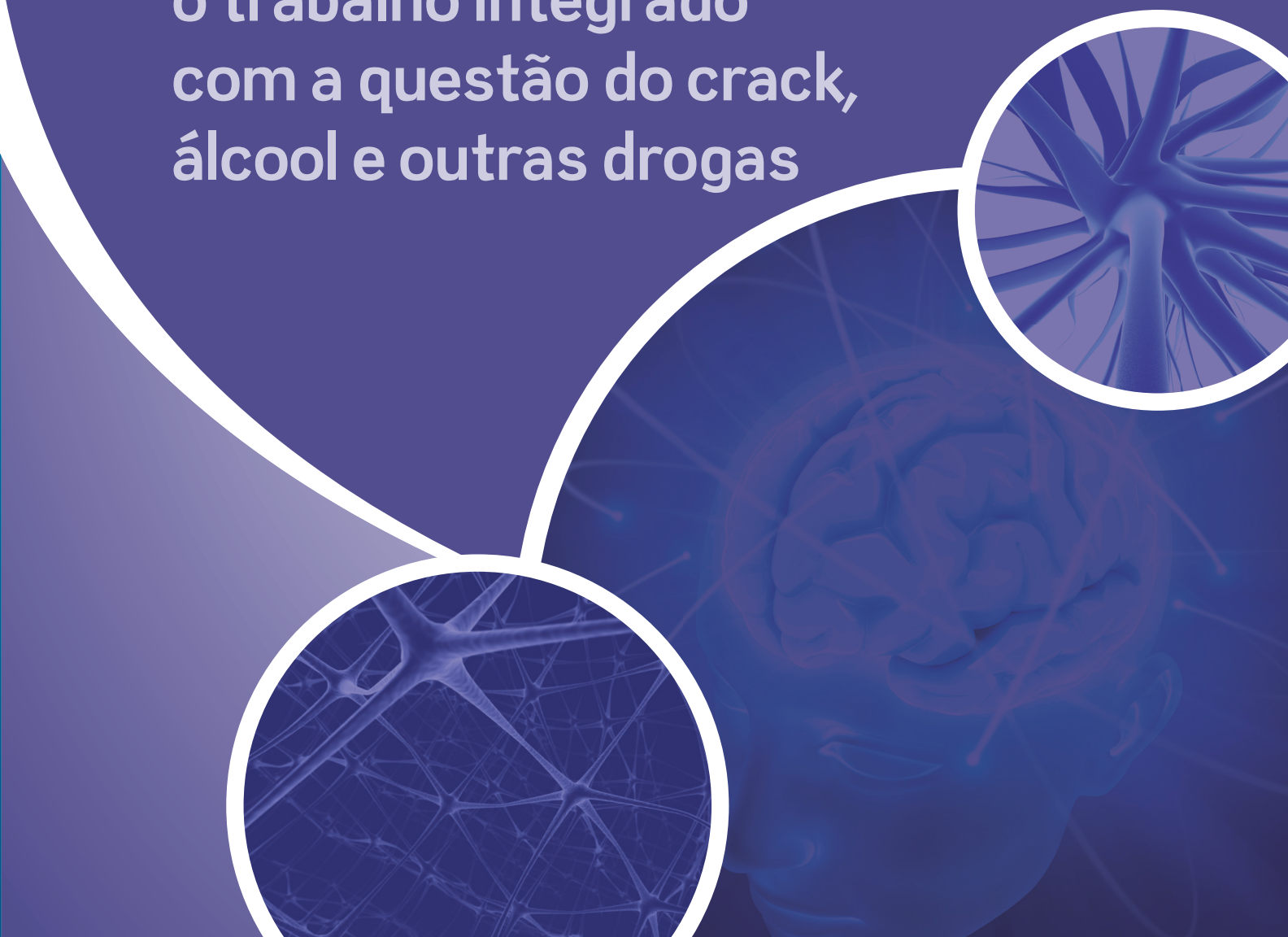
I - municipalização do atendimento;
II - criação de conselhos municipais, estaduais e nacional dos direitos da criança e do adolescente, órgãos deliberativos e controladores das ações em todos os níveis, assegurada a participação popular paritária por meio de organizações representativas, segundo leis federal, estaduais e municipais;
III - criação e manutenção de programas específicos, observada a descentralização político-administrativa;
IV - manutenção de fundos nacional, estaduais e municipais vinculados aos respectivos conselhos dos direitos da criança e do adolescente;
V - integração operacional de órgãos do Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Segurança Pública e Assistência Social, preferencialmente em um mesmo local, para efeito de agilização do atendimento inicial a adolescente a quem se atribua autoria de ato infracional;
VI - mobilização da opinião pública no sentido da indispensável participação dos diversos segmentos da sociedade.

Referências:

1. Estatuto da Criança e do Adolescente. ECA. 3ª. ed, Brasília. 2001.
2. Lei de Saúde Mental nº. 10.216. Brasília. 2001.
4. Sistema Único de Saúde. SUS. 1990 - Portal da Saúde - www.Saude.gov.br - Principal.
5. Site Álcool e Drogas sem Distorção (www.einstein.br/alcooledrogas) / NEAD - Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein.

MÓDULO 5

Sistema Único de Assistência Social – SUAS: perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack, álcool e outras drogas



CAPÍTULO 22



Sistema Único de Assistência Social – SUAS

Departamento de Gestão do SUAS/SNA/MDS*

A Assistência Social é política pública componente da Seguridade Social prevista pela Constituição Federal de 1988 (art. 194, 203 e 204) e regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei nº 8.742, de 1993), alterada pela Lei nº 11.258, de 2005, e pela Lei nº 12.435, de 6 julho de 2011. Os processos, mecanismos e instrumentos de sua operacionalização encontram-se, por sua vez, definidos e regulamentados pela Política Nacional de Assistência Social - PNAS, de 2004, e pela Norma Operacional Básica do SUAS - NOB/SUAS, de 2005[14], ano em que se inicia o processo de implantação do SUAS no território brasileiro.

A Assistência Social está voltada à **garantia de direitos sociais.** Opera serviços, programas, projetos e benefícios, devendo realizar-se de forma integrada às demais políticas públicas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender a contingências sociais e acesso aos direitos sociais.

Segundo as legislações, a Assistência Social está configurada na forma de um **sistema, o SUAS - Sistema Único de Assistência Social[15], que tem como características**:

- a noção de **território**;
- a centralidade no atendimento à **família**;

[14] Igualmente em 2005, foi sancionada a Lei nº 11.258 que alterou a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, a qual dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua.

[15] O SUAS implica numa perspectiva de integralidade e complementaridade, com o propósito de superar a fragmentação e sobreposição na política de Assistência Social.

*Rosário de Maria Costa Ferreira; José Ferreira da Crus; Mariana Lopez Matias

- a garantia de **atenção** diferenciada por **níveis de proteção social** (básica e especial);
- a **gestão compartilhada** das ações entre Estado e sociedade civil, sob coordenação e primazia do primeiro na atribuição de **competências** técnicas e políticas diferenciadas para as diferentes esferas federativas;
- a corresponsabilidade entre os entes federados;
- o planejamento, monitoramento e a avaliação por meio de **sistemas de informações**;
- o controle social exercido pelos Conselhos de Assistência Social.

Conforme previsão legal, de acordo com a Lei nº 8.742/1993 e suas alterações, a Assistência Social tem por objetivos:

I - a **proteção social**, que visa à garantia da vida, à prevenção da incidência de situações de risco pessoal e social e de seus agravamentos, em especial:
- a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- o amparo às crianças e aos adolescentes;
- a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e
- a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família;

II - a **vigilância socioassistencial**, que visa analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e comunidades, bem como a ocorrência de vulnerabilidades e riscos pessoais e sociais;

III - o **acesso a direitos** no conjunto das provisões socioassistenciais.

Ao ter por direção o desenvolvimento humano e social e os direitos de cidadania, a **proteção social de assistência social** tem por princípios:

- matricialidade sociofamiliar;
- territorialização;
- proteção pró-ativa;
- integração à Seguridade Social;
- integração às políticas sociais e econômicas.

A matricialidade sociofamiliar[16] e o território, que orientam este novo paradigma da proteção social, têm como objetivo principal fortalecer e garantir apoio à família no exercício de seu papel de proteção e

[16] **Matricialidade sociofamiliar** – parte da concepção de que a família é o núcleo protetivo intergeracional, presente no cotidiano e que opera tanto o circuito de relações afetivas como de acessos materiais e sociais. Fundamenta-se no direito à proteção social das famílias, mas respeitando seu direito à vida privada. A **centralidade na família** recoloca a responsabilidade do Estado de apoiar as famílias, no seu papel de proteger os seus membros e indivíduos. É um eixo estruturante da política de Assistência Social, importante para a concepção e a implementação dos serviços, programas, projetos, benefícios e transferências de renda. Nessa perspectiva, a Assistência Social supera o conceito de família como unidade econômica, mera referência de cálculo de rendimento per capita e a entende como núcleo afetivo, vinculado por laços consanguíneos, de aliança ou afinidade, que circunscrevem obrigações recíprocas e mútuas, organizadas em torno de relações de geração e de gênero (PNAS, 2004, p.90).

cuidados e fortalecimento da convivência familiar e comunitária. Assim, a família e os indivíduos devem ser apoiados com o objetivo de exercer sua função protetiva nos territórios em que vivem.

Ainda nessa perspectiva, tem como objetivo afiançar:

- segurança de sobrevivência (de rendimento e de autonomia);
- segurança de acolhida;
- segurança do convívio ou vivência familiar e comunitária;

A proteção social afiançada pelo SUAS tem como objetivo principal fortalecer vínculos familiares e comunitários, na perspectiva de potencializar a autoestima, estabelecer identidades e referências, bem como efetivar os direitos socioassistenciais por meio da implementação dos serviços, programas, projetos, benefícios e transferências de renda.

O SUAS materializa assim a Política Nacional de Assistência Social - PNAS, estabelecendo um novo modelo de gestão, com enfoque na proteção social que se estrutura conforme matriz padronizada de serviços socioassistenciais, definidos na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais[17], organizados em dois níveis: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE) de Média e Alta Complexidade[18].

Simultaneamente e de forma integrada ao SUAS, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), por meio da Secretaria Nacional de Renda e Cidadania (SENARC), é responsável pela coordenação do Programa Bolsa Família (PBF), que articula ações transversais com outras políticas setoriais, em particular a política de Saúde e Educação. Além disso, desenvolve ações no campo da política de Segurança Alimentar e Nutricional por meio da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SESAN).

O PBF constitui-se numa estratégia de inclusão social que, integrada aos serviços e programas socioassistenciais, contribui para a melhoria das condições de vida das famílias. Em relação às políticas de Segurança Alimentar e Nutricional, os programas de apoio à produção e acesso aos alimentos, de acesso à água, educação alimentar e nutricional, os restaurantes populares e cozinhas comunitárias, bem como o Programa Cisternas tendem a possibilitar maior autonomia e melhoria das condições de vida das famílias.

O SUAS, executado de forma integrada aos programas e benefícios que transferem renda, por meio da Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, articulado com as demais políticas e o Sistema de Garantia de Direitos (SGD), desempenha papel fundamental na proteção social.

Nos termos do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, instituído pelo Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, cujas ações intersetoriais foram ampliadas e fortalecidas por meio do programa **"Crack, é possível vencer",** lançado pelo Governo Federal em dezembro de 2011, a política de

[17] Resolução CNAS Nº 109, de 11 de novembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União em 25 de novembro de 2009.

[18] As proteções sociais básica e especial serão ofertadas pela rede socioassistencial, de forma integrada, diretamente pelos entes públicos e/ou pelas entidades e organizações de assistência social vinculadas ao Suas, respeitadas as especificidades de cada ação (Lei nº 8.742/1993 e suas alterações ao Art. 6º - B, por meio da Lei nº 12.431 de 6 de julho de 2011). As entidades e organizações de assistência social são aquelas sem fins lucrativos que, isolada ou cumulativamente, prestam atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por esta Lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de direitos. (Art. 3º da Lei nº 8.742/1993 e suas alterações).

Assistência Social tem um importante papel, no enfrentamento à questão do uso abusivo e dependência de crack e outras drogas, particularmente no que diz respeito às ações de prevenção e reinserção social. O texto a seguir tem como objetivo apresentar as possibilidades de atuação da Assistência Social no trabalho com indivíduos e famílias em situação de uso abusivo/dependência de crack e outras drogas, questão complexa e desafiante, que exige uma atuação intersetorial.

CAPÍTULO 23

Proteção Social Básica: a importância da dimensão preventiva do uso e dependência do crack, álcool e outras drogas

Departamento de Proteção Social Básica/SNA/MDS*

A discussão sobre o uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas tem se tornado mais frequente nos meios de comunicação atuais. Seja por meio da mídia ou na observação do cotidiano das cidades, veem-se cenas que provocam perplexidade à população e demandam respostas dos poderes públicos e da sociedade em geral.

A dimensão e a complexidade do problema colocam em alerta até mesmo os pequenos municípios, demandando do poder público e da sociedade em geral respostas mais abrangentes, que combinem ações nas esferas da segurança pública, da saúde, da assistência social, da educação, dentre outras, em um plano nacionalmente articulado de enfrentamento ao consumo de drogas. Alguns aspectos relativos ao fenômeno do uso, abuso e dependência dessas substâncias apontam para a importância da dimensão preventiva das ações.

É preciso reconhecer, também, o tripé biopsicossocial das dependências químicas, fruto da interação dinâmica de três fatores distintos: o tipo de substância consumida, o indivíduo e o seu contexto social e familiar. Dito de outra maneira, um mesmo tipo de droga pode ter efeitos diferentes em diferentes indivíduos. Acredita-se que a apresentação de um número maior de possibilidades de apoio (familiar, comunitário,

* Aidê Cançado Almeida, Adriana da Silva Pereira, Alexandre Valle dos Reis, Maria do Socorro Tabosa, Bruna D'avila de Andrade, Cristiana Gonçalves de Oliveira, Keli Rodrigues de Andrade, Luciana Maria de Almeida, Márcia Padua Viana, Maria Valdenia Santos de Souza, Rita de Cássia Alves de Abreu, Selaide Rowe Camargos

políticas públicas) ao indivíduo diminui o risco de desenvolver uma dependência química, mesmo que venha a ter contato com a droga e a experimentá-la. Atuando, por meio de espaços de escuta, favorecendo a discussão, troca de experiências e construção de saberes sobre o enfrentamento das situações de vulnerabilidade social, considera-se possível desenvolver aquilo que se denomina resiliência, que é a capacidade de se manter saudável mesmo quando submetido a situações adversas. No entanto, não se pode perder de vista o fato de que o consumo de crack, bem como outras drogas, está presente entre crianças ainda muito jovens. Desta forma, há a necessidade de se atuar nestas situações, agindo, sobretudo, preventivamente.

O Estatuto da Criança e do Adolescente dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente e, em seu artigo 70, estabelece como dever de todos prevenir a ocorrência de ameaças ou violação dos seus direitos. O referido estatuto, ainda, proíbe a venda de bebidas alcoólicas e produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica a este público. Desta forma, é dever de todos protegê-los do uso dos diversos tipos de drogas existentes, sejam elas lícitas ou ilícitas.

Se, por um lado, há necessidade de definição de estratégias de enfrentamento ao tráfico centradas na abordagem repressiva, por meio do aparato jurídico-policial, por outro lado, deve-se fortalecer as ações da rede pública de saúde para a oferta de tratamentos eficazes aos usuários, ao mesmo tempo em que se empreendem ações articuladas às demais políticas públicas relativas à prevenção.

No tocante à prevenção, há que se destacar, na última década, a criação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS e a conformação de uma extensa rede de proteção social básica, a partir da implantação dos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, cujas equipes de referência são responsáveis pela oferta de serviços socioassistenciais a famílias em situação de vulnerabilidade social e pela atuação, nos territórios, de forma a prevenir a ocorrência de riscos e enfrentar vulnerabilidades.

Assim, no âmbito da assistência social básica destacam-se as ações de caráter preventivo voltadas ao território, que visam ao desenvolvimento da mobilização comunitária por meio de atividades como: campanhas e palestras, filmes, debates, projetos de conscientização, etc. A prevenção se dá também em outras atividades que compõem os serviços de proteção básica, uma vez que estes configuram espaços de convivência estimulantes e agregadores. Estas são estratégias importantes para prevenção ao uso, abuso e dependência de drogas, na medida em que se mostram prazerosas e capazes de gerar identidade grupal, em especial para crianças e adolescentes, que, em muitos casos, encontram-se expostos a um ambiente familiar e comunitário no qual, dentre outras vulnerabilidades, figuram o consumo e a comercialização de drogas.

Uma ação consistente e intersetorial de atenção aos casos de consumo de drogas no Brasil não pode prescindir dessa rede de proteção, localizada em áreas de maior vulnerabilidade social, e do potencial dos serviços que visam à redução de fatores de risco e à promoção do desenvolvimento integral de crianças e adolescentes.

Para além das ações regularmente executadas no âmbito do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF e do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV, organizado por ciclos de vida, trata-se agora de eleger o enfrentamento ao uso, abuso e dependência de drogas como um desafio nacional colocado para as políticas públicas e, em particular, para a política de Assistência Social.

Ações de prevenção ao uso de crack e outras drogas em territórios de vulnerabilidade social



A análise das vulnerabilidades sociais deve levar em conta a existência ou não, por parte dos indivíduos ou das famílias, de recursos disponíveis e capazes de enfrentar determinadas situações de risco. Assim, vulnerabilidade refere-se à maior ou menor capacidade de um indivíduo, família ou grupo social de controlar as forças que afetam seu bem-estar, ou seja, a posse ou controle de ativos que constituem os recursos requeridos para o aproveitamento das oportunidades propiciadas pelo Estado, mercado ou sociedade, sejam eles físicos, humanos ou sociais.

A condição de vulnerabilidade está, portanto, relacionada à situação das pessoas e famílias no que se refere à sua inserção e estabilidade no mercado de trabalho, a debilidade de suas relações sociais e, por fim, o grau de regularidade e de qualidade de acesso aos serviços públicos ou outras formas de proteção social. Entende-se que a concepção de vulnerabilidade adotada pela PNAS, ao dialogar com as proposições anteriormente citadas, possibilita à Assistência Social uma visão menos determinista e mais complexa das situações de pobreza, pois dá um sentido dinâmico para o estudo das desigualdades, a partir da identificação de zonas de vulnerabilidades, possibilitando um maior poder explicativo de uma realidade social cada vez mais complexa e composta por uma heterogeneidade de situações de desproteção social.

Sob esta ótica, o enfrentamento das vulnerabilidades pressupõe o comprometimento e a implementação das diversas políticas públicas nacionais que tenham em suas diretrizes o desenvolvimento de ações preventivas, de natureza socioeducativa, pautadas no fortalecimento do convívio familiar e comunitário, do protagonismo dos usuários das políticas sociais, ações de transferência de renda e de inclusão produtiva, a serem realizadas nos territórios mais vulneráveis, de risco, e destinadas aos segmentos mais excluídos socialmente.

Dentre as diversas vulnerabilidades e riscos sociais aos quais uma comunidade pode estar exposta, um elemento de extrema importância, em função de sua complexidade e amplitude, é o fenômeno das drogas. O uso, abuso e dependência dessas substâncias podem agravar outras situações de vulnerabilidade vivenciadas, podendo repercutir na qualidade de vida das famílias, na medida em que, dentre outras possibilidades, pode reduzir a capacidade produtiva dos indivíduos; dificultar as relações intrafamiliares; potencializar a ocorrência de violência intrafamiliar e urbana. Da mesma forma, situações de vulnerabilidade e risco social podem, em determinados contextos, potencializar fatores de risco ao uso de drogas. Quando associadas, situações de vulnerabilidade e risco social e uso de drogas podem conduzir a agravamentos que exigirão estratégias integradas de atenção aos usuários e suas famílias, que considerem a perspectiva social e de saúde.

Além disso, a existência de atividades relacionadas ao tráfico pode implicar no cerceamento do uso de espaços da comunidade e da circulação no território, bem como expor crianças e adolescentes a uma das piores formas de trabalho infantil. Neste contexto, a ampliação do olhar para a relação da questão do

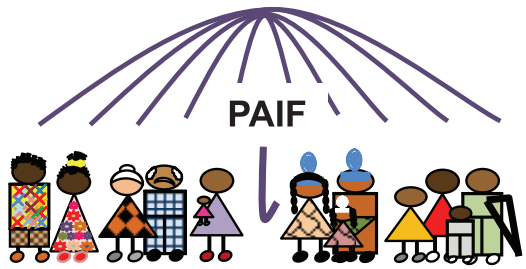
tráfico de drogas com fenômenos como violência, criminalidade, e suas implicações no contexto social das famílias, deverá ser contemplada nas ações, nos serviços, programas e projetos de assistência social desenvolvidos no território, articulados entre si e envolvendo toda a comunidade.

Tendo a Proteção Social Básica o objetivo de prevenir situações de vulnerabilidade e risco social, por meio do desenvolvimento de potencialidades, aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, sua principal estratégia é a oferta territorializada de serviços socioassistenciais: *atividades continuadas que objetivam a melhoria da qualidade de vida da população, com ações focadas no atendimento de necessidades básicas,* seja por meio do PAIF ou do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

Não obstante, para garantir a efetiva superação dos riscos ou das vulnerabilidades sociais, são necessários um amplo conhecimento do território e a articulação da rede socioassistencial e intersetorial existente. A articulação pode tornar a atenção ao uso, abuso e à dependência de drogas mais eficaz do que quando são empregadas ações isoladas de cada política. A realização de um diagnóstico do território, a partir de informações da vigilância social e da busca ativa, identificando as potencialidades do território e da família, bem como a incidência de situações de vulnerabilidade e/ou risco social são preponderantes para a realização de um trabalho preventivo dentro do território de abrangência do CRAS. Tal conhecimento do território possibilita nortear as ações desenvolvidas no PAIF, de modo a alcançar as demandas identificadas e da necessidade de oferta de outros serviços de proteção social básica.

No tocante às ações de enfrentamento ao crack e outras drogas, bem como suas consequências nas localidades de maior vulnerabilidade social, fica evidente a importância da oferta dos serviços de proteção básica em sintonia com demais serviços, programas e projetos socioassistenciais e intersetoriais, por meio do encaminhamento e, sobretudo, da garantia do atendimento prioritário aos indivíduos e às famílias que deles necessitarem; e do desenvolvimento de ações em parceria, unindo esforços na divulgação de campanhas socioeducativas nacionais e/ou até mesmo desenvolvimento de estratégias locais de prevenção.

Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)



As ações de proteção social básica devem organizar-se em torno do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que é uma unidade pública estatal descentralizada da política de Assistência Social. Este equipamento tem como responsabilidade: *a oferta do principal serviço de proteção básica, o PAIF, em áreas de vulnerabilidade e risco social e a gestão territorial, articulando os demais serviços de proteção social básica*. Caracteriza-se, portanto, como uma unidade que propicia o acesso das famílias à rede de proteção básica nos municípios ou no DF.

São serviços de caráter continuado de proteção social básica:

- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)
- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e o
- Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas[19].

Conforme a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, o PAIF:

> *Consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. Expressa um conjunto de ações relativas à acolhida, informação e orientação, inserção em serviços da assistência social, tais como socioeducativos e de convivência, encaminhamentos aos serviços de outras políticas setoriais, promoção de acesso à renda e, especialmente, acompanhamento sociofamiliar*[20].

Um dos objetivos do serviço PAIF é o fortalecimento da função protetiva da família, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. Neste sentido, o Serviço compreende a família como o lugar do cuidado, da proteção, do aprendizado, dos afetos, da construção de identidade e vínculos relacionais e de pertencimento, mas, sem perder de vista que ela pode também configurar um espaço de reprodução de desigualdades e de violência, muitas vezes refletindo o que é vivenciado no âmbito público. O uso, abuso e dependência de drogas configuram uma importante e complexa temática a ser abordada na esfera familiar, para qual não existe uma fórmula exata. Destaca-se, entretanto, a importância do caráter protetivo, e preventivo do PAIF como forma de abordar a questão das drogas junto às famílias de seu território.

No que se refere ao caráter protetivo, destacam-se os atendimentos particularizados, por meio da acolhida e das ações particularizadas, nas quais as famílias e seus membros recebem informações sobre o Serviço e apresentam situações mais específicas que possam vir a demandar encaminhamentos e/ou acompanhamento familiar. Em relação ao caráter preventivo, destacam-se os atendimentos coletivos, por meio de oficinas com famílias e ações comunitárias, espaços propícios para realização de campanhas, debates e mobilização em prol de objetivos comuns.

Destaca-se, ainda, que o processo de acompanhamento familiar contempla tanto o caráter protetivo quanto preventivo. O acompanhamento familiar particularizado permite o desenvolvimento de ações para

---

[19] Ressalta-se que todos os serviços de proteção social básica têm caráter preventivo, protetivo e proativo. O PAIF deve necessária e exclusivamente ser ofertado nos CRAS, já os demais serviços podem ser ofertados neste equipamento desde que garantida a oferta com qualidade do PAIF (espaço físico e equipe compatível), e em outras unidades públicas de assistência social, bem como, de forma indireta, nas entidades e organizações de assistência social da área de abrangência do CRAS. Devem, no entanto, ser referenciados ao CRAS.

[20] Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Resolução nº 109 - Comissão Intergestores Tripartite – CIT; 2009b. Pág: 06.

a superação de vulnerabilidades de forma mais singular, por meio do plano de acompanhamento familiar, buscando trabalhar as demandas da família acompanhada. Já o acompanhamento em grupo cria espaços para discussão de temáticas que interferem na dinâmica familiar de um conjunto de famílias.

Neste sentido, para consecução do objetivo de fortalecimento da função protetiva da família, é necessária a promoção de atividades que propiciem o diálogo, a troca de experiências e valores, bem como a discussão de situações externas que afetam a família e a comunidade. As oficinas com famílias são espaços propícios para sua abordagem, na medida em que suscitam a reflexão sobre vulnerabilidades, riscos ou potencialidades e, portanto, contribuem para o alcance de aquisições, fortalecimento de laços comunitários, conhecimentos, acesso a direitos e prevenção de riscos. As oficinas podem abordar, dentre outros pontos: formas de prevenção ao uso, abuso e dependência de drogas; estratégias de enfrentamento ao uso, abuso e dependência; redes de apoio e informações sobre serviços disponíveis no território, além de alternativas de atividades de convívio específicas por faixas etárias, em especial crianças, adolescentes e jovens; oportunidades de lazer e trabalho.

Complementam o rol de objetivos do PAIF a potencialização do protagonismo e da autonomia dos indivíduos e famílias e a promoção do acesso à rede de proteção social e aos serviços setoriais, contribuindo para garantia de direitos. Neste âmbito, para o trabalho de prevenção ao uso, abuso e dependência de drogas e seus efeitos na comunidade, destaca-se a potencialidade das ações comunitárias, uma vez que estas atividades visam à mobilização social, ao protagonismo, ao sentimento de coletividade e ao fortalecimento da comunicação e organização comunitária. Esta organização propicia, portanto, a participação cidadã, ampliando a capacidade das famílias de interferirem na construção da vida pública de seu território.

Dentre as diversas formas de implementação das ações comunitárias, apontam-se palestras, campanhas e eventos comunitários, que reúnem condições ideais para o trabalho preventivo com a temática das drogas. Como salientado anteriormente, estas atividades podem ser potencializadas quando realizadas em parceria com lideranças locais, atores da rede socioassistencial e demais políticas setoriais, como, por exemplo, por meio de palestras ministradas por profissionais da saúde, pesquisadores, dentre outros.

Dentre as atividades do PAIF que contribuem para prevenção ao uso de drogas e minimização dos efeitos gerados na família e na comunidade, ressalta-se, ainda, a importância de encaminhamentos para rede socioassistencial ou intersetorial. Dentro da perspectiva preventiva, um exemplo seria a inclusão de crianças e adolescentes expostos a contextos em que há uso de drogas nos demais serviços de convivência da proteção básica. São também extremamente relevantes os encaminhamentos que viabilizem o acesso a políticas de geração de trabalho e renda, educação e documentação civil, dentre outras[21]. Com relação a situações que demandem acompanhamento especializado, destaca-se a referência aos CREAS - Centros de Referência Especializados de Assistência Social, quando identificados rompimento de vínculos e/ou violação de direitos.

[21] Destaca-se que conforme previsto no Protocolo Integrado de Serviços, Benefícios e Transferência de Renda no âmbito do SUAS, constitui ação central do PAIF o encaminhamento de famílias para o CADASTRO ÚNICO, bem como para acesso aos benefícios de prestação continuada. Não obstante, caso exista histórico de uso abusivo de drogas por algum de seus integrantes é importante que seja estabelecido o acompanhamento familiar no sentido de auxiliar a família evitando que tais benefícios venham propiciar a manutenção da dependência e, portanto, o agravamento de situações de vulnerabilidade e risco social por ela gerados

Neste sentido, entendem-se como público-alvo das ações do PAIF aquelas famílias com integrante(s) com histórico de uso, abuso e dependência de drogas, contrarrefenciadas pelo CREAS; famílias com usuário(s) de drogas nas quais não se observa violência; violação de direitos e/ou rompimento de vínculos, bem como a comunidade como um todo quando observada alta incidência de uso de drogas.



O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) organiza-se em torno do PAIF, sendo a ele articulado. No trabalho social com as famílias, realizado pelo Serviço PAIF, identificam-se os membros mais vulneráveis e que necessitam acessar o SCFV. Desse modo, as situações de vulnerabilidade enfrentadas pelas famílias e pelos indivíduos devem receber um tipo de atenção diferenciada, de acordo com as necessidades de cada público. Além disso, as potencialidades das famílias devem ser ponto de partida para a organização dos serviços de proteção social básica e para o estímulo à participação social.

Em razão disso, a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais instituiu o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, organizado por faixa etária, tendo como objetivo prevenir possíveis situações de risco, visando à melhoria da qualidade de vida.

O SCFV tem como objetivos prioritários: prevenir a institucionalização e a segregação de crianças, adolescentes, jovens e idosos e oportunizar o acesso às informações sobre direitos e participação cidadã. Ocorre por meio do trabalho em grupos (ou coletivos) e organiza-se de modo a ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária.

O SCFV pode ser ofertado nos CRAS, em outras unidades públicas ou em entidades privadas sem fins lucrativos, desde que referenciadas ao CRAS. Deve ainda possuir uma equipe de profissionais capacitados para atender às demandas específicas de cada faixa etária.

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos deve se organizar de forma a atender aos membros das famílias, por faixa etária, a saber:

1. crianças de até 6 anos;
2. crianças e adolescentes de 6 a 15 anos;
3. adolescentes de 15 a 17 anos;
4. idosos.

Nos grupos devem ser fomentadas discussões sobre o fenômeno do uso do crack e outras drogas, conforme peculiaridade de cada faixa etária. Destaca-se ainda que, no Serviço de Convivência e Fortalecimento

de Vínculos para Crianças e Adolescentes de 6 a 15 anos e para Adolescentes de 15 a 17 anos, as ações devem ser intensificadas. O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Crianças e Adolescentes de 6 a 15 anos tem por foco a constituição de espaços de convivência, formação para a participação e exercício da cidadania, fortalecimento do protagonismo e da autonomia das crianças e adolescentes, a partir dos interesses, demandas e potencialidades dessa faixa etária. Nesse contexto, as atividades desenvolvidas podem contemplar ações de enfrentamento ao uso e dependência de crack e outras drogas na realização de campanhas, eventos e gincanas, que informem crianças e adolescentes sobre as repercussões do uso dessas substâncias, sessões de vídeos e outros, teatros e outras formas de manifestação cultural que possam transmitir mensagens educativas, estimulando sempre a participação e o protagonismo infantojuvenil no desenvolvimento de ações de enfrentamento ao crack e outras drogas.

Nas ações de convivência e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, é fundamental que haja o envolvimento e a participação das crianças e adolescentes na elaboração e efetivação das ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Nesse sentido, o SCFV deve assegurar espaços de discussão, estimulando a participação na vida pública do território, na medida em que propicia aos usuários o desenvolvimento de competências para a compreensão crítica da realidade social e do mundo contemporâneo.

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Adolescentes e Jovens de 15 a 17 anos é uma importante estratégia para este Plano, pois tem por foco o fortalecimento da convivência familiar e comunitária, o retorno dos adolescentes à escola e sua permanência no sistema de ensino. Isso é feito por meio do desenvolvimento de atividades que estimulem a convivência social, a participação cidadã e uma formação geral para o mundo do trabalho. O público-alvo constitui-se, em sua maioria, de jovens cujas famílias são beneficiárias do Programa Bolsa Família, estendendo-se também aos jovens em situação de risco pessoal e social, encaminhados pelos serviços de proteção social especial do SUAS ou pelos órgãos do Sistema de Garantia de Direitos da criança e do adolescente.

Esse serviço tem um papel estratégico na prevenção do uso de drogas, por meio de ações socioeducativas que possibilitam aos jovens uma reflexão sobre temas de interesse e dificuldades que podem afetar a juventude, dentre elas, o consumo das diferentes drogas. Os encontros possibilitam um espaço privilegiado para o diálogo aberto e para reflexão sobre as consequências e ações de fortalecimento da autonomia e protagonismo dos jovens. O envolvimento grupal que há nos coletivos juvenis é um fator importante para a prevenção, uma vez que surgem vínculos que podem reforçar a autoestima, laços de amizade e outras possibilidades de fortalecimento de atitudes saudáveis.

No âmbito das ações socioeducativas, é muito importante reforçar o protagonismo dos jovens, podendo surgir iniciativas de participação cidadã, com atuação dos jovens em suas comunidades, por meio de campanhas, projetos de ação coletiva de interesse social, que podem gerar a produção de vídeos, apresentações artísticas e debates com a comunidade, entre outros.

Deste modo, devido à complexidade da problemática do uso de crack e outras drogas, é fundamental que as equipes técnicas dos serviços socioassistenciais sejam permanentemente capacitadas. É importante

que abordem as famílias por meio de uma postura inovadora, e não moralizadora, que não esteja focada na simples disseminação de informações e/ou repressão ao uso de drogas, mas que fomente a reflexão e problematização da temática, o desenvolvimento de projetos de vida, que deem visibilidade a outras alternativas. Os profissionais estarão desta maneira agindo de forma preventiva, proativa, protetiva e com maiores chances de alcançar efetividade em sua intervenção.

Por fim, faz-se necessário reforçar que, nesta temática, a política de Assistência Social não é autossuficiente, que depende da articulação intersetorial para seu sucesso, ou seja, é imprescindível que cada ator (saúde, educação, segurança pública, assistência social) faça sua parte, mas que todos trabalhem em conjunto, em especial nos territórios violentos e com presença de tráfico. Como forma de fomento desta articulação, incentiva-se a constituição de espaços de diálogo em nível local, tal como comitês gestores, compostos pelos gestores da assistência, saúde, educação, entre outros, conforme a realidade do município, que coordene as ações de enfrentamento ao crack e outras drogas.

CAPÍTULO 24

Proteção Social Especial: ações integradas para a atenção a situações de risco pessoal e social associadas ao uso/dependência de crack, álcool e outras drogas

Departamento de Proteção Social Especial/SNA/MDS*

No âmbito do SUAS, a Proteção Social Especial (PSE) organiza a oferta de serviços, programas e projetos de caráter especializado, destinado a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos. Sua atuação direciona-se a situações que, concretamente, demandam trabalho social especializado no SUAS, como as exemplificadas no quadro a seguir.

- Violência física e psicológica
- Abandono
- Violência sexual (abuso e exploração sexual)
- Tráfico de pessoas
- Situação de rua
- Trabalho infantil
- Cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto
- Afastamento do convívio familiar.

* Kelvia de Assunção Ferreira Barros, Juliana Maria Fernandes Pereira, Ana Angélica Campelo de Albuquerque Melo, Ana Luisa Coelho Moreira, Mariana de Sousa Machado Neris, Juliana Marques Petroceli, Nivia Maria Polezer, Adriana de Almeida Faustino, Carlos Alberto Ricardo Junior, Maria de Jesus Bonfim de Carvalho, Aparecida Rodrigues dos Santos, Zora Yonara Torres Costa, Telma Maranho Gomes.

As situações atendidas nos serviços de PSE incidem sobre os indivíduos, suas relações familiares e comunitárias. São situações que envolvem conflitos, tensões e, até mesmo, fragilização ou rompimento de vínculos, além de violação de direitos, demandando, portanto, atenção especializada e trabalho em rede. Nessa direção, a atenção na PSE tem como objetivos principais contribuir para assegurar proteção social especial nestes casos, de modo a prevenir agravamentos; e potencializar recursos e o acesso a direitos socioassistenciais e à rede de proteção, na perspectiva da superação das situações vivenciadas.

Considerando as situações atendidas e a intencionalidade da atenção ofertada, faz-se importante apontar que os serviços de PSE requerem especialização no acompanhamento socioassistencial a famílias e indivíduos. E considerando o princípio da incompletude institucional e a complexidade das situações atendidas, as intervenções no âmbito dos serviços demandam, ainda, estreita articulação com a rede, incluindo, além da rede socioassistencial, as demais políticas públicas, com destaque para a política de Saúde, e órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar, Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública).

Além da oferta de serviços, a PSE também conta com o PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil), programa que articula ações de forma integrada e complementar com o objetivo de qualificar, incentivar e melhorar o enfrentamento ao trabalho infantil[22] no país.

Cabe destacar que a PSE está organizada no SUAS em dois níveis de complexidade, quais sejam: PSE de Média Complexidade e PSE de Alta Complexidade. Tal organização considera a natureza e a especificidade do atendimento ofertado, de acordo com o agravamento das situações vivenciadas por famílias e indivíduos e as demandas relativas à proteção social identificadas.

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Oferta de acompanhamento especializado e continuado a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos.

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE

Oferta de serviços de atendimento integral. Destinado ao acolhimento a indivíduos e/ou famílias afastados temporariamente do núcleo familiar e/ou comunitário de referência.

Enquanto os serviços de PSE de Média Complexidade são destinados à oferta de acompanhamento especializado, os de PSE de Alta Complexidade devem assegurar proteção integral aos sujeitos atendidos. Os serviços de acolhimento devem ser ofertados em unidades inseridas na comunidade com características residenciais, ambiente acolhedor e estrutura física adequada, oferecendo condições de habitabilidade, higienização, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade, com orientação psicossocial para a construção de novos projetos de vida e acesso a direitos sociais, até que se viabilize a transição para o retorno ao convívio familiar/comunitário ou vida autônoma, conforme o caso.

[22] De acordo com a Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011.

Tanto na PSE de Média Complexidade quanto na PSE de Alta Complexidade, a oferta de serviços deve ter caráter continuado e consonância com a realidade dos territórios. Assim, a organização dos serviços deve se estruturar, em âmbito nacional, com desenho homogêneo, de modo a assegurar observância à padronização nacional do SUAS - conforme parâmetros da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, com possibilidades, todavia, de adaptações à realidade e demandas de cada território.

Os serviços de PSE devem ser ofertados de forma descentralizada, pelo Distrito Federal e municípios, podendo, em determinados casos, ser prestado pelos estados e/ou por meio de agrupamentos intermunicipais, quando a realidade justificar a oferta de serviços organizados de forma regionalizada[23].

Diretrizes e objetivos da PSE de Média Complexidade:

DIRETRIZES QUE DEVEM NORTEAR O ATENDIMENTO NA PSE DE MÉDIA COMPLEXIDADE

- Centralidade na família
- Contextualização da situação vivenciada, considerando o contexto familiar, social, cultural e econômico
- Ética, respeito à diversidade, singularidade, dignidade e não discriminação
- Respeito à autonomia individual e familiar na construção de trajetórias de vida individual e familiar
- Especialização e qualificação do atendimento;
- Acesso a direitos socioassistenciais
- Fortalecimento da capacidade de proteção das famílias, inclusive por meio da ampliação do acesso a direitos socioassistenciais, suportes e apoios
- Trabalho em rede
- Mobilização e participação social.

OBJETIVOS DA PSE DE MÉDIA COMPLEXIDADE

- Proporcionar o acesso das famílias e indivíduos a direitos socioassistenciais e à rede de proteção social
- Apoiar a família, contribuir para o fortalecimento de sua função de proteção e colaborar para o fortalecimento ou reconstrução de relacionamentos familiares, comunitários e com o contexto social
- Contribuir para a superação de padrões de relacionamento familiares e comunitários com violação de direitos
- Potencializar recursos para a superação da situação vivenciada
- Contribuir para a construção de novas referências familiares e comunitárias, quando for o caso
- Fortalecer, junto aos indivíduos e famílias, o exercício do protagonismo, da participação social e da autonomia
- Prevenir agravamentos decorrentes das situações de risco vivenciadas, bem como a institucionalização
- Promover, junto com os (as) usuários (as), a (re)construção de projetos de vida.

[23] Para mais informações sobre a oferta regionalizada de serviços de PSE, recomenda-se a leitura da NOB/SUAS e, no caso de serviços de acolhimento para crianças e adolescentes, as “Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento de crianças e adolescentes”, disponíveis no sítio do MDS: www.mds.gov.br

Diretrizes e objetivos da PSE de Alta Complexidade:

DIRETRIZES QUE DEVEM NORTEAR O ATENDIMENTO NA PSE DE ALTA COMPLEXIDADE

- Excepcionalidade e provisoriedade do afastamento do convívio familiar
- Direito à convivência familiar e comunitária
- Preservação, fortalecimento ou resgate dos vínculos familiares e comunitários, ou construção de novas referências, quando for o caso
- Potencialização da família/ indivíduo na sua capacidade protetiva e na superação de suas dificuldades
- Acesso a direitos socioassistenciais
- Ética, respeito à diversidade, singularidade, dignidade, acessibilidade, inclusão social e não discriminação
- Participação dos usuários nas decisões e fomento à construção de novos projetos de vida
- Respeito à autonomia individual e familiar na construção de trajetórias de vida
- Atendimento personalizado, individualizado e em pequenos grupos
- Fortalecimento da capacidade de proteção das famílias, inclusive por meio da ampliação do acesso a direitos socioassistenciais, suportes e apoios.

OBJETIVOS DA PSE DE ALTA COMPLEXIDADE

- Ofertar serviços de acolhimento de forma personalizada e em pequenos grupos, rompendo com modelos totalizantes e segregacionistas
- Oferecer ambiente seguro e acolhimento com dignidade e em padrões de qualidade
- Preservar e respeitar a identidade e a história de vida dos usuários
- Potencializar, junto à família/indivíduo, a sua capacidade protetiva
- Potencializar os recursos dos indivíduos e famílias para a superação da situação vivenciada
- Contribuir para o fortalecimento ou resgate de relacionamentos familiares, comunitários e com o contexto social
- Oportunizar a construção de novas referências familiares e comunitárias, quando for o caso
- Contribuir para o fortalecimento do protagonismo, da participação social e da autonomia
- Prevenir agravamentos e possibilitar a (re) construção de projetos de vida, junto com os (as) usuários (as).

Unidades e Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade

Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais

(Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009[24])

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE		
UNIDADE DE OFERTA	**SERVIÇO**	**PÚBLICO**
CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social)	**PAEFI** (Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos)	Trabalho social especializado com famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, tais como: ■ violência física, psicológica, abuso ou exploração sexual, negligência; ■ trabalho infantil; ■ descumprimento de condicionalidades do PBF e do PETI relacionadas a situações de risco pessoal e social, com violação de direitos; ■ tráfico de pessoas; ■ abandono ou afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida protetiva; ■ discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia; ■ etc.
	Serviço de MSE (Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socio-educativa de Liberdade Assis-tida e de Presta-ção de Serviços à Comunidade)	Adolescentes em cumprimento de MSE de Liberdade Assistida e Prestação de Serviços à Comunidade, aplicadas pela autoridade judicial (Estatuto da Criança e do Adolescente).
	Serviço Especializado em Abordagem Social[25]	Crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos, famílias, que utilizam os espaços públicos como forma de moradia e/ou sobrevivência.
CENTRO POP (Centro de Referência Especializado para Popula-ção em Situa-ção de Rua)	**Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua**	Jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência.

[24] Disponível em: www.mds.gov.br

[25] Este Serviço pode ser ofertado tanto pelo CREAS quanto por Unidade a ele referenciada, de natureza pública ou pública não estatal. O Serviço Especializado em Abordagem Social pode também ser ofertado no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), conforme avaliação e planejamento do órgão gestor local.

Unidades de referência da PSE de média complexidade: Saiba mais!



O CREAS é a unidade pública estatal de atendimento e referência para o trabalho social especializado no SUAS.

Conforme Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, todo CREAS deve ofertar o PAEFI, podendo, a depender da realidade e demanda do território, ofertar outros serviços de PSE de média complexidade.

Sua implantação, funcionamento e a oferta direta dos serviços constituem responsabilidades do poder público local e, no caso dos CREAS Regionais, do Estado e municípios envolvidos, conforme pactuação de responsabilidades.

Saiba mais: consulte www.mds.gov.br



O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) é a unidade pública e estatal, lócus de referência e trabalho social especializado com população adulta em situação de rua.

Conforme Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, todo Centro POP deve ofertar o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. A depender da realidade local, a unidade poderá também ofertar o Serviço Especializado em Abordagem Social.

A unidade deve representar espaço de referência para o convívio grupal e acompanhamento de pessoas em situação de rua. As estratégias adotadas para o acompanhamento devem buscar favorecer:

- Acesso a direitos socioassistenciais e à rede de proteção social
- Construção gradativa do processo de saída da situação de rua e fortalecimento da autonomia
- Fortalecimento da autoestima e construção/reconstrução de projetos de vida
- Resgate/fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, ou construção de novas referências, quando for o caso
- Fortalecimento de vínculos de pertencimento, da mobilização e participação social
- Encaminhamento para inclusão no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal.

Saiba mais: consulte www.mds.gov.br

Unidades e serviços de proteção social especial de alta complexidade

Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais

(Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009)

Conforme mencionado, a PSE de Alta Complexidade tem como o objetivo ofertar serviços especializados com vistas a afiançar segurança de acolhida a indivíduos e/ou famílias afastados do núcleo familiar e/ou comunitários de origem. Com a finalidade de afiançar acolhimento e desenvolver atenções socioassistenciais a famílias e indivíduos para possibilitar a reconstrução de vínculos sociais e conquistar maior grau de independência individual e social, as ações socioassistenciais visam proteger a dignidade e os direitos humanos e monitorar a ocorrência dos riscos e do seu agravamento.

Em razão do público ou das situações atendidas, os serviços de PSE de Alta Complexidade descritos a seguir poderão se articular com a rede de atenção à questão do uso abusivo e dependência de crack e outras drogas:

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE	
SERVIÇO	**PÚBLICO**
Serviço de Acolhimento Institucional Pode ser ofertado nas seguintes unidades: ■ Abrigo institucional ■ Casa-Lar ■ Casa de Passagem	■ Pessoas em situação de risco social que demandem afastamento temporário do núcleo familiar e/ou comunitário de referência ■ Famílias/indivíduos em situação de rua ■ Mulheres, acompanhadas ou não de seus filhos, em situação de violência doméstica e familiar, causadora de lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico ou dano moral ■ Pessoas em situação de abandono e/ou sem referência familiar. Os serviços são organizados para o atendimento de cada segmento separadamente, considerando suas especificidades e legislações relacionadas, quando for o caso (crianças e adolescentes[26], idosos, pessoas em situação de rua, mulheres etc.).
Serviço de Acolhimento em República	■ Jovens entre 18 e 21 anos em processo de desligamento de serviço de acolhimento para adolescentes ■ Jovens e adultos em processo de saída das ruas.
Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora	■ Crianças e adolescentes, inclusive aqueles com deficiência, aos quais foi aplicada medida de proteção, por motivo de abandono ou violação de direitos, cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção.
Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e Emergências	■ Famílias/indivíduos atingidos por situações de emergência e calamidade pública (incêndios, desabamentos, deslizamentos, alagamentos, dentre outras), que tiveram perdas parciais ou totais de moradia, objetos ou utensílios pessoais, e se encontram temporária ou definitivamente desabrigados ■ Famílias/indivíduos removidos de áreas consideradas de risco, por prevenção ou determinação do Poder Judiciário.

[26] Por determinação da autoridade judiciária (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990).

PETI: a intervenção na questão do uso/dependência de crack e outras drogas associado ao trabalho infantil

O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI compreende um conjunto de ações integradas e complementares de caráter intersetorial. Integrante da Política Nacional de Assistência Social, no âmbito do SUAS o Programa compreende a transferência de renda, o trabalho social com famílias e a oferta de serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para crianças e adolescentes que se encontrem em situação de trabalho.

A intervenção do Programa se materializa, portanto, por meio de serviços já existentes no SUAS, a saber:

1. Quanto ao acompanhamento familiar:
   a. Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI (CREAS)
   b. Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF (CRAS).
2. Quanto à identificação:
   a. Serviço Especializado de Abordagem Social.
3. Quanto à criança/adolescente:
   b. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV.

Uma das linhas de ação do programa refere-se à transferência de renda às famílias, a ser realizada por meio do Programa Bolsa Família (PBF) ou do próprio PETI, quando a família não possuir os requisitos de elegibilidade de acesso ao PBF.

O PETI possui, ainda, em seu desenho a diretriz de cadastramento das situações de trabalho infantil no Cadastro Único, o monitoramento do acesso de crianças e adolescentes a direitos e sua garantia (condicionalidades) e a gestão da informação através dos sistemas: CadÚnico, SIBEC, SISPETI e SICON.

Frente ao exposto, pode-se concluir que o impacto do Programa na colaboração do enfrentamento do uso de crack e outras drogas aparece em três linhas de atuação:

- Prevenção
- Proteção
- Colaboração ao enfrentamento.

Há que se reconhecer, portanto, que o Programa possui um grande potencial para colaboração no enfrentamento das questões relacionadas ao uso de crack e outras drogas, já que:

- Cumpre o papel de proteção e cuidado de crianças e/ou adolescentes
- Qualifica o tempo em que as crianças e adolescentes são atendidos nos SCFV
- Atua na prevenção das situações de risco das crianças e dos adolescentes, evitando assim sua permanência nas ruas, expostas a todas as situações de vulnerabilidades e risco pessoal e social
- Impacta positivamente no: a) relacionamento familiar; b) desenvolvimento infantojuvenil através da oferta de atividades lúdicas, esportivas, artísticas, educacionais, dentre outras; c) desempenho escolar.



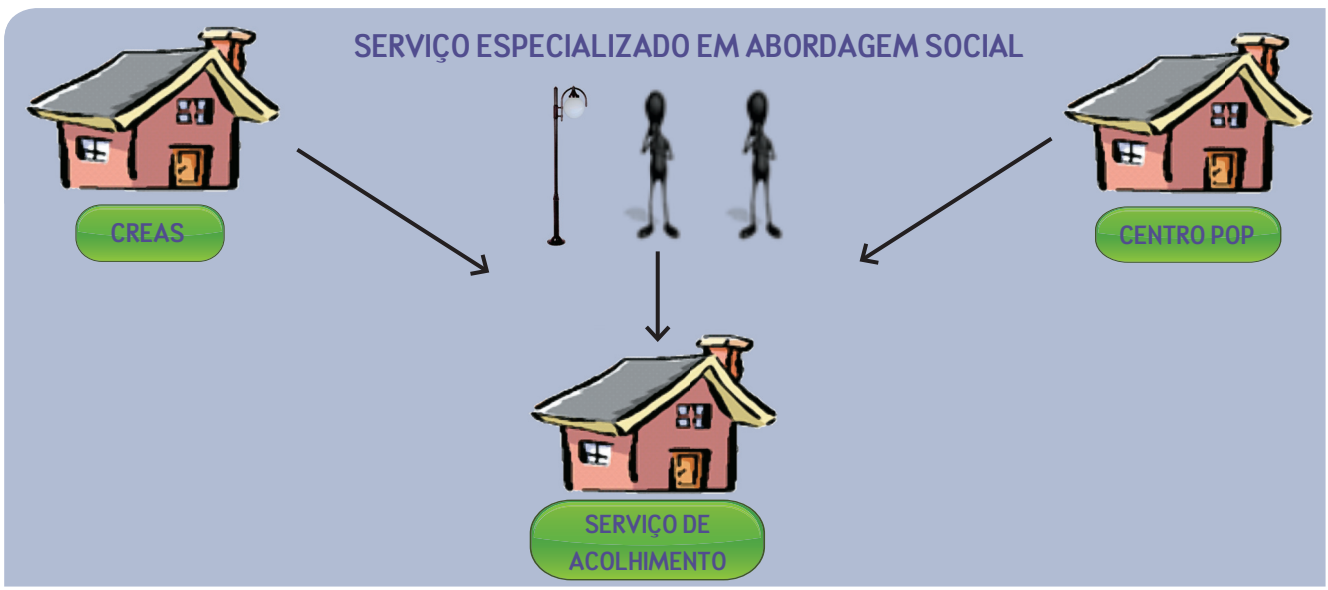
O trabalho socioassistencial nos espaços públicos: possibilidades de atuação do serviço especializado em abordagem social

Nos espaços públicos, o **Serviço Especializado em Abordagem Social** configura-se como importante canal de identificação de situações de risco pessoal e social que podem, em determinados casos, associar-se ao uso, abuso ou dependência de drogas. Ofertado de forma planejada e continuada, o Serviço objetiva assegurar trabalho social de busca ativa e abordagem social, considerando como território de sua atuação os espaços públicos, tais como: praças, locais de intensa circulação de pessoas e existência de comércio, terminais de ônibus, trens, metrô, dentre outros.

Constituem público deste Serviço: crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam os espaços públicos como forma de moradia e/ou sobrevivência.

Para além da identificação destas situações e busca da resolução de necessidades mais imediatas, o Serviço representa estratégia essencial para o acesso a benefícios socioassistenciais e vinculação à rede de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas, na perspectiva da construção do processo de saída das ruas. A vinculação aos serviços socioassistenciais e à rede de proteção, em muitos casos, somente será possível por meio de um processo gradativo de aproximação, conhecimento e construção de vínculos de referência e confiança do público atendido com os profissionais e com o Serviço.

Nessa conjuntura, a aproximação gradativa para a construção de vínculos entre usuários (as) e equipes tem a finalidade, dentre outras, de envolvê-los (as) no acompanhamento especializado nas unidades de referência da PSE de média complexidade do SUAS nos territórios – Centro POP e CREAS. Há que se destacar que, no caso de pessoas adultas em situação de rua, a vinculação a serviços socioassistenciais poderá incluir encaminhamento a serviço de acolhimento, a depender da realidade de cada caso.



Percebemos, portanto, que, no âmbito do SUAS, o Serviço Especializado em Abordagem Social constitui importante canal para a identificação de situações que venham a demandar ações e atendimentos continuados na rede socioassistencial e, ainda, de serviços de saúde e das demais políticas públicas. A atuação da equipe requer, portanto, o conhecimento sobre as ofertas existentes nos territórios, incluindo a rede de serviços, benefícios, programas de transferência de renda, etc., que poderão ser acessados. É importante, ainda, que a equipe busque identificar as redes de apoio que os seus (as) usuários (as) dispõem nos espaços onde convivem/sobrevivem.

Uma das primeiras e mais importantes ações a serem realizadas pelo Serviço para a intervenção qualificada nos espaços públicos será o mapeamento dos territórios e locais onde se observam, dentre outras, situações de risco pessoal e social associadas ao uso ou dependência de crack e outras drogas. Para este mapeamento pode-se recorrer, inclusive, a dados e informações preexistentes levantadas por outras unidades/serviços socioassistenciais (CRAS, CREAS, etc.) ou pelo próprio órgão gestor da Assistência Social do município, assim como dados e informações produzidas por outras políticas, em especial a política de Saúde.

Este mapeamento será um importante instrumento para fundamentar o planejamento da atuação articulada e coordenada das áreas da assistência social e saúde nos territórios. Cabe destacar que tanto o mapeamento quanto o planejamento e o desenvolvimento de intervenções nestes espaços podem se dar de modo conjunto entre a política de Saúde e de Assistência Social.

É importante destacar que a abordagem nos locais com pessoas em situação de risco social associadas ao uso ou dependência de crack e outras drogas deve ser realizada conjuntamente pelas equipes dos serviços socioassistenciais e as equipes de saúde que também atuam nos espaços públicos/rua (por exemplo: consultórios na rua). Esta observação é importante, pois, além das demandas relativas à assistência social, muitas situações demandarão avaliação imediata de profissionais da saúde quanto à necessidade de encaminhamento a serviços específicos de saúde, frente às implicações do uso ou dependência de drogas. Nesses casos, somente uma atuação intersetorial poderá promover resultados satisfatórios, seja do ponto de vista físico/biológico, seja do ponto de vista social.

É importante enfatizar que somente as equipes de saúde têm competência para avaliar os encaminhamentos necessários na sua área de atuação. Nesse sentido, a partir da avaliação destes profissionais, os (as) usuários (as) poderão ser encaminhados tanto para serviços de tratamento ambulatorial (como os CAPS), de internação (hospitalar, unidade de acolhimento da saúde, etc.) como de pronto-atendimento, conforme demandas identificadas. A avaliação de saúde será importante, ainda, para identificar outras demandas de saúde, para além da questão do uso de crack e outras drogas. Nos casos de risco extremo à saúde, que demandem imediato atendimento nesta rede, o momento mais adequado para o início do acompanhamento socioassistencial deverá ser avaliado conjuntamente pelas equipes.

A articulação e, consequentemente, a realização de encaminhamentos para a rede socioassistencial dependerão das especificidades apresentadas pelas famílias e indivíduos em situação de rua e das demandas mais imediatas de atendimento. É certo, pois, que sua equipe deverá atuar em estreita articulação

com o Centro POP[27] e serviços de acolhimento, no caso de população adulta ou famílias, e com o CREAS e Conselho Tutelar nos casos de crianças e adolescentes – os quais serão melhor abordados adiante. Tais serviços de âmbito da PSE representam espaços estratégicos para a oferta de trabalho social especializado com famílias e indivíduos em situação de rua. Devido a isto, o trabalho das equipes da assistência social nas ruas, a partir da situação de cada indivíduo, deve, necessariamente, incluir a informação sobre os recursos da rede socioassistencial existentes no território que possam ser acessados.

A inserção destas pessoas em uma rede de proteção intersetorial deverá estar associada também ao acesso a benefícios e programas de transferência de renda (PBF, BPC, PETI, dentre outros), de modo que as equipes dos serviços socioassistenciais estejam atentas ao perfil exigido, promovendo os encaminhamentos necessários, quando for o caso.

Orientações e encaminhamentos para o acesso à documentação pessoal e a inclusão no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal deverão também ser realizados pelas equipes dos serviços socioassistenciais sempre que houver demanda. A inclusão no Cadastro Único deverá ser feita quando a família apresentar o perfil para tal, mesmo que se configure como família unipessoal[28]. Tal inclusão deve estar associada à vinculação a serviços socioassistenciais e à rede de proteção social, para que intervenções de caráter intersetorial, considerando a realidade de vida destes indivíduos e famílias, possam conduzir a resultados mais efetivos.

No processo de aproximação gradativa, ao longo do desenvolvimento do trabalho de abordagem social com adultos que utilizam a rua como espaço de moradia e/ou sobrevivência, a equipe deverá esclarecer o seu papel e aproximar-se para a constituição de vínculos de confiança, buscando tornar-se uma referência no espaço da rua. Nesse processo, é importante que a equipe não perca de vista o momento em que cada usuário se encontra, respeitando decisões e escolhas. Por isso, a abordagem deverá ser qualificada e, em muitos casos, persistente, utilizando diversos meios e estratégias que permitam ao (a) usuário (a) vislumbrar novas possibilidades e projetos de vida, que os mobilize para adesão às alternativas disponíveis na rede.

Frente aos desafios colocados para o desenvolvimento do trabalho de abordagem social, faz-se necessário que os profissionais sejam qualificados para este trabalho e que tenham oportunidade de participar de atividades que ampliem seus conhecimentos e habilidades. Além disso, é fundamental que tenham a possibilidade de discutir casos em equipe, inclusive com as equipes dos serviços de saúde, de modo a planejar, avaliar e aperfeiçoar continuamente o processo de trabalho, frente à diversidade e complexidade das situações que se apresentarão no cotidiano. É importante, ainda, que tenham claros a missão e objetivos

[27] Nos locais onde não houver esta unidade específica, as pessoas adultas em situação de rua poderão ser acompanhadas também pela equipe do CREAS, a exemplo das situações que envolverem crianças/adolescentes em situação de rua.

[28] Quando o indivíduo adulto, idoso ou adolescente maior de 16 anos encontra-se desacompanhado de outros familiares, ou seja, sem referência familiar.

traçados pelo Serviço, que se associa, fundamentalmente, à finalidade da política de Assistência Social, qual seja, atuar no campo da proteção social.

Atenção especial deve ser dada à situação de crianças e adolescentes que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência, casos em que a equipe do Serviço de Abordagem deverá observar os encaminhamentos necessários para a sua efetiva proteção. Nos casos em que identificado uso ou dependência de crack ou outras drogas, os encaminhamentos para a rede de saúde deverão ser avaliados por suas equipes presentes nas ruas, que possuem competência para tal.

No que diz respeito particularmente às competências da política de Assistência Social, o Serviço de Abordagem deverá: comunicar ao Conselho Tutelar a situação identificada, para aplicação de medidas protetivas e comunicação à autoridade judiciária, sempre que necessário; identificar junto à criança/adolescente os motivos que conduziram à saída de casa e trabalhar pela busca ativa de familiares/pessoas de referência e de rede social de apoio que possam contribuir para a retomada do convívio e construção do processo de saída da situação de rua. Esta busca ativa deve, inclusive, considerar os registros de famílias que procuram por crianças/adolescentes desaparecidos.

É importante destacar que o trabalho pela busca ativa da família da criança/adolescente em situação de rua deve sempre considerar a participação da criança ou do adolescente no processo, inclusive para analisar se há possibilidades de retorno ao convívio familiar ou se trata de demanda para encaminhamento a serviço de acolhimento, situação na qual a autoridade judiciária deverá ser comunicada, para avaliação da situação e providências relacionadas. Norteada também por metodologia de trabalho pautada na gradativa aproximação e vinculação à rede de proteção, a abordagem social realizada com crianças/adolescentes em situação de rua deve primar pelo resgate dos direitos que não estejam acessando em razão da situação identificada, em particular o direito à convivência familiar e comunitária. Deve-se buscar, sempre que possível - e esta representar a melhor alternativa para a criança/adolescente -, viabilizar seu retorno ao convívio familiar, acompanhado de suportes e apoios que possam se mostrar necessários para auxiliar a família no exercício do papel de cuidado e proteção[29].

Tão logo seja localizada, a família deve ser sensibilizada ao atendimento pela equipe do PAEFI, ofertado pelo CREAS, para acompanhamento do processo de retomada do convívio familiar. Nos casos em que não houver possibilidades de retomada do convívio, a equipe deve trabalhar junto ao Conselho Tutelar e à autoridade judiciária buscando a gradativa vinculação da criança/adolescente a serviço de acolhimento, onde sua segurança, direitos e proteção poderão ser melhor assegurados.

Igualmente, deve-se trabalhar com as situações de crianças/adolescentes em situação de rua que não façam uso de drogas. Para esses casos, intervenções que visem à construção do processo de saída da rua terão papel fundamental de prevenir situações mais complexas e o agravamento da situação de risco a que

[29] Ex: encaminhamento da criança ou adolescente para serviço de convivência e fortalecimento de vínculos da PSB; para atividades de esporte, cultura e lazer; retomada dos estudos; inclusão da família em programas de transferência de renda, se identificado perfil; além dos encaminhamentos para a saúde, seja para a criança/adolescente, seja para a família.

já se encontrem expostas. A priorização da retomada das possibilidades de convívio familiar, ou encaminhamento para serviço de acolhimento, se for o caso, acompanhada do acesso a direitos, como educação e inclusão em serviços de convivência e fortalecimento de vínculos da PSB, impactarão de modo particularmente benéfico e preventivo. De modo geral, é importante que se busque trabalhar com intervenções precoces, uma vez que quanto mais tempo a criança e o adolescente permanecerem nesta situação, mais complexa poderá se mostrar a reversão deste processo.

Nas situações de trabalho infantil, o Serviço Especializado em Abordagem Social deve articular-se com a coordenação ou pessoa de referência do PETI para garantir a inclusão no Programa, o apoio especializado à família e a inserção das crianças/adolescentes no SCFV e/ou em outras ações socioeducativas. O acompanhamento familiar inicial pela equipe do PAEFI e, posteriormente, pelo PAIF, conforme previsão no Programa, representa, ainda, uma importante estratégia para a superação da situação vivida e proteção da criança/adolescente.

Finalmente, é importante destacar que as intervenções no espaço da rua possuem uma perspectiva também preventiva, podendo, por exemplo, ser um espaço para disseminação de campanhas, orientação e sensibilização relativas a cuidados com saúde, acesso a direitos, enfrentamento de situações de violação de direitos, etc.

Agora que tratamos do trabalho nos espaços públicos, pelo Serviço Especializado de Abordagem Social, que pode ser ofertado pelo CREAS, unidade específica referenciada ao CREAS, ou pelo Centro POP, conforme realidade e organização da gestão local, passaremos a tratar do trabalho nas unidades de referência da PSE de Média Complexidade, enfocando como o trabalho social nestes equipamentos pode contribuir para a prevenção ao uso de crack e outras drogas e para a identificação e o acompanhamento destas situações, quando associadas a riscos pessoais e sociais.



Centro POP: fortalecendo a rede de atendimento a pessoas em situação de rua

Nunca perdi a esperança de sair da rua e sonhava. Mas eram sonhos pequenos, sabe? De cortar o cabelo, tomar um banho, comer em uma mesa. Coisas que fazem a diferença entre ser humano e nada. Foi o que me salvou - Tião Nicomedes[30].

O Centro POP (Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua) é a unidade pública e estatal de referência da PSE de Média Complexidade para o trabalho social especializado com a população adulta em situação de rua.

[30] Disponível em: diariotiao.zip.net

Todo Centro POP deve, necessariamente, ofertar o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, que, de acordo coma Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, atende a jovens, adultos, idosos e famílias em situação de rua. Além deste Serviço, a Unidade pode ofertar também o Serviço Especializado em Abordagem Social, conforme avaliação e planejamento do órgão gestor local, desde que isso não incorra em prejuízos ao desempenho da oferta do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

Quando não ofertado pelo Centro POP, o Serviço de Abordagem Social deverá atuar em estreita articulação com o mesmo, buscando a gradativa vinculação de pessoas jovens/adultas/idosas em situação de rua a esta Unidade e aos serviços de acolhimento do SUAS, quando for o caso.

O Centro POP representa um importante e estratégico equipamento para o atendimento socioassistencial especializado e a construção gradativa do processo de saída das ruas. A atenção ofertada visa possibilitar tanto o acesso aos espaços e recursos da Unidade (tais como: espaços para higienização e guarda de pertences), quanto ao trabalho social especializado que deve ser, concomitantemente, desenvolvido na perspectiva do acesso a direitos socioassistenciais, (re)construção de projetos de vida, trabalho com a auto-estima e autonomia, com vistas à construção gradativa do processo de saída das ruas.

Nessa direção, o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua deve atuar junto às possibilidades de retomada do convívio familiar ou o fortalecimento de vínculos com pessoas de referência, assim como na articulação estreita com os serviços de acolhimento da PSE de Alta Complexidade, os quais também representam importantes recursos para a construção gradativa do processo de saída das ruas, especialmente nos casos de indivíduos que já se encontrem sem referência familiar e nos casos em que não haja mais possibilidades de retomada imediata deste convívio.

O acompanhamento especializado, ofertado por este Serviço, pode ser realizado por meio de diversas técnicas e metodologias, incluindo a realização de atendimentos continuados, atividades coletivas e oficinas que possibilitem o fortalecimento da autoestima e da identidade, o desenvolvimento de sociabilidades e o fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a (re)construção de novos projetos de vida com os (as) usuários (as). O acompanhamento também deve contemplar os encaminhamentos para assegurar a inclusão deste público no Cadastro Único para Programas Sociais e a benefícios socioassistenciais, inclusive o BPC, conforme necessidades e perfil identificado. Para facilitar a inclusão no Cadastro Único e acesso a direitos, o endereço do Centro POP poderá, inclusive, ser utilizado como endereço de referência pelo usuário (Portaria GM/MDS nº 376/2008). Na perspectiva da integração entre serviços, benefícios e transferência de renda, estes encaminhamentos devem ser realizados no contexto de sua vinculação aos serviços.

As possibilidades vislumbradas no trabalho social desenvolvido neste Serviço podem ser reunidas no Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar, cuja construção deve acontecer de forma participativa envolvendo a equipe e os (as) usuários (as). Na construção e no desenvolvimento do plano de acompanhamento deve-se identificar necessidades, demandas e potencialidades dos (as) usuários (as) e da rede local, na perspectiva da construção do processo de saída da situação de rua. Assim, iniciativas de outras políticas

como Trabalho e Renda e Habitação, dentre outras, deverão ser buscadas, assim como o acompanhamento conjunto com a rede de saúde quando identificadas estas demandas.

Ao proporcionar espaço de acompanhamento especializado à população em situação de rua, o Centro POP será também espaço estratégico para o trabalho com a questão da saúde, seja para o desenvolvimento de atividades preventivas, seja para a identificação de demandas desta natureza, além do acompanhamento em parceria com serviços de saúde daquelas situações que exijam atendimento concomitante pelas duas políticas.

Assim, o Centro POP pode incorporar atividades como oficinas de prevenção, com temas diversos (como DSTs e AIDS e uso/dependência de crack e outras drogas) e recepcionar visitas de equipes de saúde para encaminhamentos necessários. Deve, ainda, incorporar, em sua dinâmica de funcionamento, reuniões/trabalhos conjuntos entre equipe do Serviço e equipes de saúde - em especial de saúde mental - para planejamento; encontros periódicos para discussão de caso; e até mesmo desenvolvimento de atividades conjuntas de acompanhamento das situações que exigirem a atenção concomitante das duas políticas.

Fique sabendo!

A **Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua (2008)** aponta os **problemas de alcoolismo e/ou outras drogas como um dos principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua (35,5%),** seguido do desemprego (29,8%) e conflitos familiares (29,1%).

Dos entrevistados, 71,3% citaram pelo menos um desses três motivos para a situação de rua (sendo que estes podem estar correlacionados entre si ou um ser consequência do outro, tendo em vista que a situação de rua é, muitas vezes, ocasionada por todo um contexto social de ausência de oportunidades e vivência de situações violadoras de direitos).

Estes e outros dados apresentados nessa pesquisa indicam que possíveis intervenções junto a esta população devam ser potencializadas intersetorialmente.

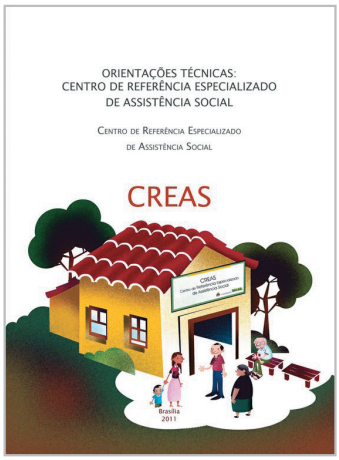
Tendo em vista o exposto, no Centro POP poderão vir a ser identificadas realidades nas quais a situação de rua se associe ao uso ou à dependência de crack e outras drogas, as quais demandarão sensibilização para avaliação pela rede de saúde, seguida dos encaminhamentos necessários para assegurar estes cuidados.

A equipe do Centro POP, além de conhecer as ofertas na área da saúde existentes no território, deve poder contar com fluxos com previsão de possibilidades de trabalho e encaminhamento dos (as) usuários (as) quando identificadas demandas afetas a esta área, por exemplo, a questão do uso de crack e outras drogas.

Particularmente em relação à situação de rua associada ao uso/dependência de drogas, o Centro POP representará uma importante retaguarda para o acompanhamento na rede de saúde, seja na realização do trabalho social com os indivíduos que permaneçam em atendimento ambulatorial, seja para aqueles, por exemplo, que se encontrem sem referência familiar e prestes a receber alta de tratamento hospitalar, momento em que a rede de assistência social poderá também ser acionada.

Diante disso, conclui-se que o trabalho conjunto entre as políticas de Saúde e Assistência Social será fundamental para que se desenvolva um trabalho integrado, que inclua cuidados necessários no campo da saúde e o fortalecimento de outros campos/áreas da vida destes indivíduos. Esta é uma perspectiva essencial

no trabalho com a questão do uso abusivo/dependência de drogas associada a situações de risco pessoal e social, cujo enfrentamento requer a construção de novos projetos de vida, a interação em outros espaços e grupos de referência e o resgate/fortalecimento/construção de vinculações familiares e comunitárias.



CREAS e saúde mental: juntando as pontas na ponta

Como já vimos, o CREAS é a unidade pública estatal, de abrangência municipal ou regional, que tem como papel constituir-se em lócus de referência da oferta de trabalho social especializado no SUAS a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos. Conforme também já mencionado, toda unidade CREAS deve obrigatoriamente ofertar o PAEFI (Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos), de acordo com os parâmetros dispostos na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

O **PAEFI configura-se como serviço de apoio, orientação e acompanhamento especializado a famílias em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos**. Suas atenções devem buscar a promoção de acesso a direitos socioassistenciais, à rede de proteção, suportes e apoios que possam contribuir para o fortalecimento da função protetiva das famílias e o exercício de seu papel de cuidado, proteção e socialização. A reconstrução de relações familiares e a perspectiva de preservação/fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, ou construção de novas referências, quando for o caso, devem também ser buscadas ao longo do acompanhamento no conjunto de estratégias direcionadas à superação das situações vivenciadas que impliquem em violência/violação de direitos.

Responsável pelo acompanhamento especializado ofertado no CREAS, as ações desenvolvidas no PAEFI devem fundamentar-se na ética e no respeito à heterogeneidade, nas potencialidades, nas diversidades, na história, na dignidade e na identidade dos indivíduos e famílias, assim como no respeito à autonomia destes sujeitos na construção da trajetória de superação das situações vivenciadas.

Confira a seguir as situações que poderão motivar o início do acompanhamento da família/indivíduo pelo PAEFI:

- Violência intrafamiliar (física, psicológica)
- Negligência ou abandono
- Violência sexual: abuso e/ou exploração sexual
- Afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida de proteção
- Tráfico de pessoas
- Situação de rua
- Vivência de trabalho infantil
- Discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia
- Descumprimento de condicionalidades do PBF e do PETI em decorrência de violação de direitos.

Embora o ingresso no Serviço esteja relacionado a situações específicas vivenciadas por famílias ou indivíduos, como apontado anteriormente, sua equipe deverá ampliar o olhar para a família no decorrer do acompanhamento, buscando compreender o histórico de vida familiar e individual e contextualizar a situação vivida, considerando o contexto familiar, comunitário e social, assim como as fragilidades/dificuldades e as potencialidades/recursos dos indivíduos e da família.

Conforme já apontado neste texto, muitas vezes as famílias atendidas pelo PAEFI também poderão vivenciar a realidade do uso de crack e outras drogas. Nesse contexto, este Serviço poderá vir a se conformar como um importante espaço para a identificação de demandas de intervenção no campo da saúde, frente a possíveis efeitos do uso/dependência de crack e outras drogas. Os profissionais deverão, nesses casos, estar preparados para orientar e promover o suporte devido à família/indivíduo, acionando, a partir de suas escolhas, serviços de saúde que possam oportunizar atendimento adequado.

É importante destacar aqui a importância da garantia de serviços que possam atuar tanto no tratamento no campo da saúde, quanto no acompanhamento especializado no âmbito do SUAS, buscando fortalecer recursos e apoio para o enfrentamento da situação. Nestes casos, é fundamental que a equipe do PAEFI realize encontros periódicos com a equipe de saúde mental para a discussão dos casos atendidos, planejamento e avaliação das intervenções, sempre tendo em vista o aprimoramento do trabalho e a qualificação do atendimento à família.

ATENÇÃO!
O trabalho desenvolvido pelo PAEFI não deve substituir o trabalho a ser realizado pela saúde mental no que diz respeito ao tratamento do uso/dependência de drogas, que poderá também incluir o trabalho com a família.

A seguir, indicamos alguns exemplos de ações que podem ser desenvolvidas pelo PAEFI, quando observada demanda de situações de risco pessoal e social associadas a circunstâncias de uso/dependência de crack e outras drogas:

- Acompanhamento especializado e continuado das famílias/indivíduos, com foco na discussão e superação das situações de risco pessoal e social (violência/violação de direitos).
- Encaminhamento para Inclusão do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – viabilidade de acesso a programas de transferência de renda (Ex: PBF), quando contemplar o perfil.
- Encaminhamento para acesso ao BPC, quando contemplar perfil.
- Encaminhamento para acesso à documentação pessoal, quando for o caso.
- Encaminhamentos monitorados para a rede de saúde (Ex: CAPS) e para os CRAS, tendo em vista a inserção de membros da família nos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.
- Trabalho em rede e articulação intersetorial, considerando as demandas identificadas (demais políticas públicas, órgãos de defesa de direitos, dentre outras).

Quando da identificação de situações de uso abusivo/dependência de crack e outras drogas no acompanhamento pelo PAEFI, é importante que se processe o encaminhamento devido para a área da Saúde e que, a partir de uma avaliação conjunta (serviço de saúde e serviço socioassistencial), defina-se sobre a continuidade do acompanhamento pelo CREAS. Se a avaliação indicar a necessidade de acompanhamento da família concomitantemente pelo PAEFI e pelo serviço de saúde, as equipes deverão reunir-se periodicamente para assegurar uma convergência positiva das ações, que potencialize o trabalho intersetorial. Nesses encontros poderão, por exemplo, ser discutidas as competências de cada um, limites de atuação, intervenções conjuntas e elaboração de Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar integrados. Estes encontros poderão representar, ainda, espaços estratégicos para a discussão e estudo de casos em conjunto, que contribuam para aprofundar o conhecimento compartilhado da situação e qualificar ainda mais o trabalho com a família.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os CAPS AD serão importantes parceiros dos CREAS para o atendimento destas famílias/indivíduos que vivenciem situações de risco pessoal/social, por violação de direitos, e uso/dependência de crack e outras drogas.

Finalmente, é importante destacar que os CREAS também representam espaços estratégicos importantes para o desenvolvimento de ações preventivas ao uso /dependência de drogas. A realização de oficinas e outras atividades incluindo as famílias, crianças, adolescentes e até mesmo a comunidade podem contribuir para o fortalecimento das estratégias preventivas nos territórios.



CREAS na medida: serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida (LA) e de prestação de serviços à comunidade (PSC)

Este Serviço tem a finalidade de prover acompanhamento especializado a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto, determinada judicialmente, conforme previsão no Estatuto da Criança e do Adolescente. Deve contribuir para o acesso a direitos e para a ressignificação de valores na vida pessoal e social dos (as) adolescentes.

Ao desenvolver o PIA (Plano Individual de Atendimento) de cada adolescente, a equipe do Serviço deverá estar atenta ao seu contexto de vida, considerando suas relações familiares, comunitárias e sociais. Nas situações em que a equipe do Serviço perceber o uso ou dependência de crack e outras drogas, deverá considerar esta situação para o desenvolvimento do acompanhamento, esclarecendo o (a) adolescente e seus familiares sobre as possibilidades de tratamento e a sua importância. Nessas situações, o acompa-

nhamento no Serviço deverá utilizar-se de estratégias para motivar e apoiar o (a) adolescente e sua família na busca por cuidados de saúde.

Ao traçar estratégias que envolvam também as famílias dos (as) adolescentes, a equipe deverá proceder aos encaminhamentos necessários, a partir das demandas apresentadas, inclusive para serviços de saúde que possibilitem a avaliação e o tratamento do uso ou dependência de crack e outras drogas. Igualmente, deve-se avaliar se há necessidade de acompanhamento familiar especializado pelo PAEFI.

Quando houver demanda de internação para tratamento de saúde, a equipe do Serviço deverá avaliar, em conjunto com a equipe de saúde, a possibilidade de continuidade do acompanhamento do adolescente em cumprimento de Liberdade Assistida (LA) pelo Serviço. Os casos de internação para tratamento de saúde dos adolescentes em cumprimento de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) deverão ser encaminhados para avaliação da autoridade competente, tendo em vista a especificidade da MSE e a impossibilidade do seu cumprimento nesse contexto.

Nas situações em que o atendimento na saúde não indicar internação, a equipe do Serviço deverá atuar em estreita articulação com a equipe de saúde que atenda ao adolescente e sua família. A elaboração de planos de atendimento integrados e a realização de intervenções conjuntas para a obtenção de melhores resultados configuram estratégias a serem consideradas pelas duas equipes.

No contexto de uso ou dependência de crack e outras drogas, sempre que possível, o fortalecimento dos vínculos familiares configurar-se-á como importante objetivo a ser perseguido pelo Serviço, assim como o fortalecimento da função protetiva da família, para que esta possa dar apoio ao (a) adolescente no enfrentamento da questão. Na mesma direção, as vinculações sociais e comunitárias devem também ser observadas e trabalhadas ao longo do acompanhamento, buscando sempre que possível inserir o (a) adolescente em grupos e espaços de interação favoráveis ao seu desenvolvimento. A construção de novas possibilidades de interação e vinculações sociais poderá contribuir para que o adolescente ocupe novos espaços e papéis sociais. A relevância da atuação, nesta direção, é corroborada por diversos estudos que apontam que, em alguns contextos, pode haver relação do ato infracional e do uso de drogas na adolescência com o contexto de interação grupal no qual o adolescente se encontra inserido.

Finalmente, cabe destacar que, no contexto do acompanhamento da MSE, poder-se-á buscar oportunizar o desenvolvimento de ações preventivas ao uso ou dependência de drogas que envolvam a participação protagonista dos adolescentes. Estas estratégias são particularmente importantes no trabalho com adolescentes que, segundo dados de pesquisa, constituem público particularmente vulnerável ao consumo de drogas.

As ações desenvolvidas ao longo do cumprimento da MSE, de caráter individual ou coletivo, poderão ser planejadas estrategicamente para maior interação do (a) adolescente com o seu contexto social, contribuindo para o acesso a direitos, novas vivências e oportunidades; para a capacidade de reflexão sobre suas ações; e para a (re)construção de projetos, sem perder de vista, contudo, a perspectiva da sua conscientização, frente ao ato infracional praticado.



Serviços de Acolhimento

No âmbito do SUAS, os serviços de acolhimento são destinados a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, ou até mesmo sem referência familiar. Visam garantir proteção integral aos sujeitos atendidos, com atendimento personalizado e em pequenos grupos, pautado no respeito a diversidades de ciclos de vida, arranjos familiares, raça/etnia, religião, gênero e orientação sexual.

ATENÇÃO!
Os Serviços de Acolhimento do SUAS não devem ser confundidos com instituições da rede de saúde destinadas à internação para tratamento da dependência de crack e outras drogas.

Os serviços de acolhimento do SUAS devem atuar de forma articulada com as demais políticas públicas e serviços da rede, de modo a realizar ações complementares, evitando sobreposições.

Destaca-se, em particular, que a interface permanente com a rede de serviços de saúde é de suma importância, sobretudo para estabelecer fluxos de atendimento e encaminhamento nos casos que demandem acompanhamento por esta área. Nas situações em que a Saúde avaliar que, em razão do uso ou dependência de crack e outras drogas, há necessidade de internação em unidade de acolhimento de saúde para tratamento da dependência química, este indivíduo/família que se encontrar sem referência familiar ou moradia convencional poderá ser encaminhado, após a alta em saúde, para os serviços de acolhimento do SUAS.Nestas situações, se houver seguimento do tratamento em saúde na rede ambulatorial, é importante que tais serviços atuem de forma articulada e coordenada.

Ao ingressar nos Serviços de Acolhimento do SUAS, o indivíduo deve ser acolhido em serviços adequados às suas necessidades e especificidades, e ter possibilidades de interagir e compreender a dinâmica estabelecida neste contexto, bem como de participar das definições e decisões relativas a encaminhamentos que possam repercutir sobre sua trajetória de vida.

Desde o momento inicial da acolhida no serviço – que deve ser o mais acolhedor possível –, a equipe técnica deve começar o investimento junto às possibilidades de retorno familiar. Ao longo de todo o período de acolhimento deve-se buscar, ainda, o fortalecimento da autonomia, o desenvolvimento de potencialidades, a garantia de acesso à rede de proteção social e à reinserção social.

Nas situações em que o indivíduo/família já for usuário do serviço de acolhimento e ao longo deste atendimento for observado o uso ou dependência de crack e outras drogas, a equipe do serviço deverá buscar a sensibilização para a realização de um trabalho articulado, conjunto e/ou complementar e, conforme avaliação técnica, o encaminhamento a um serviço de internação ou acolhimento de saúde para o devido tratamento. Nestes casos, a equipe do serviço socioassistencial deve planejar o desligamento da pessoa dependente de forma qualificada, com o cuidado de não revitimizar o usuário do serviço. Deve realizar,

ainda, a supervisão do período de permanência do dependente na unidade de saúde, tendo em vista as possibilidades de reintegração familiar e comunitária ou, na sua impossibilidade, o seu retorno ao serviço de PSE de alta complexidade.

Nestes casos, a escuta profissional deve ser qualificada, principalmente em relação à (re)significação do uso de drogas e ao afastamento do convívio familiar e comunitário. Além disso, será necessário buscar resgatar e reconstruir com o indivíduo/família sua rede de relacionamentos familiares e sociais e vínculos institucionais adquiridos durante a vida, na tentativa de fortalecer suportes e apoios e prevenir episódios e situações críticas.



- O usuário de crack e outras drogas deve ser tratado sob a perspectiva de que esta é uma questão de saúde pública.
- O diagnóstico e o tratamento do uso, abuso ou dependência de drogas são de competência da política pública de saúde.
- O trabalho com o uso, abuso ou dependência exige uma abordagem intersetorial e intervenções em rede, incluindo, além da questão da saúde, as várias outras dimensões da vida destes sujeitos, como: relações familiares, comunitárias, interações sociais, vida ocupacional, etc.
- A atenção qualificada ao usuário e sua família exige uma compreensão complexa da questão. Julgamentos, culpabilizações e posturas moralistas devem ser evitadas.
- A família deve ser buscada e incluída no acompanhamento, sempre que possível.
- O conhecimento sobre o uso, abuso e dependência de drogas deve alimentar o planejamento e o desenvolvimento de políticas preventivas nos territórios.
- Os Serviços de Acolhimento do SUAS não devem se confundir com serviços da rede de saúde voltados ao tratamento da dependência química.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica (NOB/SUAS)**.Resolução Nº 130, de 15 de julho de 2005. Brasília, 2005a.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS).** Resolução Nº 145, de 15 de outubro de 2005.Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.** Brasília, 2008.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. **Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no Âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS**. Resolução Nº 07, de 10 de setembro de 2009. Brasília, 2009a.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009. Brasília, 2009b.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social e Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes**. Brasília: 2009c.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS**. Brasília, 2009d.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Levantamento Nacional de Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes.** Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS**. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua - Centro POP**. Brasília, 2011c.

GABBARD, G.O. **Psiquiatria Psicodinâmica**. 2ª Ed. Porto Alegre, ARTMED, 1998.

MINAYO E DESLADES. "A Complexidade das Relações entre Drogas, Álcool e Violência". **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1998.

NOTO, Ana Regina; GALDURÓZ, José Carlos F.; NAPPO, Solange A.; FONSECA, Arilton M.; CARLINI, Carla M. A.; MOURA, Yone G.; CARLINI, E. A. **Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo, UNIFESP, CEBRID, 2003.

PARA SABER MAIS

Apresentamos a seguir algumas indicações de instituições públicas, privadas e órgãos não governamentais onde você encontrará informações confiáveis sobre drogas.

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD
Esplanada dos Ministérios Bloco T – 2º Andar – sala 208
Brasília – DF. CEP: 70.064-900
www.senad.gov.br

Central de Atendimento VIVA VOZ – 132

OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
www.obid.senad.gov.br

No Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), você irá encontrar muitas informações importantes. Contatos de locais para tratamento em todo o país, instituições que fazem prevenção, grupos de ajuda mútua e outros recursos comunitários. Você encontra, ainda, informações atualizadas sobre drogas, cursos, palestras e eventos.

Dentro do OBID, há dois sites específicos voltados para os jovens: **Mundo Jovem** e **Jovem sem Tabaco**, além de uma relação de *links* para outros *sites* que irão ampliar o seu conhecimento.

- **Mundo Jovem**: www.obid.senad.gov.br/portais/mundojovem
- Jovem sem Tabaco: www.obid.senad.gov.br/portais/jovemsemtabaco

Outras Referências

MINISTÉRIO DA SAÚDE:
www.saude.gov.br
Disque Saúde: 136

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS
www.saude.gov.br
Disque Saúde: 0800 61 1997

CONSELHOS ESTADUAIS SOBRE DROGAS
Para saber o endereço dos Conselhos do seu estado, consulte o site:
www.obid.senad.gov.br

CONSELHOS MUNICIPAIS SOBRE DROGAS
Para saber o endereço dos Conselhos do município, consulte o site: www.obid.senad.gov.br

Grupos de autoajuda

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS – AA
www.alcoolicosanonimos.org.br
Central de Atendimento 24 horas: (11) 3315 9333
Caixa Postal 580 CEP 01060-970 – São Paulo

AL-ANON
Grupos para familiares e amigos de alcoólicos.
www.al-anon.org.br

AL-ATEEN
Grupos para adolescentes e jovens afetados pelo alcoolismo de algum familiar.
www.al-anon.org.br

NARCÓTICOS ANÔNIMOS – NA
www.na.org.br

Grupos Familiares – NAR-ANON
Grupos para familiares e amigos de usuários de drogas
www.na.org.br

FEDERAÇÃO DE AMOR EXIGENTE
Programa de proteção social, que visa à prevenção e à qualidade de vida, através de grupos de apoio.
www.amorexigente.org.br

Leituras que ajudam

Série de publicações disponibilizadas pela SENAD:

As publicações listadas a seguir são distribuídas gratuitamente e enviadas pelos Correios. Estão também disponíveis no portal do OBID (www.obid.senad.gov.br) e no site da SENAD (www.senad.gov.br) para download.

Cartilhas da Série "Por Dentro do Assunto"

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – Senad, 2010

- Drogas: Cartilha para Educadores
- Drogas: Cartilha Mudando Comportamentos
- Drogas: Cartilha Álcool e Jovens
- Drogas: Cartilha para Pais de Adolescentes
- Drogas: Cartilha sobre Tabaco
- Drogas: Cartilhas para Pais de Crianças
- Drogas: Cartilha sobre Maconha, Cocaína e Inalantes.

Glossário de álcool e drogas.

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010

Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas

Leitura recomendada para alunos a partir do 7º ano do ensino fundamental.

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD – e Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID – da Universidade Federal de São Paulo, 2010.

Outras referências de leituras

- **Anjos caídos – Como prevenir e eliminar as drogas na vida do adolescente**
  Içami Tiba. São Paulo: Gente, 1999.

- **Cuidando da Pessoa com Problemas Relacionados com Álcool e Outras Drogas –** Coleção Guia para Família. v.1.
  Selma de Lourdes Bordin; Marine Meyer; Sérgio Nicastri; Ellen Burd Nisenbaum e Marcelo Ribeiro. São Paulo: Atheneu, 2004.

- **Depois daquela viagem: Diário de Bordo de uma Jovem que aprendeu a viver com AIDS.**
  Valéria Piassa Polizzi. São Paulo. Ática, 2003.

- **Desafio da convivência – Pais e Filhos**
  Lídia Rosenberg Aratangy. São Paulo: Gente, 1998.

- **Doces Venenos – Conversas e Desconversas sobre Drogas**
  Lídia Rosenberg Aratangy. São Paulo: Olho D'Água, 1991

- **Drogas, Prevenção e Tratamento: o que você queria saber sobre drogas e não tinha a quem perguntar.**
  Daniela Maluf e cols. São Paulo: Cia. Editora, 2002

- **Drogas – Mitos e Verdades**
  Beatriz Carlini Cotrim. São Paulo: Ática, 1998.

- **Esmeralda – Por que não dancei**
  Esmeralda do Carmo Ortiz. São Paulo: Editora Senac, 2001.

- **Liberdade é Poder Decidir**
  Maria de Lurdes Zemel e Maria Elisa De Lamboy. São Paulo, FTD, 2000.

- **Pais e Filhos – companheiros de Viagem**
  Roberto Shinyashiki. São Paulo: Gente, 1992.

- **Satisfaçam Minha Curiosidade – As Drogas**
  Susana Leote. São Paulo: Impala Editores, 2003.

- **O vencedor**
  Frei Betto. São Paulo. Ática, 2000.

- **Tabebuias: ou Histórias Reais daqueles que se livraram das drogas na Fazenda da Esperança**
  Christiane Suplicy Teixeira. São Paulo. Cidade Nova. 2001.

Filmes sobre o Tema:

- 28 Dias, 2000. Direção: Betty Thomas
- A corrente do bem, 2000. Direção: Mini Leder
- Bicho de Sete Cabeças, 2000. Direção: Laís Bodanzky
- Despedida em Las Vegas, 1996. Direção: Mike Figgis
- Diário de um adolescente, 1995. Direção: Scott Kalvert
- É proibido fumar, 2009. Direção: Anna Muylaert.
- Ironweed, 1987. Direção: Hector Babenco
- La Luna, 1979. Direção: Bernardo Bertolucci
- Maria Cheia de Graça, 2004. Direção: Joshua Marston
- Meu nome não é Johnny, 2008. Direção: Mauro Lima
- Notícias de uma guerra particular, 1999. Direção: João Moreira Salles e Kátia Lund
- O Informante, 1999. Direção: Michael Mann
- Por volta da meia-noite, 1986. Direção: Bertrand Tavernier
- Quando um homem ama uma mulher, 1994. Direção: Luis Mandoki
- Ray, 2004. Direção: Taylor Hackford
- Réquiem para um sonho, 2000. Direção: Darren Aronofsky
- Todos os corações do mundo, 1995. Direção: Murillo Salles



HOSPITAL DE CLÍNICAS PORTO ALEGRE RS

UFRGS UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Secretaria Nacional de **Políticas sobre Drogas**

Ministério da **Justiça**

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

ISBN 978-85-60662-67-8