



**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

CLEYA BRIGIDA NUNES

**SERVIÇO SOCIAL, ALCOOLISMO E A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: O
CASO DOS ALCOOLISTAS DO PÉ DE PEQUI DA PRAÇA DE LAJEADO-TO**

**MIRACEMA DO TOCANTINS-TO
2019**

CLEYA BRIGIDA NUNES

SERVIÇO SOCIAL, ALCOOLISMO E A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: O
CASO DOS ALCOOLISTAS DO PÉ DE PEQUI DA PRAÇA DE LAJEADO-TO

Monografia apresentada a Universidade Federal do Tocantins – UFT, Campus Universitário de Miracema para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob orientação da professora Lidiane Teixeira de Oliveira.

MIRACEMA DO TOCANTINS-TO

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

N972s Nunes., Nunes, Cleya Brigida..

Serviço social, alcoolismo e a política de redução de danos: o caso dos alcoolistas do pé de pequi da praça de Lajeado-TO.: O caso dos alcoolistas do pé de pequi da praça de Lajeado-TO. . / Nunes, Cleya Brigida. Nunes.. – Miracema, TO, 2019.

89 f.

Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Serviço Social, 2019.

Orientadora : .Lidiane Teixeira de Oliveira

Coorientador: Lidiane Teixeira de Oliveira

1. Serviço social. 2. Políticas Públicas Sociais. 3. Alcoolismo. 4. Redução de danos. I. Título

CDD 360

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado, desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

CLEYA BRÍGIDA NUNES

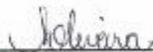
SERVIÇO SOCIAL, ALCOOLISMO E A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS: O CASO DOS ALCOOLISTAS DO PÉ DE PEQUI DA PRAÇA DE LAJEADO-TO

Monografia apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Câmpus de Miracema, Curso de Serviço Social, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social e aprovada em sua forma final pela Orientadora e pela Banca Examinadora.

Orientadora: Prof.^a Grad. Lidiane Teixeira de Oliveira

Data de Aprovação 16/12/2019.

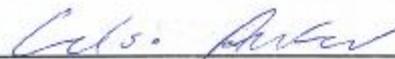
Banca Examinadora:



Prof.^a Grad. Lidiane Teixeira de Oliveira, Orientadora, UFT



Prof.^a Esp. Naiara Cardoso dos Santos Mascarenhas, Examinadora, UFT



Prof. Msc. Celso Henrique Acker, Examinador, UFT

Dedico este trabalho de pesquisa ao meu filho amado *Bruno Victor Nunes de Lima*, que permanecerá sempre em minha mente e em minha vida, ceifado muito precocemente desta existência material, mas que permanece em meu coração até o dia de nosso encontro definitivo. À minha amada e inesquecível mãe, *Maria Helena Trindade Nunes*, com a qual pouco pude conviver, mas que, pela intensidade de seu amor, permaneceu viva em minha memória e existência. Ao meu amado pai *Júlio Milton Nunes de Camargo*, que se tornou a motivação inconsciente deste tema de investigação, por ter vivido, em sua existência, as contradições do alcoolismo que procuramos superar no

grupo focal que acompanhamos. Aos meus filhos e filhas, *Joyce Thaís, Vívian Gabriella, Yuri Sannthiago*. Aos meus netos (as) amados (as), que fazem a vida seguir seu ritmo, *Ellen, Marinna, Ana Clara, Marco Antônio, Maria Helena e Bruno Victor* (neto), bem como à esperança viva que se anuncia no ventre de minha querida primogênita, ofereço este trabalho de pesquisa, para que compreendam e tomem como exemplo esta regra, viver bem e estudar sempre. Ao meu irmão amado *César Nunes*, que sempre será o meu inspirador e meu horizonte, bem como os outros dois, *Celso Luís Nunes e Célia Maria Nunes*, que sempre foram o universo primeiro de minha amorosidade e apoio. À minha professora e primeira orientadora, *Dr^a Mariléa Borges de Lima Salvador*, juntamente com a dedicada Professora *Lidiane Teixeira de Oliveira*; por terem conduzido os passos da presente investigação com tamanha sabedoria e acolhimento, nessa caminhada! E, finalmente, dedico este humilde trabalho científico ao meu esposo amado, companheiro de todas as lutas, *Rosaldo Santos* que, em sua sabedoria existencial, própria da vida, assumiu tantas e tantas tarefas para que eu pudesse escrever este TCC.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a **Deus**, por ter me dado força e coragem para batalhar pela realização desse sonho, sobretudo nos dias mais difíceis.

Ao meu irmão *César Nunes* que me despertou, me incentivou, me orientou e me ajudou muito nesta jornada; que sonhou junto comigo todos esses sonhos de conquistas e de realizações!

Às minhas pacientes orientadoras, professora Dr^a *Mariléa Borges* e Professora *Lidiane Teixeira de Oliveira*, por terem construído em mim a crença de que sou capaz de fazer tudo o que desejar, pela paciência e confiança que sempre dispensaram a mim, pelas excelentes orientações, pela sabedoria com que me guiaram nesta trajetória.

Agradeço à professora *Michelli Milansk*, ao meu supervisor de campo *Raimundo dos Santos Moura* e ao psicólogo *Jorge Willian R. Oliveira*, que muito contribuíram nesse processo de formação e de finalização desta pesquisa.

(...) Procurou o homem, desde a mais remota antiguidade, encontrar um remédio que tivesse a propriedade de aliviar suas dores, serenar suas paixões, trazer-lhe alegria, livrá-lo de angústias, do medo ou que lhe desse o privilégio de prever o futuro, que lhe proporcionasse coragem, ânimo para enfrentar as tristezas e o vazio da vida. (SOLLERO).

RESUMO

O estudo centra-se na reflexão sobre o tratamento, a reabilitação e a inserção social dos usuários abusivos de álcool, que convivem na praça central do município de Lajeado/TO, em “situação de rua”. A fundamentação do trabalho pautou-se pelas disposições do processo de construção e de implementação de Políticas Públicas de enfrentamento ao Alcoolismo e na promoção da Saúde no contexto das Políticas Públicas de atenção ao Alcoolismo no Brasil. Os objetivos desse estudo visam buscar reforçar as Políticas Públicas de enfrentamento ao alcoolismo, minimizar a atratividade do uso de drogas socialmente permitidas (álcool), substituindo-as por atividades sociais, oficinas de convivência, criando estratégias de Redução de Danos-RD, a partir dos dados analisados em dois eixos principais; o primeiro relacionado a um breve contexto histórico das Políticas Públicas de Drogas, Álcool e sua interface com a promoção da Saúde, e o segundo sobre a promoção da Saúde no contexto do consumo nocivo do álcool. Trata-se de uma *pesquisa qualitativa* acompanhada de *estudo de caso*, com aporte empírico a partir das coordenadas da *pesquisa participante* e da *pesquisa-ação*, de natureza *crítico-dialética*. Fundamenta-se no reconhecimento do tratamento em Saúde Mental a partir da lógica da Política Social como direito Universal e dever do Estado, e a responsabilidade de sua intervenção junto aos usuários de álcool e de outras drogas. Como fontes de investigação constituiu-se a recuperação da literatura sobre o uso de drogas na realidade social, foram selecionados quatro documentos oficiais e quinze artigos para análise. Muitas das linhas interpretativas originaram-se nas práticas de Estágio Supervisionado do Serviço Social. A relevância da pesquisa fundamenta-se na possibilidade de ponderar as políticas públicas de atenção integral aos usuários de álcool, e na legitimação de políticas públicas de enfrentamento ao alcoolismo.

Palavras-chave: serviço social-. Política pública social- alcoolismo.

ABSTRACT

The study focuses on reflection on treatment, rehabilitation and social inclusion of abusive users of alcohol, who call in the central square of the municipality of Lajeado-TO, in "street situation". The basis of the work was based on the processes of construction and implementation of public policies to fight against alcoholism and health promotion in the context of public policies for attention to alcoholism in Brazil. The objectives of this study are to seek public policies to combat alcoholism, reduce the attractiveness of socially permitted drug use (alcohol), replace social activities, social workshops, create strategies to reduce harm-DR, based on the data analyzed. On two main axes; the first related to a brief historical context of Public Policy on Drugs, Alcohol and its interface with Health promotion, and the second about Health promotion without context of harmful alcohol consumption. It is a qualitative research that follows a case study, with an empirical contribution from the coordinates of participatory research and action-research, of a critical-dialectic nature. It is based on the recognition of treatment in Mental Health from the logic of Social Policy as a universal right and duty of the State, and the responsibility of its intervention with users of alcohol and other drugs. As research sources constituted a recovery of the literature on the use of drugs in social reality, four official documents and fifteen articles for analysis were selected. Many of the interpretative lines originated in the Supervised Internship practices of Social Work. The relevance of the research is based on the possibility of considering public attention policies integrated to alcohol users and the legitimation of public policies to confront alcoholism.

Keywords: social service. Social public policy - alcoholism.

LISTA DE SIGLAS

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
PSMN – Política Nacional de Saúde Mental
PNAD – Política Nacional Antidroga
PND – Política Nacional Sobre Droga
PNA – Política Nacional sobre o Álcool
PAIUAD – Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool
RD - Redução de Danos
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad-Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CONAD – Conselho Nacional Antidrogas
SENAD – Secretaria Nacional Antidroga
SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
CRFB – Constituição da República Federativa do Brasil
CND- Conselho Nacional de Drogas
IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
RP – Reforma psiquiátrica
MS – Ministério da Saúde
SUS- Sistema Único de Saúde
CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social
SEMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social
ABP- Associação Brasileira de Psiquiatria
UNIAD- Unidade de Pesquisa em Álcool e outras Drogas
FNA- Fundo Nacional Antidroga
OBID – Observatório Brasileiro de Informação sobre Drogas
HP – Hospital Psiquiátrico
ANVISA- Agência de Vigilância Sanitária
COFEN – Conselho Federal de Entorpecentes
SPA – Substâncias Psicoativas
PL – Projetos de Lei
APS – Atenção Primária à Saúde
ESF- Estratégia Saúde da Família
OMS- Organização Mundial da Saúde

CID-Catálogo de informação sobre Droga

ONG- Organização Não Governamental

CEFESS- Conselho Federal do Serviço Social

CRESS- Conselho Regional do Serviço social

CPI- Comissão Parlamentar de Inquéritos

CAS- Comissão de Assuntos Sociais

CID 10- Classificação Internacional de Doenças relacionadas a problemas mentais.

CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 DROGADIÇÃO E MARGINALIZAÇÃO SOCIAL: O ESTUDO DE CASO DO PÉ DE PEQUI EM LAJEADO-TO.....	25
2.1 O cenário da Pesquisa: “O Pé de Pequi” ou a Roda de alcoolistas	25
2.2 Breve descrição da experiência participativa e investigativa do grupo de alcoolistas do Pé de Pequi	31
3 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (PNSM) E A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) PARA UMA POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DE OUTRAS DROGAS	36
3.1 A longa construção de uma política pública no campo da Saúde.....	36
3.2 A luta por uma Política Nacional Sobre Drogas.....	42
3.3 A Política Nacional sobre Álcool na perspectiva da Política de Redução de Danos.....	48
3.4 A Política de Redução de Danos: possibilidades institucionais e sociais de tratamento e superação da marginalização social.....	63
4 O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS, NA SUPERAÇÃO DO FENÔMENO EXCLUDENTE DO ALCOOLISMO E NA PRODUÇÃO DO CUIDADO E DA EMANCIPAÇÃO DOS DEPENDENTES ALCOOLISTAS.....	66
4.1 O Serviço Social no enfrentamento do alcoolismo: possibilidades e limites	66
4.2 O Papel do Assistente Social na Política de Redução de Danos	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS.....	83

1 INTRODUÇÃO

Uma respeitada tradição de produção de pesquisas na área das Ciências Humanas e Sociais define que há duas grandes atitudes ou dois grandes roteiros, a serem compreendidos e pautados, no processo histórico e político de efetivar uma investigação científica: uma seria a *ordem da investigação*, propriamente dita, como aquela que se traduz na definição de um objeto, na formulação de questionamentos estruturais sobre tal objeto, constituindo o que se reconhece como problema teórico ou a *pergunta* em questão, na ordenação das fontes, na formalização orgânica do método e de suas técnicas, partindo sempre do particular para o geral; e outra seria a *ordem da exposição* do trajeto de pesquisa, a saber, a ordem da relatoria, da apresentação ou da socialização do caminho percorrido, a explanação criteriosa do estudo com as descobertas e as realizações engendradas na travessia, devendo expressar-se na dinâmica do geral para o particular.

Assim deu-se a presente pesquisa que resultou no trabalho de conclusão de curso (TCC) que ora apresentamos à UFT-Campus de Miracema do Tocantins-TO, ao Curso de Serviço Social, como requisito de finalização do processo institucional de formação inicial (Bacharelado em Serviço Social).

Este estudo trata da busca da garantia de direitos sociais dos dependentes químicos, a partir de uma leitura da situação de um grupo de alcoolistas vivendo em situação de violação, de negligência, de risco pessoal e familiar e de fragilidade social. São cidadãos que sobrevivem no centro urbano do município de Lajeado-TO, que frequentam a praça central, denominada como “O Pé de Pequi”, aludindo a uma identidade social de caráter geográfico, pois há efetivamente um Pé de Pequi naquela praça, mas que, pela frequência das pessoas em situação de dependência alcóolica passou a designar um espaço de marginalização e de pejoratividade, na qual os sujeitos participantes do universo desta pesquisa parecem viver de forma invisível às Políticas Públicas de superação da dependência do alcoolismo, bem como à margem de tantas outras necessárias políticas públicas e direitos sociais. Para a sociedade, são comumente vistos como *desocupados*, *marginais*, *miseráveis*, e jamais são compreendidos como um grupo de usuários de álcool ou como portadores de uma doença socialmente produzida, conhecida como “alcoolismo,” que é uma das manifestações mais patentes das expressões da desigualdade da questão social na realidade em que vivemos.

Buscamos, assim, a aproximação com o grupo utilizando os diálogos informais e a *observação participante* como instrumentais técnicos operativos, a fim de obter um conhecimento mais amplo sobre suas realidades e as motivações, existenciais e sociais, que definiram esta dependência e configuraram esta realidade.

Um dos fatores que nos levaram a escolher a temática de atenção ao alcoolismo, foi o fato de serem poucas as produções acadêmicas no curso de Serviço Social da UFT-TO, voltadas a esta questão. Ressalta-se nossa inquietação diante da invisibilidade desse público, socialmente presente e culturalmente desprezado. Temos ainda a convicção de que há necessidade de se aumentar a rede de atendimentos às *pessoas em situação de rua* e, principalmente, de fortalecer o trabalho Intersetorial para esse público integrando as Políticas públicas voltadas para reabilitação nos CAPSads, nos consultórios de rua, nas discussões e debates entre os profissionais da equipe interdisciplinar e os profissionais de saúde e, assim, identificar nas representações sociais com os usuários a RD como estratégia prioritária da atenção ao usuário de drogas (MS, 2004), e construção da RAPS(2011).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia-IBGE(2016); o município de Lajeado/TO tem aproximadamente 3.500 habitantes. Situado na região central do Estado do Tocantins, à 50 km de Palmas, a jovem capital do Estado do Tocantins (TO), o município é conhecido e agraciado por paisagens deslumbrantes e por possuir um ecossistema rico em cursos de água e áreas verdes, por registrar sítios arqueológicos inexplorados que contém pinturas rupestres pré-históricas e também por ser contemplado com uma das maiores usinas hidrelétricas - Usina Hidrelétrica Luís Eduardo Magalhães-UHE - da região central do país, que acaba gerando um dos maiores ICMS-(Imposto), arrecadados entre os 139 municípios do estado do Tocantins.

No entanto, apesar de possuir um potencial recurso público, advindo dos impostos, este município de pequeno porte, denominado Lajeado, não oferece aos seus moradores alternativas de uma vida cidadã, já que não oferece empregos, nem lazer, nem programas culturais ou esportivos e, muito menos, apresenta uma rede de atendimento social que pudesse contemplar o tratamento especializado para o manejo, superação e enfrentamento ao fenômeno social do alcoolismo e seus impactos na vida social, familiar e intersubjetiva. Portanto, neste município, a legislação que orienta o tratamento do alcoolismo não se encontra estabelecida de

acordo com a Constituição Federal (CF do Brasil, 1988) e a Política Nacional de Drogas (PND, 2006).

A problemática do uso abusivo do álcool em Lajeado por expressivos setores de sua população, inicia-se muito precocemente. Pela suposta naturalidade com que a questão é tratada, marcada pela ausência de uma política de superação ao uso de álcool e de orientações a respeito de alcoolismo enquanto doença. O jovem lajeadense começa a sua adolescência já associando a bebida alcóolica apenas ao prazer, de forma lícita, supostamente natural, um item social acessível e até sociável, justificado e tolerado pelos costumes da sua sociedade.

É constrangedora a situação dos dependentes químicos “alcoolistas” que sobrevivem na praça “O Pé de Pequi” de Lajeado-TO, sendo que a situação não precisaria ter atingido este ponto se tivessem sido tomadas as devidas providências e tivessem sido efetivados os encaminhamentos sociais, a fim de colocá-los sob a proteção de Políticas Públicas efetivas, manejadas com as devidas estratégias de redução de danos para tratamento e para reinserção dos cidadãos que se encontram em sofrimento psíquico, em consequência do consumo abusivo do álcool.

Esta realidade mostra que o alcoolismo representa um fenômeno de importância e de singular transcendência como um fato social da sociedade moderna, e que qualquer pessoa que, se não vivenciar uma política educativa e ou não tiver alguma conscientização através de uma ação preventiva capaz de evitar as dificuldades que o álcool pode trazer para a vida social e nem compreender as fragilidades que o homem tem diante dessa droga, se tornará desprotegido. Tal desproteção coloca os sujeitos em situação de risco pessoal e social, não apenas pelo uso do álcool, mas por se encontrarem num contexto mais amplo que provavelmente não possui uma única causa. Esta causalidade social deveria ser melhor explicitada a partir da caracterização das desigualdades sociais cumulativas da sociedade e da cultura brasileira, desde seus primórdios.

Portanto, buscar encontrar uma política educativa de atenção e superação ao uso abusivo do álcool é muito importante para efetuar, de uma ou de outra forma, a medida da ação preventiva, evitando assim as consequências que o alcoolismo acarreta na sociedade, na família e no indivíduo. Por isso, valoriza-se a discussão que esse estudo buscou levantar, sobre a importância do exercício da prevenção, sobre a necessidade do cuidado e do tratamento das pessoas dependentes do álcool, como sendo um trabalho investigativo relevante para o conjunto de sujeitos sociais

envolvidos nessa problemática, sendo indivíduos, famílias e mesmo a comunidade de seu entorno, haja vista que o alcoolismo se faz uma doença social capaz de impedir suas vítimas de se relacionarem de forma sadia, seja com familiares e com os demais grupos sociais, por afetar negativamente as relações que envolvem o sujeito estigmatizado como *alcoólatra*, prejudicando, sobretudo, as funções produtoras do trabalho. Essa tem sido a justificativa da possível relevância do estudo que realizamos junto aos alcoolistas de rua do Lajeado-TO.

Outro desafio, nascido desta pesquisa, consistiu em criar as condições para sensibilizar e conscientizar os membros do grupo de dependentes químicos alcoolistas, para que pudessem reconhecer a importância do acompanhamento psicossocial para a ressocialização dos mesmos, possibilitando que eles reflitam sobre a vida sem o álcool, e a Redução de Danos numa primeira dimensão, destacando suas potencialidades e possibilidades. Junto a esta dimensão vinha a esperança de inspirar o poder público municipal no sentido de implementar Políticas Públicas de proteção, enfrentamento e de superação ao alcoolismo. Assim, integra-se no presente estudo duas grandes disposições ou dois grandes campos de objetivos, a de acompanhar e caracterizar os sujeitos envolvidos no grupo de alcoolistas do Pé de Pequi, e a intencionalidade de decifrar, de buscar caracterizar e compreender as causalidades sociais e culturais de um problema tão complexo.

Em Lajeado-TO, observamos que o município não dispõe de uma rede capaz de normatizar os níveis de atuação neste universo de alcoolistas, sobrecarregando serviços que não são voltados ao tratamento da dependência química. Vimos que o Sistema Único de Saúde-SUS não atende às demandas existentes e, embora exista um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPSad no município vizinho, distante 20 km, - Miracema do Tocantins -TO -, o mesmo não dispõe de espaços suficientes para dar conta da demanda regional, destinando apenas duas(02) vagas para cada município da região do Estado, ficando assim, como responsabilidade de cada município próprio encontrar a forma de atender e satisfazer a sua demanda.

Em relação às estratégias de enfrentamento ao alcoolismo, observamos empiricamente que elas têm sido aplicadas em direção ao incentivo da *abstinência* e não voltadas à *defesa da vida* como deveria se realizar, sob o intuito de estimular a autonomia dos usuários e de seus familiares por meio de aplicação de estratégias que deveriam pautar não apenas as políticas de saúde mental, mas deveriam ser

manejadas e apresentadas na direção de evidenciar a cultura de defesa da saúde integral do indivíduo por meio de organização de uma Rede de Suporte Social, com a difusão de informações, a prática da educação, o pronto-atendimento em situações limites e o tratamento, a médio e longo prazo, de natureza intersetorial, tal como encontra-se predisposto no conjunto de atividades das diretrizes de atendimento do CAPSad.

Aliado à ausência de implementação de uma cultura de *defesa da vida* e de atenção ao alcoolismo, vimos acontecer em Lajeado-TO um cotidiano marcado pela crescente demanda por internação em clínica especializada em tratamento de alcoolismo e de outras dependências químicas. Parece ser esta a única providência a ser reclamada de maneira messiânica e idealista, já que no município não existe sequer uma ação de um simples acolhimento, haja vista que vivencia-se, além de uma frágil atuação profissional, também a inexistência de serviços públicos especializados neste atendimento, mostrando-nos que a saúde mental no município faz-se necessária e urgente, principalmente para as pessoas que vivem em “situação de rua” que, ao invés de serem atendidos, acolhidos e cuidados, são vítimas de estigmas variados, tornam-se constantes alvo de violação de direitos e são atingidos constantemente pela violência praticada pelo cidadão alienado e até por agentes públicos.

A gravidade social da realidade do cotidiano vivenciada pelos alcoolistas da Praça “O Pé de Pequi” de Lajeado-TO, observada e problematizada até aqui, constituiu-se como singular e necessário objeto do estudo que acompanhamos, no sentido de estudar e de compor uma trajetória e projeto de Pesquisa, de modo a dar sustentação a um estudo que se tornasse a base de uma dissertação de uma monografia de conclusão de graduação de Serviço Social, conhecida como TCC.

Esta realidade é vista com um grande desrespeito e com uma insensível indiferença à dignidade humana das pessoas vitimizadas pela doença do alcoolismo, situação que necessita ser explicada, para a qual faz-se necessário levantarmos algumas questões imprescindíveis para a compreensão dessa problemática. Assim, como processo de problematização de uma determinada característica da prática social, perguntamo-nos: *como funciona a política de atendimento e de tratamento do alcoolismo, nas esferas; nacional, estadual e municipal, no Brasil? E, ainda, qual é o cuidado protocolar desprendido ao dependente químico abusivo do álcool no município do Lajeado-TO e de que maneira tem-se enfrentado as drogas na situação*

do Município, com atitudes proibicionistas, regulatórias ou superadoras e preventivas? Destas questões estruturais nasceram outras questões derivadas: Quais as razões que levam os moradores em “situação de rua” – no caso os alcoolistas do “Pé de Pequi” - a romperem drasticamente com a vida em sociedade, e qual seria o papel que o alcoolismo exerce nesse processo de deserção ou de auto-isolamento? Ou mesmo: como desmitificar a visão da sociedade para com as práticas da política de Redução de Danos desenvolvidas nos municípios e no Brasil?

Para responder a essas questões norteadoras da pesquisa realizada se fez necessário elaborar várias análises prévias sobre a condução da política de saúde mental no tratamento dos usuários de droga, tendo como cerne do debate a análise da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. Partimos da Portaria nº 1.028/2005 e da Portaria nº 3.088/2011, logrando ter condições de efetuar a compreensão de que tais documentos mostram avanços legais no tratamento a usuários de drogas, em especial do alcoolismo, nos âmbitos nacional, estaduais e municipais; procurando ainda descobrir qual tipo de atenção e de serviços Lajeado-TO oferece aos alcoolistas de rua, localizados no “Pé de Pequi”, já anteriormente identificado. Caminhamos também pela realidade social dos sujeitos da pesquisa, procurando saber como esses alcoolistas de rua conseguem sobreviver por anos a fio numa situação de total desproteção e quais seriam os motivos que os levaram a fazer a ruptura com os laços familiares, com seus grupos sociais e o fato de viverem isolados das relações sociais mais amplas, bem como; como eles explicam a relação dependente que mantêm com o álcool.

Podemos definir que, quanto à natureza, esta pesquisa pautou-se pelas identidades definidas como sendo próprias da **pesquisa qualitativa**, do tipo descritiva, próxima da caracterização reconhecida na forma de *pesquisa participante* ou de *pesquisa-ação*. No tocante ao referencial teórico-metodológico entendemos que nossa pesquisa alinha-se com as investigações de natureza **crítico-dialética**, tal como nos ensina Gamboa (2013):

O enfoque crítico-dialético trata de aprender o fenômeno em seu trajeto histórico e em suas inter-relações com outros fenômenos. Busca compreender os processos de transformação, suas contradições e suas potencialidades. Para este enfoque o homem conhece para transformar e o conhecimento tem sentido quando revela as alienações, as opressões e as misérias da atual fase de desenvolvimento da humanidade; questiona criticamente os determinantes econômicos, sociais e históricos e a potencialidade da ação transformadora. O conhecimento crítico do mundo e da sociedade e a compreensão de sua

dinâmica transformadora propiciam ações (práxis) emancipadora (GAMBOA, S. 2013, p.75).

Estas pesquisas são epistemologicamente caracterizadas como aquelas que supõem uma relação dialética entre os sujeitos investigados, o universo da pesquisa, e o próprio sujeito-investigador, no caso, o acompanhamento que fizemos enquanto estudante de Serviço Social, seja na condição reconhecida de Estagiária e Pesquisadora. A fundamentação inicial da investigação se deu através da pesquisa *bibliográfica*, que teve como objetivo oferecer os dados explicativos sobre a dinâmica do objeto pesquisado: Os alcoolistas e a ausência de direitos garantidos através das Políticas Sociais e Públicas de Saúde Mental.

O caráter *analítico* da pesquisa qualitativa se completa com a intencionalidade *interpretativa*, quando se faz a busca da compreensão e da explicação da dinâmica das relações sociais, trabalhando ainda com a vivência e a experiência dos sujeitos ali envolvidos, a partir de sua cotidianidade, sua subjetividade, seus movimentos, motivações e singularidades. Em busca de uma maior visibilidade e de apreensão da realidade proposta como estudo, seguimos como trajetória metodológica a abordagem qualitativa, a partir da qual podemos trabalhar com um nível de realidade subjetiva que não pode ser quantificado. Conforme Minayo (2014):

(...) A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis [...] não se preocupam em quantificar, mas, sim, em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalham com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada. (MINAYO, 1994, p.21)

Na definição do que entendemos por dimensão *descritiva*, embora já tenhamos assinalado que não se trata de uma categoria formal e supostamente neutra, apoiamos na necessidade de objetivar e de entender as características de uma determinada população (grupo de alcoolistas da praça) e de um determinado fenômeno (alcoolismo).

Os procedimentos metodológicos foram realizados sob os seguintes passos:

1) Amostra; O *universo da pesquisa* se realizou na praça central do Município de Lajeado-TO, denominado como grupo do “Pé de Pequi”, cujos os sujeitos

são os alcoolistas que estão vivendo em “situação de rua”. Naquele local e naquela condição de marginalização social e cultural.

2) A pesquisa utilizou – se da amostra que incluiu a compreensão da realidade dos sujeitos alcoolistas portadores de sofrimento psíquico, após acompanhamento e assertividade dos mesmos na proposição da investigação.

3) A coleta de dados se realizou sob o instrumental técnico operacional da *observação participante* e da *conversa informal* visando a realização da pesquisa documental, sendo instruída pela leitura, pela fundamentação e pela interpretação própria de fontes bibliográficas disponíveis sobre o tema e sua situação no campo investigativo e social. Esta forma de investigação, denominada Pesquisa Participante, não se esgota na figura do pesquisador, nem tampouco considera a única fidedignidade no dado. Dela tomam parte as pessoas implicadas no problema sob investigação, *fazendo com que a fronteira pesquisador/pesquisado, ao contrário do que ocorre na pesquisa tradicional, seja tênue*, como nos ensina Chaves. (CHAVES, A.M. 2007, p.73). Do mesmo modo, concebemos a *observação participante* como aquela que se expressa como decorrente dos momentos que enfatizam as relações informais (MINAYO, 2004, p. 106). Essa observação aconteceu enquanto estávamos atuando na prática de estágio supervisionado no CREAS, por 3 (três) semestres, e todas as informações coletadas foram colocadas em um diário de campo que serviu também como base para essa pesquisa.

Trata-se também de um caminho investigativo que pode ser enquadrado como pesquisa de natureza *bibliográfica*¹, quanto às fontes, e igualmente uma pesquisa de campo, um estudo de caso, com relativo acento *documental*². Tais características são somente referenciais, em vista do caráter de pesquisa participante que buscamos definir anteriormente.

Na pesquisa exploratória do “estado da arte”, que se traduz na contextualização do que já se encontra desenvolvido sobre o tema em questão, o Alcoolismo, foram revisados os documentos:

¹ A pesquisa bibliográfica é o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, artigos, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao público em geral. Fornece instrumento analítico para qualquer outro tipo de pesquisa, mas também pode esgotar-se em si mesmo. (CHAVES, A. M., 2007, p. 72).

² A pesquisa documental é realizada em documentos conservados no interior de órgãos públicos e privados de qualquer natureza, ou com pessoas: registros, anais, regulamentos, circulares, ofícios, memorando, balancetes, comunicações informais, filmes, microfones, fotografias, vídeo tape, informações em disquete, diários, cartas pessoais e outros. (CHAVES, A. M., 2007, p.72).

1) A Política de Atenção de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, definida pela Portaria nº 1.028/2005 de 1º de julho de 2005- Redução de Danos-RD- Portaria nº3.088/2011 de 23 de dezembro de 2011- Rede de Atenção Psicossocial-RAPS. Vimos ainda a Portaria nº336/002, que define a necessidade de tratamento do fenômeno do Alcoolismo através dos Centros de Atenção Psicossocial CAPS/2003- PAIUAD-MS. Este direito é regulado pela Portaria MS 336/02 e compõe a Rede de Atenção Psicossocial conforme estabelece a Portaria MS 3088/11 e lei 10216/2001-SM. Seu surgimento se dá quando começa-se a compreender a necessidade de tratar este fenômeno em sistema de redes intersetoriais.

2) A Lei 10.216/2001- que trata da formulação da Política de Saúde Mental - Reforma Psiquiátrica no Brasil. PSM.

3) A Lei 11.343/2006 – que se define como a base da Política Nacional sobre Drogas- PNAD (art. 1º), de 23 de agosto de 2006, que Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, e que prescreve medidas para prevenção e uso indevido, atenção e reinserção Social de usuários e dependentes de drogas, estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, define crimes e dá outras providências”.

4) O Decreto nº6.117, de 22 de maio de 2007, considerado como a base da Política Nacional sobre o Álcool e que “Dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências”.

Sendo assim a pesquisa qualitativa se fez sob os seguintes passos:

1. Levantamento dos estudos referenciais, uma revisão da literatura especializada sobre o tema, coleta de documentos legais e marcos políticos já reconhecidos e consolidados, como descrevemos acima.

2. Para o estudo *in loco* foi selecionado o grupo de dependentes alcoolistas que habitam a praça central de Lajeado – TO³, conhecidos como frequentadores do Pé de Pequi, e os alcoolistas residentes e egressos do CAPSad de Miracema -TO,

3. a definição da natureza qualitativa da pesquisa justifica-se pelo manejo do método participante, uma vez que as abordagens se complementam, por tratar de questões subjetivas de caráter exploratório e descritivo; por descrever uma determinada população, um grupo de alcoolista e um fenômeno social, o alcoolismo.

³ O *locus* da pesquisa circunscreveu-se ao espaço ocupacional do Centro de Referência Especializado de Assistência Social-CREAS, situado na avenida Clemente Nunes, nº2431, Lajeado/TO.

O Serviço Social tem visado atuar com subsídios das esferas do poder público na idealização, elaboração e execução de ações voltadas para a melhoria das condições de vida dos usuários.

O resultado da pesquisa também apontou limitações no entendimento da proposta de redução de danos pelas assistentes sociais e equipes interdisciplinares do CREAS e CAPSad, sobretudo pela ausência de nortes metodológicos que orientassem o direcionamento dessa prática.

No tocante às atividades profissionais, alicerçadas no projeto ético-político profissional do Serviço Social, a pesquisa identificou que o discurso dos profissionais é realmente embasado no projeto ético-político profissional, mas as dificuldades em implementar os princípios do projeto se evidenciam tanto em entraves institucionais, como na ausência de reflexões críticas sobre o cotidiano dos serviços, o que em alguns casos infere no resgate de tendências conservadoras. O presente estudo se materializa numa manifestação das expressões da Questão Social.

Dividimos a relatoria da presente monografia da pesquisa em três capítulos. No *Capítulo Primeiro*, denominado **Política, Drogadição e Marginalização Social: o estudo de caso do Pé de Pequi em Lajeado-TO**, buscaremos caracterizar nossa experiência de campo e de acompanhamento investigativo de um grupo de 13 sujeitos dependentes de álcool, da cidade de Lajeado-TO, pelo período de 02 anos.

No *Capítulo Segundo*, que recebeu o nome **A Política Nacional de Saúde Mental-PNSM e a atuação do Ministério da Saúde (2004) para uma Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e de outras drogas**, procuraremos desenvolver os marcos jurídicos regulatórios do tema que nos inspira. Neste Capítulo buscaremos apresentar os componentes e os movimentos que redundaram na produção da Política de Redução de Danos – (RD) - como contraponto de atendimento aos dependentes alcoolistas, estudaremos as teorias e conceitos, as diretrizes, os objetivos, o contexto histórico, a Legislação geral e específica sobre o tema. Merece destaque o tema que buscamos analisar, a emergência da RAPS- a Rede de Atenção Psicossocial, a Política Nacional sobre Drogas-PND, o Centro de Atenção Psicossocial- CAPSad, a identidade da Política Nacional sobre o Álcool- PNA-2006.

No *Capítulo Terceiro* buscaremos expressar a potencialidade emancipatória da atuação do Assistente Social diante deste fenômeno de alta complexidade, que é a questão do Alcoolismo Social. Este Capítulo recebeu o nome **O Papel do Assistente Social na Política de Redução de Danos, na superação do fenômeno excludente**

do Alcoolismo e na produção do Cuidado e da Emancipação dos Dependentes Alcoolistas.

Consideramos, portanto, que as representações sociais originadas deste estudo estão pertinentes com o contexto no qual os seus sujeitos estão inseridos e concluimos que a maioria desses indivíduos estão em busca de melhorar a sua qualidade de vida e de lograr reestabelecer vínculos familiares e comunitários, o que se torna coerente com as proposições da Política Nacional sobre Drogas e as estratégias de RD - redução de danos - desenvolvidas nos equipamentos sociais previstos em seu teor e pauta.

As equipes interdisciplinares das instituições mencionadas no estudo participaram das análises dos problemas levantados e consideraram que no nível local existem sim, recursos humanos e materiais para a realização de ações, para a dinamização de programas e de projetos interventivos no que tange o território do álcool e outras drogas.

Portanto, podemos concluir que a atenção ao usuário de álcool necessita se dar a partir de uma rede de cuidados, investindo na redução de danos como estratégia e paradigma orientador para a compreensão do fenômeno do consumo do álcool e de outras drogas nas sociedades.

Compreende-se que a problemática das drogas envolve aspectos de diversas dimensões, mas é comumente trabalhada de maneira coercitiva, fragmentada e reducionista, principalmente, pela corrente proibicionista que fundamenta a “guerra às drogas”, e tende a compreender a droga como um grande mal a ser combatido. Essa concepção é frequentemente legitimada pela mídia, que trata a temática com alarmismo e sensacionalismo e fortalece assim o imaginário de insegurança social, associando o uso desta droga à violência ou à criminalidade.

Assim, tal perspectiva contribui para a estigmatização do usuário, dificultando seu acesso aos serviços e ao tratamento. Curioso salientar que a mesma perspectiva proibicionista ignora os perigos oriundos também, do consumo abusivo de drogas lícitas como o álcool e alguns medicamentos, levando a crer que a questão é compreendida a partir de um viés moral, que condena a ilegalidade do uso e faz do usuário um criminoso. A reinserção social do dependente de drogas é hoje o maior desafio para as entidades e para os profissionais que atuam na área da recuperação, deixando para segundo e terceiro lugar as técnicas de prevenção à recaída e abstinência do indivíduo. Observamos, por fim, que a rede pública de atendimento a

dependentes químicos em Lajeado-TO é mínima e desarticulada, não oferece a possibilidade de tratamento, em alguns casos de “internação”, e assim acaba dificultando a recuperação daqueles que se encontram dependentes da droga. Este é o trajeto que buscaremos desenvolver na presente monografia.

2 DROGADIÇÃO E MARGINALIZAÇÃO SOCIAL: O ESTUDO DE CASO DO PÉ DE PEQUI EM LAJEADO-TO

O nosso propósito, nesse capítulo, consiste em buscar descrever, depois contextualizar e explicitar a experiência de acompanhamento e de observação participante feito pela pesquisadora junto ao grupo de sujeitos investigados na parte empírica de nossa atuação. A motivação para o acompanhamento desta experiência deu-se pela necessidade de escolher um universo de campo para a atividade de Estágio Supervisionado de Serviço Social. Escolhemos este grupo, pela possibilidade de estar próximos e pelo interesse nessa área de rara investigação em nossa realidade. Esperamos poder compreender melhor este fenômeno de exclusão social, qualificar nossa formação e encaminhar conhecimentos e práticas que possam ajudar a sociedade a entender melhor e a superar estas formas de risco e de marginalização social, na realidade do alcoolismo.

2.1 O cenário da Pesquisa: “O Pé de Pequi” ou a Roda de alcoolistas

A praça que se tornou o cenário de nossa escolha chama-se oficialmente Praça 05 de Maio, e foi inaugurada pela então prefeita municipal do município de Lajeado/TO, Sra. Glacimar Alves, em 05 de maio de 1995. Nesta praça há um Pé de Pequi. O Pé de Pequi é uma das árvores mais antigas e famosas do município, alguns alegam que foi plantado por uma das moradoras mais antigas do lugar, Dona Maria Luíza, que recebeu o apelido de Maria Gancho por usar uma bengala para se apoiar. Já outros dizem que foi plantado pelo Sr Valteídes, outro pioneiro do lugar. A sombrosa árvore é rodeada por bancos de praça e gramados, e também rodeada por 04 bares e 18 residências.

O Pé de Pequi é considerado um patrimônio local pela população que já o salvou de ser derrubado por algumas vezes pela Companhia de Energia Elétrica e de telefonia. Esse Pé de Pequi tornou-se um grande atrativo por toda a cidade, tanto pelo grupo de usuários, pela sua agradável sombra, como pelos seus moradores que vão lá com o intuito de ouvir, de contar casos e estórias, assim como beber uma “cachacinha”. É um ponto de encontro popular e agradável.

O universo da pesquisa traz a realidade social de um grupo de alcoolistas vivendo em “situação de rua” na praça central do município de Lajeado-TO,

identificados como os personagens do Pé de Pequi. Trata-se de um relato de observação participante e de diálogo informal que teve como intuito preliminar e territorial identificar as condições, o modo de vida, as estratégias de sobrevivência e as perspectivas de vida dessa população.

O *locus* de investigação foi definido pelo espaço institucional do Centro de Referência Especializado de Assistência Social-CREAS, no município de Lajeado - TO, onde foi possível contar com a participação da equipe interdisciplinar nesse processo de pesquisa, possibilitando ações de possíveis projetos, almejando envolver essa população para que pudesse ser protagonista nas conquistas de seus direitos, saindo do papel de meros usuários para participantes de sua história.

Estivemos presentes neste grupo no transcorrer do período de Estágio Supervisionado do curso de Serviço Social, de 2015 a 2017, neste tempo tivemos a oportunidade de conhecer de perto a realidade cotidiana desses usuários compulsivos de álcool sobrevivendo em “situação de rua”, de forma invisível às Políticas Públicas de Proteção e de enfrentamento ao alcoolismo.

Nesse cenário foram identificadas cerca de 13 pessoas usuárias do álcool que vivem em “situação de rua”, no pequeno município de Lajeado -TO, no qual apenas 02 são mulheres, e todos recebem o apoio material da comunidade, dos turistas e das Igrejas para um mínimo de sobrevivência.

A observação também aponta como principal fator de permanência desses sujeitos no espaço da rua, a falta de Políticas Públicas voltadas para a questão do alcoolismo, isto é, como deveriam ser estruturadas, de forma integral, interdisciplinar, intersetorial. Desse modo, a observação participante e o diálogo informal revelaram-nos que o tempo médio de permanência nas ruas da maioria dos sujeitos usuários do grupo é de 02 a 10 anos. E o destaque do grupo vai para sujeito 01⁴ idoso (60 anos), que vive há mais de 20 anos nesta condição.

Um trabalho para uma formação política da população em “situação de rua” (usuários abusivos do álcool do município de Lajeado-TO), poderá desenvolver-se com base na perspectiva do trabalho técnico para construção de vínculos de confiança com esses sujeitos de trajetória de rua, na busca de um projeto de vida, capaz de encaminhar, acolher e ajudar a superar tais condições, a partir de práticas coletivas e de estratégias de redução de danos, através de Implantação de Políticas Públicas de

⁴ Optamos por definir um identificador numérico, de modo a garantir a privacidade dos sujeitos sem deixar de registrar os dados socioeconômicos e históricos que pudessem dar fidedignidade à pesquisa.

Atenção ao Alcoolismo. O que se pretende com isso é a possível inclusão desta população nas políticas públicas, desde que desejem, garantindo a sua vontade e o seu direito de ir e vir, bem como de permanecer nas ruas.

É importante relatar que 04 usuários do referido grupo “O pé de pequi”, não resistiram aos danos causados pelo alcoolismo, chegando a óbito de forma desassistida e desprotegida diante da falta de políticas Públicas de Atenção e de enfrentamento ao alcoolismo no município de Lajeado -TO. Destes 04 sujeitos, os sujeitos 02, 03, 04 e 05 eram: três de meia idade, um idoso e um jovem. Incluindo o proprietário da venda(bar) mais próxima da praça, e que compunha a roda dos alcoolistas. Este acontecimento marcou profundamente esta pesquisadora, ao ver o grau de desumanização e de dilaceramento pessoal e social em que se encontrava o grupo, sujeito da investigação.

Dentre as 02 mulheres pertencentes ao grupo, uma pertence à etnia Xerente, no município de Tocantínia-TO, a usuária é mãe de 05 filhos que vivem na aldeia com os avós. A outra usuária mulher tem a família morando em uma chácara próxima da cidade, com os avós, ela também é mãe e avó. Assim, podemos entender que ambas não conseguem estabelecer convívio familiar devido ao uso compulsivo do álcool.

O idoso componente do grupo de usuários da praça, definido como sujeito 01, é de fato, a figura mais sensibilizante, pois, tem permanecido por mais de 20 anos nas “ruas”, não tem família, nem documentos, ele eventualmente faz alguns trabalhos braçais (capinas, roçagens) em lotes e chácaras da região, onde acaba sendo explorado de alguma forma para conseguir alguns trocados. Vive a perambular. Tem a expressão facial marcada pelo sofrimento e pelo abandono. E, sendo assim, ele acabou tornando-se o principal motivo da escolha desse tema para essa pesquisa, na qual buscamos evidenciar (o grupo de alcoolistas) para a comunidade e as gestões municipais e de saúde, a fim de buscar a implementação das devidas políticas públicas de atenção ao alcoolismo, possibilitando assim pensar e conseguir um tratamento e uma possível reinserção social.

Conclui-se, portanto, que o Brasil possui diversas políticas públicas em prática, porém tais programas não estão sendo executados da melhor maneira, tornando-se precários e insuficientes em comparação à grande demanda existente. Nosso país, com destaque para o estado do Tocantins e para nossa região, necessita de um melhor planejamento e de uma melhor execução de programas sociais, que

comportem a necessidade da população, que, na maioria dos casos, depende inteiramente de tais ações públicas para a sua sobrevivência.

Através destes instrumentos de pesquisa utilizados, procuramos identificar as atividades privadas dos assistentes sociais desenvolvidas em cada serviço, bem como as facilidades e as dificuldades para implementação, tanto da estratégia de *redução de danos* do Ministério da Saúde como *do projeto ético-político profissional* do Serviço Social. Tratou-se sempre de uma pesquisa de natureza científica, como são as intervenções de natureza formativa e profissional no campo do Serviço Social.

Visto que o objetivo principal desta pesquisa, como já dissemos, é buscar minimizar a atratividade do uso de drogas, refletir sobre as políticas públicas de proteção aos usuários de álcool e analisar as consequências do abuso do consumo de álcool para o convívio social e familiar, vimos realizando assim um levantamento bibliográfico sobre ambos os temas, "Políticas Públicas e o Alcoolismo enquanto expressão da "Questão Social," permitindo sua definição e a descrição das causas apontadas pela literatura, o que levaria as pessoas a se tornarem dependentes de álcool. Dessa forma, supõe-se que identificar o problema, lançar sobre ele as questões estruturais, os dados sociológicos e políticos, talvez seja o primeiro passo para a busca de soluções.

Assim, ao pesquisar os efeitos sociais e familiares do uso abusivo de álcool, pretende-se lançar luz sobre possíveis espaços de atuação do Serviço Social, dando acolhimento e suporte não só aos indivíduos que fazem uso abusivo dessas substâncias, mas também para suas famílias e para as pessoas que vivem em seu entorno. Este propósito sempre marcou a dinâmica do Estágio que desenvolvemos e a formação na área de Serviço Social, com a especialidade desta intervenção. O *alcoolismo* tornou-se uma sombra em nossa sociedade. As transformações culturais de 20 anos atrás, ao mesmo tempo em que reforçam a derrubada de tabus e de preconceitos, tiveram também o poder de produzir e prolongar a existência do alcoolismo. Trata-se de um fenômeno de complexa consideração, na sociedade industrial e urbana, em vista de sua relação com os estilos de vida, a alienação, o consumo, a vida de trabalho e a projeção alienada da distensão e lazer que o álcool provoca nos meios de comunicação, de propaganda e de marketing. Não é fácil caracterizar a dualidade das drogas consideradas ilícitas e o poder econômico e ideológico de promoção das chamadas drogas lícitas, na qual se insere a indústria do álcool e de seu incentivo ao consumo social.

Após as leituras específicas ao tema do alcoolismo e análises, fica fácil perceber que a expectativa das pessoas em relação ao ato de beber é um dos fatores psicológicos que desempenham importante papel de desenvolvimento do hábito, seja qual for a personalidade. Experiências complexas e detalhadas demonstram-nos que os efeitos que as pessoas esperam da bebida nem sempre coincidem com seu verdadeiro efeito orgânico. Dessa forma, o alcoolismo se expande de forma crescente, impedindo, assim, que conheçamos todas suas consequências de maneira mais ampla. O alcoolismo encontra-se desenvolvido e praticado em todas as camadas sociais, disfarçados ou explícito, e interfere na saúde física e mental e, principalmente, na vida moral e na concepção de dignidade e decência do indivíduo.

Na abrangência deste estudo também foi possível ampliar a visão das intervenções sociais, oportunizando espaços de repensar a possibilidade de formar essas pessoas para a cidadania, repensando igualmente o papel do Assistente Social frente à interdisciplinaridade, na possível perspectiva da atuação na direção da redução de danos no contexto do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas. Buscamos assim compreender as causas para não acabar atuando somente nos sintomas.

A intervenção do Assistente Social na Redução de Danos é interpretada como uma política de redução de prejuízos individuais e coletivos, gerido pelos princípios da tolerância e da cidadania, chamando para a defesa da dignidade humana, reconhecendo o direito à diferença, promovendo a igualdade de oportunidades no acesso à saúde por estes atores sociais. Assim, o objetivo desta intervenção, enquanto profissional que trabalha na perspectiva de garantia de direitos, é lutar pela emancipação e expansão da participação social e cultural desses sujeitos através da defesa dos seus direitos, empenhando-se na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando a diversidade, a discussão das diferenças e a autoestima.

Por isso, acreditamos que seja necessária uma melhor postura dos governantes, em diferentes níveis de responsabilidade, no enfrentamento das causas desta doença, pois os gastos com seus efeitos, especificamente na saúde pública, são muito elevados e a ciência da sua importância, quando reconhecida, pode dinamizar pesquisas alternativas, em todos os campos, na procura de substâncias capazes de bloquear a dopamina, quando se ingere o álcool. Tais efeitos e dispositivos poderão advir de estudos e de acompanhamentos reflexivos que

envolvam esta forma de analisar e de caracterizar estes sujeitos, destacando sua emergência e necessidade de atendimento e de acolhimento social.

No tocante ao campo das *famílias*, trata-se de importante alerta aos pais, que não se ausentem das suas responsabilidades, pois são os principais construtores da personalidade dos filhos. A compreensão do alcoolismo como doença e como indução social, própria de uma sociedade desumana e alienada, pode ser o começo de uma tomada de consciência para o problema, de modo a entender seus determinantes e agir sobre eles de maneira humana, democrática e eficientemente.

Assim acreditamos que torna-se relevante que sejam realizadas novas pesquisas sobre essa temática, pois é um assunto que está sempre no nosso meio familiar ou no nosso grupo social, estas novas pesquisas sobre o alcoolismo e as consequências no ambiente social e familiar poderão surgir como alerta para as autoridades, mostrando a necessidade de reforçar as políticas de apoio aos alcoolistas.

No campo das políticas públicas estamos vivenciando um período de mudanças com a integralização das redes de serviços que prestam assistência no tratamento do dependente de drogas. Com a nova Lei Antidrogas, a Lei 11.343/06 e com o advento da reforma psiquiátrica houve a introdução do tratamento ambulatorial (CAPSad), previsto para ser oferecido fora dos hospitais manicomiais, com o uso da psicoterapia e a introdução de psicofármacos, de maneira regrada e assistida. Quando observada a Política Nacional sobre Drogas fica evidenciado que a adoção de medidas preventivas se dá através de articulações em todas as esferas de governo, no entanto, quando parte-se da realidade do município de Lajeado/TO, o que se denota é a ausência ou a quase completa inação do município nessas questões.

O tratamento dado à problemática de drogas nesse *locus* ainda está concentrado em ações pontuais e paliativas, agindo no que concerne somente a ações de contenção e de repressão, longe de assumir o caráter preventivo de ações articuladas. Não há igualmente uma concepção de atuação intersetorial, destacando-se somente as ações tópicas, quase sempre acompanhadas com um acento moralista e condenatório.

Entende-se e sugere-se que, com a implantação de um CAPSad no município de Lajeado-TO, as equipes interdisciplinares dos CAPSads (Centro de Atenção Psicossocial) do município de Miracema-TO e o CREAS (Centro de Referência Especializado da Assistência Social) do município de Lajeado-TO, possam atuar junto

aos usuários da sua área de abrangência de forma preventiva ou conduzindo as principais formas de apoio às vítimas de violência e de abandono devido ao uso abusivo do álcool, e que os usuários que já não conseguem livrar-se do álcool sozinhos, sejam assim assistidos pelos programas e agentes indicadores de saúde.

Resultados institucionais dos referidos municípios, consolidados, mostraram que, em relação às metodologias utilizadas pelas comunidades terapêuticas de Miracema-TO e Lajeado-TO, 60% trabalham com a metodologia da *busca ativa espontânea*, que consiste em apresentar ações e programas sustentados sobre princípios ligados à observação e ao acolhimento.

As demais Comunidades Terapêuticas que não utilizam a referida metodologia consideram a *espiritualidade* como conceito e categoria fundamental no tratamento da síndrome da dependência alcoólica, além da abordagem interdisciplinar que enfatize a autoestima do dependente e o desejo de se recuperar.

São formas de considerar as políticas de atenção e de encaminhamento dos usuários de álcool em nossa região e em nosso município. O que se pode concluir é que estamos ainda longe de conseguir decifrar as causas e razões, entender as complexas situações e encaminhar práticas de acolhimento e de humanização das políticas públicas de superação dos efeitos nocivos e desumanizadores do alcoolismo nas famílias e nas pessoas de nossa realidade.

2.2 Breve descrição da experiência participativa e investigativa do grupo de alcoolistas do Pé de Pequi

Nesta parte de nosso trabalho expositivo buscaremos apresentar alguns dados geral, coletados em nossa convivência de 02 anos, de modo a lançar algumas características que possam ajudar a compreender as causalidades sociais, psicológicas e culturais que encontram-se nos bastidores da marginalização social produzida pelo fenômeno do Alcoolismo.

O grupo foi formado por 13 pessoas entre 25 e 60 anos. Denominamos Sujeitos e numeramos cada um de modo a preservar a identidade e manter a dignidade da privacidade destes seres humanos em situação de risco social.

Sujeito 01 – Masculino, originário do Estado de Pernambuco, separado, pai de 03 filhos, afirma não ter profissão, consegue realizar pequenos trabalhos como: capinas, roçagens, etc. Ele tem 60 anos de idade.

Sujeito 02 – Masculino, originário de Goiás, separado, pai de 02 filhos. Depois de diagnosticado com câncer no fígado, foi amparado pelo Poder Público Municipal, que o locou em um antigo viveiro de mudas, assumindo assim um caráter de cuidador ou guarda do local e não com a assistência necessária. Vindo a óbito pouco tempo depois. 58 anos de idade.

Sujeito 03 – Masculino, originário de Tocantins, (solteiro) sem filhos, mas tinha familiares na cidade, com os quais não conseguia manter um relacionamento devido à sua compulsão pelo álcool. Fazia pequenos reparos de elétrico domésticos, “bicos” de eletricitas, também era pintor de faixas e cartazes de anúncios comerciais. Jovem, comunicativo, prestativo e sonhador. Veio a óbito aos 25 anos de idade.

Sujeito 04 – Masculino, originário de Goiás, casado (separado) não tinha filhos. Um andarilho em busca de um lugar para viver. Permaneceu na cidade por pouco mais de 01 ano. Se dizia pastor e cantor evangélico. Foi vítima de um bárbaro e misterioso homicídio provavelmente em consequência de sua condição de alcoolista que o deixava bastante alterado após o consumo. Aos 53 anos de idade.

Sujeito 05 – Masculino, originário do Rio Grande do Norte, (separado) pai de 01 filho. Veio para cidade em busca de isolamento e de possibilidades de tratamento psicológico e espiritual através do contato com natureza, fugindo da dependência do “Crack” uma das drogas mais devastadoras da atualidade, “derivado da cocaína”. Recebia apoio financeiro e afetivo de sua “idosa” mãe, assim, ele conseguiu alugar um pequeno espaço em frente a referida praça, montando um ponto comercial no qual se especializou em “cachaça”. No qual também residia sem nenhuma estrutura. Debilitou-se e veio a óbito aos 56 anos de idade.

Sujeito 06 – Feminino, originária da Etnia Xerente, no Município de Tocantínia-TO, reside na aldeia Funil localizada a cerca de 07 quilômetros da cidade do Lajeado. Mãe de 05 filhos e companheira de um não índio que vive essa mesma situação de dependência do álcool. Buscam na cidade suprir suas necessidades do álcool, vindo a pé da aldeia, de onde trazem óleos e artesanatos que acabam sendo trocados por “cachaça”. Ambos tem 40 anos de idade.

Sujeito 07 – Feminino, originária do Município de Lajeado-TO. Solteira. Mãe de 06 filhos, avó. É filha de um pequeno chacareiro que montou um comércio na beira da rodovia que liga Lajeado a Palmas. Foi prostituída ainda na infância por um membro familiar. Um dos motivos que a levou a dependência do álcool, trazendo-a para a

cidade onde acabou fazendo da prostituição uma forma de suprir suas necessidades. Acarretando pra si muitos problemas e conflitos. Ela tem 44 anos de idade.

Sujeito 08 – Masculino, originário do zona rural do Município de Lajeado-TO. Solteiro, sem filhos. O que motivou sua vinda para a cidade foi a construção da Usina Hidrelétrica, pois sua família foi atingida pelo barramento do Rio Tocantins. Ali no “pé de pequi” intensificou sua dependência do álcool. Realiza pequenos serviços braçais como capinas, roçagens, podas de árvores e é catador de materiais recicláveis. Tem 48 anos de idade.

Sujeito 09 – Masculino, originário da zona rural do Município de Lajeado-TO. Irmão do sujeito nº08. Solteiro, sem filhos e portador de uma deficiência da fala, é conhecido como “mudinho,” porém consegue pronunciar algumas palavras como: (obrigado! Vale!). Ele recebe um pequeno benefício de auxílio doença que não é gerido por ele e sim por um membro familiar. Auxilia o irmão, sujeito nº08 em suas atividades esporádicas braçais. 40 anos de idade.

Sujeito 10—Masculino, originário do Piauí. Separado, pai de 02 filhas, ambas formadas com curso Superior, das quais se orgulha muito. Diz ter vindo para cidade após ter cometido um crime, e mesmo depois de ter cumprido a sentença judicial, desenvolveu a síndrome do pânico por medo dos familiares de sua vítima. Ele é intelectualmente culto, se expressa muito bem, porém não tem nenhuma formação profissional, vive com uma pequena ajuda da família a qual acaba suprindo um pouco suas necessidades e dependência do álcool. Tem 56 anos de idade.

Sujeito 11—Masculino, originário do Tocantins- Lajeado. Solteiro, sem filhos declarados. Sua família, inclusive a mãe, mora a 100mts do pé de pequi. Seu grau de dependência é muito avançado tornando impossível a convivência familiar. Sofre de dores abdominais que o fazem ter grandes contrações, é conhecido como “chorão” por chorar muito e se dizer apaixonado pelo sujeito nº07 no qual teve no passado, um relacionamento amoroso. Não aceita a hipótese de tratamento. Conforma-se com a situação.

Sujeito 12—Masculino, originário do Tocantins. Solteiro, sem filhos declarados e sem nenhum vínculo familiar no Município de Lajeado, chegou na cidade para trabalhar na construção da Usina Hidrelétrica Luís Eduardo Magalhães, no qual exerceu a função de ajudante geral. Com o fim da obra permaneceu na cidade. A falta de emprego o levou a condição atual de alcoolista. Fez da dependência o seu refúgio, por sentir-se envergonhado de ter o seu corpo coberto de cicatrizes de queimaduras de 1º grau em

mais de 80% do seu corpo, adquiridas ainda na sua infância. Atualmente encontra-se em uma clínica de tratamento financiado por um membro familiar. Aos 36 anos de idade.

Sujeito 13--- Masculino, originário de Minas Gerais. Solteiro, sem filhos declarados. Sem nenhum vínculo familiar na cidade. É pintor e um excelente artista plástico com obras magníficas espalhadas pelos comércios da cidade, principalmente nos bares. Presta serviços de pinturas para o comércio, órgãos públicos e afins. Tornou-se um dos principais provedores de bebida alcóolica dos sujeitos aqui referidos do “Pé de Pequi” da praça 05 de maio. Dentre os sujeitos desta pesquisa, esse foi o único a conseguir romper com a condição de morador em “situação de rua”, contemplado com uma unidade habitacional do programa Social “minha casa minha vida” do governo federal, em convênio da caixa econômico Federal e Município. Porém continua fazendo do pé de pequi, da praça 05 de maio, a extensão de seu lar.

A pergunta que fizemos no transcorrer de nossa pesquisa, envolvendo a busca da consciência de sua dependência alcoólica ou a consciência de cada um sobre sua situação teve as seguintes variações:

04 sujeitos relataram que sentem-se envergonhados, culpados pela situação, destacando palavras como destino, vontade de Deus, eu me perdi, revelando uma autoconsciência muito frágil;

03 sujeitos não quiseram responder;

04 sujeitos falaram que acreditam ter o poder de sair da situação no momento que desejarem;

02 sujeito pediram ajuda para internação.

Percebemos que as respostas de nossos sujeitos estão bem coerentes com os estudos sobre Alcoolismo, que destacam a ausência de consciência e a dependência moralista e religiosa da leitura de sua situação.

Com relação aos vínculos familiares e sociais, estudados por nós no presente TCC, as respostas demonstram a difícil articulação com as famílias, mostrando que o Alcoolismo é um problema que atinge as pessoas subjetivamente e muito mais a família.

Dos sujeitos, 07 relataram problemas familiares, com manifestações de choro, tristeza, revolta e saudade, outros 06 culpavam as famílias por não dar-lhes apoio e acolhimento.

A quarta questão que nos moveu investigar dizia respeito às políticas públicas de atenção e de superação do Alcoolismo. Deste grupo 06 sujeitos não manifestam vontade de sair ou acreditam poder mudar sua situação. É trágico registrar que quatro (04) dos sujeitos morreram com a idade de 25, 53, 56 e 58 no transcorrer da pesquisa.

A última questão que buscaremos apresentar nesta parte deste primeiro Capítulo diz respeito à nossa formação e às potencialidade e limites de nosso trabalho profissional, político e social.

Percebemos que o Curso nos preparou teoricamente e praticamente para entender e atuar neste campo, as leituras foram pertinentes, o estágio foi de grande aproveitamento e relevância, a nossa atuação sempre esteve pautada nestas coordenadas humanas, científicas e acadêmica.

3 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL (PNSM) E A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) PARA UMA POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DE OUTRAS DROGAS

Buscaremos apresentar neste Capítulo os elementos estruturais que marcam as atuais formas de composição da Política Nacional de Saúde Mental, coordenada pelo Ministério da Saúde do Brasil, e como se integram nessas políticas a atenção ao usuário de dependente de Alcoolismo. Este estudo foi a base e o suporte de nossa intervenção observante e descritiva do grupo de alcoolistas do Pé de Pequi, de Lajeado-TO, relatados e registrados no capítulo anterior.

3.1 A longa construção de uma política pública no campo da Saúde

Anteriormente à reforma psiquiátrica (século XX), os procedimentos aplicados aos dependentes de drogas eram restritos a ações policiais, culminando na prisão dos mesmos ou ao encaminhamento destes à hospitais psiquiátricos, onde lá permaneciam para tratar da dependência de drogas como caso de loucura criminalizando a existência da doença mental. Entende-se que existia apenas o modelo curativo, coercitivo e desumano, da parte do poder público, para o setor saúde, voltado aos dependentes de tratamento para saúde mental. A dependência do álcool era vista como um desvio subjetivo, moral e social, como uma contravenção ou crime.

É importante ressaltar que a Lei 10.216/2001 redirecionou o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil e estabeleceu direitos dos portadores de transtornos mentais. Vale ainda lembrar que é direito do paciente “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo as suas necessidades”, de acordo com a Lei, mostrando a necessidade de se ofertar tratamento aos pacientes, de acordo com suas necessidades e coerente com a complexidade de seu caso clínico.

Os governos recentes tentaram responder ao crescente número de dependentes de álcool por meio da Política Nacional de Saúde Mental. Podemos dizer que no papel as intenções são muito claras, porém na realidade o que se verifica é a existência de uma rede de atendimento limitada, quando existente. Kinoshita (2011, p. 41), coordenador de Saúde Mental de Álcool e Outras Drogas, é Psiquiatra especialista

em dependência química, também é coordenador da Unidade de Pesquisa em álcool e Drogas (UNIAD), da Universidade Federal do Estado de São Paulo (Unifesp), coordenador do Departamento de Dependência Química da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) Ministério da Saúde – MS e acredita que o modelo deveria garantir tanto o acesso ao tratamento quanto o respeito aos direitos civis dos usuários de drogas a partir da Lei nº 10.216, Lei de Saúde Mental-SM, que foi sancionada em 2001, na qual se afirmam os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona-se o modelo assistencial em saúde mental.

Os princípios do movimento de busca de garantia de Direitos Sociais iniciado na década de 1980 tornam-se uma política de Estado na década de 2000, com financiamento e regulação tripartite (União, Estados e Municípios), ampliam-se os serviços que viriam a constituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Podemos reconhecer que houve um desenvolvimento reflexivo e analítico destas questões, com a proposição de políticas públicas fundamentadas e bem constituídas.

Buscaremos, nesta parte de nosso estudo, apontar topicamente os principais instrumentos e as mediações legais que resultaram no atual reconhecimento desta política. A partir do Decreto nº 7.508/2011 a RAPS passa a integrar o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS.

A LEI FEDERAL Nº 10.216/2001 (PAULO DELGADO) definindo os Direitos das pessoas com transtorno mental, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas passa a assegurar o direito a um tratamento que respeite a sua cidadania e que por isso deve ser realizado de preferência em serviços comunitários, ou de base territorial, portanto, sem excluí-las do convívio na sociedade. Para chegar neste reconhecimento destacamos os ANTECEDENTES, definidos pelo início da construção de uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda e da oferta de drogas, quando 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. Outro ponto foi a Criação do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e a implantação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), diretamente vinculada à, então, Casa Militar da Presidência da República, a partir do ano de 1998.

A POLITICA NACIONAL ANTIDROGAS começou por mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da primeira política brasileira. A criação do SENAD estabeleceu-se na linha de reconhecimento da Primeira Política Nacional

Antidrogas (PNAD) brasileira efetivada pelo Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Ali se estabelecia a necessidade de uma agenda nacional antidrogas, no ano de 2003, buscando sua integração junto das políticas públicas setoriais com a Política de drogas, visando ampliar o alcance das ações. Tais dispositivos foram marcados pela descentralização das ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município, promovendo o estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica. Estas foram as ações propostas na agenda de 2003, que marcaram o início de uma construção política neste campo.

Em 2004 - PROCESSO DE REALINHAMENTO E ATUALIZAÇÃO DA PNAD

- Não mais política antidrogas e sim política sobre drogas. Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis Fóruns Regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas.
- 1- Prevenção;
- 2- tratamento, recuperação E reinserção social;
- 3- Redução de danos sociais e à saúde;
- 4- Redução da oferta;
- 5- Estudos, pesquisas e avaliações

5. O documento da política nacional sobre drogas (PNAD) e composto de 5 capítulos:

No ano de 2006 – LEI 11.343/2006 – SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PUBLICAS SOBRE DROGAS (SISNAD) Brasil – destaque no cenário internacional. Suplantação de uma legislação de 30 anos que se mostrava obsoleta e em desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações sociais. A atenção ao usuário/dependente deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, ao invés de encarceramento. A justiça retributiva baseada no castigo é substituída pela justiça restaurativa, cujo objetivo maior é a ressocialização por meio de penas alternativas.

Neste ano ainda efetiva-se o SISNAD, REGULAMENTADO PELO DECRETO Nº5.912/2006

- I. Contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso 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.

Em 2008 a LEI Nº 11.754/2008 - CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (CONAD). • 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 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.

No ano de 2010 altera-se o DECRETO Nº 5.912/2006, COM AS ALTERAÇÕES INTRODUZIDAS PELO DECRETO Nº 7426/2010. Regulamentou as competências dos Órgãos do Poder Executivo no que se refere às ações de redução da demanda de drogas (SENAD), definindo suas atribuições. A saber: 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); Promover o intercâmbio com organismos internacionais na sua área de competência.

Em 2007 o DECRETO Nº 6.117/2007 POLITICA NACIONAL SOBRE ÁLCOOL

- 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 dessa substância, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas.

Assim definiam-se as MEDIDAS PROPOSTAS PELA POLITICA NACIONAL SOBRE ALCOOL -Diagnóstico sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil; Propaganda de bebidas alcoólicas; 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.

Desse modo, no que se refere à Política Nacional de Saúde Mental que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS, e que recentemente sofreu alterações em suas diretrizes, percebemos que existem opiniões divergentes entre os setores públicos e sociais exigindo um aprofundamento nas discussões e maior rigor na fiscalização.

Não podemos esperar a ação somente do Estado para o enfrentamento do problema do abuso de álcool e de outras drogas, é necessário o envolvimento da população em geral, principalmente daqueles que, de alguma forma, ocupam papéis sociais privilegiados na sociedade.

Muitos profissionais da Psicologia têm se comprometido em enfrentar o grave problema das drogas no Brasil, como o psicólogo Valdemar Augusto Angerami, que através de ministração de palestras e publicações sobre o tema, como no livro “Desespero e flagelo humano: parêmiás da cracolândia” (2007), relata criteriosamente um pouco da sua experiência na chamada “Cracolândia” de São Paulo.

O psicólogo nos chama atenção para os diálogos interdisciplinares como metas estruturais. Não se trata de criminalizar o usuário, mas de buscar compreender o sujeito que existe para além das drogas.

Afirma:

A Psicologia é a ciência que trata do sofrimento e nosso grande desafio talvez seja enxergar a pessoa em situação de extremo sofrimento por trás de todo o estigma que está sobre o usuário de álcool e outras drogas. E neste ponto reafirmamos a necessidade de um diálogo interdisciplinar onde os muitos saberes possam estabelecer metas estruturais e coerentes com a realidade do país. (ANGERAMI, A. A. 2007, p.33).

A partir do ano de 2000, puderam ser observadas mudanças significativas no conteúdo da legislação brasileira sobre drogas. Por mais que ela permaneça alinhada ao discurso proibicionista, a atenção à saúde deixa de ser uma espécie de apêndice dessa política e se torna um tema cada vez mais relevante, ainda que persistam as contradições iminentes de uma estrutura político-organizacional militarizada para o enfrentamento das questões relacionadas às drogas. Uma importante mudança refere-se à distinção feita entre as atividades antidrogas e aquelas de prevenção, de

tratamento, de recuperação e de reinserção social, conferindo maior destaque a estas últimas. (ALVES, 2009, p.5)

Sabendo-se desses pressupostos, ao falar sobre reinserção social do dependente químico, estudiosos tem buscado uma nova perspectiva dentro das políticas públicas, com a proposição de uma rede assistencial integrada e especializada, podendo oferecer o tratamento adequado, tanto em órgãos governamentais como não governamentais.

As diretrizes da política setorial de saúde preveem a construção de uma rede de atenção a usuários de álcool e de outras drogas valendo-se da implementação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), que desempenham papel estratégico de ordenamento da rede em seu território de atuação, promovendo a articulação necessária entre os mais variados dispositivos comunitários sociais e de saúde para a integralidade da atenção e inclusão social de usuários e familiares acompanhados.

Diante disso, a RAPS- Rede de Atenção Psicossocial foi ampliada, com a inclusão de novos pontos de atenção, com o objetivo de ser mais estruturada e equilibrada na oferta de tratamento e cuidado aos pacientes e seus familiares. Vale frisar que não há qualquer motivo para privar o paciente com transtorno mental de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) potente, poliárquica, com serviços de diferentes níveis de complexidade integrados e articulados.

É necessário que as três esferas de Governo atuem de forma orientadora e fiscalizadora, garantindo o seguimento das normativas vigentes. Os Serviços devem sempre ser regulados, fiscalizados e melhorados. A RAPS está sendo expandida e fortalecida, sem prejuízo de nenhum de seus componentes, mantendo a política de assistência comunitária, no território, com intervenções o menos invasivas possíveis e mantendo também as ações de desinstitucionalização (saída de moradores de Hospitais Psiquiátricos).

Não cabe mais a ideia de que Hospitais Psiquiátricos devam abrigar moradores. Entende-se que, caso aja necessidade de internação, estas sejam feitas em Hospitais Gerais que tenham qualidade para receber pacientes em quadros clínicos agudizados para internações breves, humanizadas e com vistas ao seu retorno para Serviços de base territorial.

Novos componentes da RAPS, qualificação técnica dos Serviços e dos profissionais, incorporação das melhores práticas e melhora da retaguarda para

crises são medidas a favor dos pacientes e de suas famílias e contra a cronificação, o desamparo, o abandono, o encarceramento e a morte precoce, ou seja, são atitudes que se alinham em defesa dos Direitos Humanos.

Analisando-se assim: são os portadores de transtornos mentais e suas famílias os principais interessados e afetados pela falta de recursos, falta de vagas assistenciais de qualidade e falta de uma Rede que contemple de fato as diferentes necessidades e cenários existentes na Saúde Mental.

Assim, as novas ações ocorrem em defesa do SUS-Sistema único de Saúde do cidadão e de seu direito a um atendimento efetivo, humanizado e de qualidade em saúde mental. O SUS passa a oferecer uma rede assistencial equilibrada, ofertando tratamento, de acordo com as necessidades dos pacientes. Assim, a política pública passa a se adequar às demandas dos pacientes, e não o contrário.

3.2 A luta por uma Política Nacional Sobre Drogas

O Brasil, através da representação do Ministério da Saúde equivoca-se quando trabalha a problemática das drogas apenas pela percepção social, pois a dependência de drogas é antes de mais nada, uma doença. Trata-se de uma necessidade imperiosa a mudança de concepção que temos praticado sobre o uso de drogas.

A problemática da dependência química hoje deve ser tratada como questão de saúde pública, tanto é assim, que essa já é considerada como uma doença social pela Medicina, fazendo parte das doenças catalogadas no CID 105: F19. Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas estão contempladas nesse cadastro de doenças definido pela pesquisa na Medicina.

A política de drogas no Brasil representa a principal medida de contenção, de coesão e de amparo judicial sobre estas substâncias que, segunda a agência de vigilância sanitária (ANVISA), são consideradas ilegais e “prejudiciais” à saúde do ser social brasileiro. Ao invés de criar novos protocolos para prevenir, identificar e encaminhar medidas de atendimento, perante esse amparo legal judicial o Estado implementa medidas coercitivas, moralizantes e repreensivas, com o uso das forças armadas e das forças policiais instituídas no território brasileiro, para manejar esta questão. Algumas medidas são tomadas pelo Estado através de políticas sociais e públicas como a medida de redução de danos e acompanhamento de ONGS.

Essas medidas implementadas não funcionam plenamente pelo simples fato de a mesma não acompanhar o desenvolvimento da vida humana, e como sempre os menos favorecidos são feitos de alvo, o que é terrível e bárbaro. Tais políticas implementadas são ineficientes, pois o público alvo tem seu perfil catalogado pelo Estado e sofre constantemente com essas medidas públicas de exposição e de controle, mais do que qualquer outra medida.

Tais medidas tomadas pelo Estado brasileiro são ineficientes do ponto de vista etiológico, mas são lucrativas, pelo simples fato de até os dias de hoje criminalizar o usuário de drogas, tratando como caso de polícia, chegando a eliminar as pessoas, na lógica de extermínio do que acha-se que tem que ser morto, cortando o que tem para cortar, superlotando as cadeias brasileiras. Tal realidade se reverteria se o assunto fosse debatido na íntegra, sem cunho somente moral ou acusatório.

O dependente e o traficante são personagens diversos, nenhum deles é ressocializado, não lhe é dado condições para nova postura social, muito menos o usuário, e por esse motivo acabam voltando aos mesmos hábitos, e se tornando pessoas bem mais difíceis de lidar com a mudança. *A priori* o Estado faz um papel paliativo, com proximidade do lucrativo, para com o atual modo de produção capitalista com aumento de efetivo policial, compra de armamento para combate, suporte logístico, tecnológico, etc. O entendimento do tráfico de drogas passa a fazer parte da logística de segurança e não de saúde pública.

O Brasil tem muito a avançar, e um passo enorme seria tratar usuário de droga como caso de saúde pública, apresentando-lhe o movimento real e outras tantas medidas que requerem um acompanhamento minucioso. Regulamentar, descriminalizar e até mesmo, com debates e muitos critérios, apresentar projetos de legalizar o uso de algumas drogas no Brasil tem sido mais uma questão de moral e um tabu do que um debate sociológico e psicossocial. Não evoluímos com essas medidas públicas sociais e judiciais, pelo contrário, o consumo e o tráfico cresceram. A repreensão é o mal imposto à nossa sociedade brasileira, muito longe de apresentar qualquer dado de superação ou de eficiência no combate.

Neste ponto de nossa monografia vamos apresentar topicamente alguns passos e descompassos históricos da formação histórica e social da produção da política nacional sobre Drogas.

1. **(1938)** O Decreto Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938, constitui a primeira legislação que consolida ações de prevenção, tratamento e repressão na área de drogas no Brasil.
2. **(1976)** Aprovada a Lei 6.368, de 21 de outubro de 1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.
3. **(1980)** Aprovado o Decreto nº 85.110, de 2 de Setembro de 1980, que Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, bem como normatiza o Conselho Nacional de Entorpecentes.
4. **(1986)** A Lei 7560, de 19 de dezembro de 1986, criou o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso, dispõe sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de drogas ou atividades correlatas
5. **(1993)** Criada, no âmbito do Ministério da Justiça, pela Lei 8764, de 20 de dezembro de 1993, a Secretaria Federal de Entorpecentes, órgão de supervisão técnica no que tange às atividades de prevenção, fiscalização e repressão ao uso indevido de produtos e substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, buscando dar estrutura para organização do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes.
6. **(1998)** O Brasil dá início à discussão de uma nova política nacional específica que articule os temas da redução da demanda (ações referentes à prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, bem como aquelas relacionadas ao tratamento, à recuperação, à redução de danos e à reinserção social de usuários e dependentes) e da oferta de drogas (atividades inerentes à repressão da produção não autorizada, ao tráfico ilícito de drogas e ao controle de substâncias precursoras da fabricação de drogas ilícitas e de drogas lícitas, tais como o álcool e o cigarro).

Esta medida foi tomada 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)**, diretamente vinculada à, então, Casa Militar da Presidência da República.

7. (2002) 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 reformulação da política de drogas brasileira. Assim, por meio de Decreto Presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002, foi instituída a Política Nacional Antidrogas – PNAD do país. Ainda neste ano, o governo sancionou a Lei 10409, de 11 de janeiro de 2002, que fez uma série de modificações na antiga Lei 636.8/1976, mas mantendo partes significativas desta legislação no que tange à redução da oferta.

8. (2004) Foi efetuado o processo de realinhamento e atualização da política instituída em 2002, por meio de seminários e fóruns e estudos epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados, sendo aprovada uma nova **Política Nacional sobre Drogas (PNAD)**, por meio da Resolução nº3/GSIPR/CONAD em 23 de maio de 2005, sem, contudo, rever o Decreto 4345/2002.

A Política Nacional sobre Drogas de 2004 aproveitou muita coisa da de 2002, estabelecendo 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.

9. (2006) Foi debatida e aprovada a [Lei nº 11.343/2006](#), que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), suplantando a legislação anterior, em especial a Lei nº 6368/1976. 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. Esta lei busca compatibilizar os dois instrumentos normativos: as Leis [6.368/1976](#) e [10.409/2002](#), e os revoga a partir de sua edição, 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 entendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade. Dessa forma, a justiça retributiva baseada no castigo é substituída pela justiça restaurativa, cujo objetivo maior é a ressocialização por meio de *penas alternativas*, pelas medidas de *advertência* sobre os efeitos das drogas, pela *prestação de serviço* à comunidade em locais/programas que se ocupem da prevenção/recuperação de usuários e dependentes de drogas e pela *adoção de medida educativa* de comparecimento à programa ou curso educativo.

10. (2006) Promulgação do [Decreto nº 5912/2006](#), com as alterações introduzidas pelo Decreto nº 7426/2010, regulamentou as competências dos Órgãos do Poder Executivo no que se refere às ações de redução da demanda de drogas.

Esta legislação foi capaz de efetivar a formulação legal de uma política nacional de Drogas passaremos a descrever as atribuições da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), que deveria ser o órgão central, aglutinador e coordenador desta política em todo o território brasileiro, de modo a fazer valer os dispositivos desta política e gerar as respectivas medidas de responsabilidade nos demais entes federativos integrados.

A SENAD seria responsável por articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Deveria ainda 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) e promover o intercâmbio com organismos internacionais na sua área de competência. São claras e altamente definitivas estas medidas e estas coordenadas de ação.

Já o **SISNAD**, Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, regulamentado pelo mesmo [Decreto n. 5912](#), de 27 de setembro de 2006, tem os seguintes objetivos, diferenciando-se das responsabilidades atribuídas à SENAD, mais propriamente tomada como um órgão executivo, enquanto esta seria mais o campo de formulação, atualização e avaliação desta política seria responsável por:

- I. Contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso 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 realizadas em seu âmbito. Com sua regulamentação,

houve a reestruturação de Conselho Nacional Antidrogas, garantindo a participação paritária entre governo e sociedade.

11. (2008) Foi instituída a [Lei 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)**.

12. (2011) O Governo Federal, em Janeiro de 2011, optou pela transferência da SENAD da estrutura do Gabinete de Segurança institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, a fim de potencializar e articular as ações de redução de demanda da oferta de drogas, que priorizam o enfrentamento ao tráfico de ilícitos.

13. (2018) Neste ano o CONAD aprova resolução que prevê a realização de estudos para realinhamento da Política Nacional sobre Drogas. Tudo isso parece ter sido linear ou simplesmente lógico e evolutivo, mas não foi assim, cada uma dessas etapas esteve vinculada a nichos de debates críticos e a movimentos sociais de defesa e de acompanhamento de tais políticas, na sociedade e nos devidos espaços de atuação jurídica e política. As atividades de atenção ao usuário ou dependente de drogas, para melhor entendimento, são consideradas como tais, pela Lei 11.343/06 em seu artigo 20: Art. 20 “Constituem atividade de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares para efeito desta Lei, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas”.

Quanto ao tratamento destinado aos dependentes de drogas no Brasil, as Comunidades Terapêuticas (ONGS) e os CAPS AD (PÚBLICAS) atualmente são as instituições que expressam o perfil preponderante da rede de serviços que presta atendimento a estes, estando vinculadas à proposta de reinserção social do indivíduo.

As comunidades são Instituições não Governamentais e sem fins lucrativos, que contam com pouca ou nenhuma ajuda de recursos provenientes da União e dos Estados. O serviço prestado pelas Comunidades Terapêuticas é de obrigação pública, contudo, este não é disponibilizado de forma gratuita para a população. As Comunidades Terapêuticas são referência no tratamento de dependentes químicos, constituindo-se em importante e efetivo meio de aplicabilidade da Lei 11.343/06. O Estado precisa financiar e reconhecer a RAPS de modo a exercer o seu papel, alinhados à política nacional que rege o tema e a questão.

A formulação orgânica desta política foi uma longa luta social, cultural e política, conhecer esta trajetória e lutar para implementá-la em todas as esferas da sociedade brasileira requer esclarecimento teórico e vontade política, além da paciência e luta histórica junto aos sujeitos sociais e as condições que lhes fundamentam.

3.3 A Política Nacional sobre Álcool na perspectiva da Política de Redução de Danos

O uso de substâncias psicoativas constitui, na atualidade, séria e persistente ameaça à humanidade e à estabilidade das estruturas e valores políticos, econômicos, sociais e culturais de todos os Estados e sociedades (SENAD, 2001).

Suas consequências infligem considerável prejuízo às nações do mundo inteiro, e não são detidas por fronteiras: avançam por todos os cantos da sociedade e por todos os espaços geográficos, afetando homens e mulheres de diferentes grupos étnicos, independentemente de classe social e econômica ou mesmo de idade (SENAD, 2001).

A questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e de outras drogas tem sido abordada historicamente por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e devem ser consideradas na compreensão global do problema. Cabe ainda destacar que o tema vem sendo associado à criminalidade e às práticas antissociais, bem como à oferta de “tratamentos” inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social.

Nesse contexto, pode-se constatar que, em meio a falta de propostas e de estabelecimento de uma clara política de saúde por parte do Ministério da Saúde, constituíram-se “alternativas de atenção”, de caráter total, numa dimensão reducionista ou fechada, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência das pessoas.

A percepção distorcida da realidade do uso de álcool e de outras drogas promove a disseminação de uma cultura de enfrentamento a substâncias que são inertes por natureza, fazendo com que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem aparentemente relegados a um plano menos importante. Isto por vezes é confirmado pela variedade de propostas e de abordagens preventivas terapêuticas

consideravelmente ineficazes, por vezes reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência (BRASIL, 2003).

O uso problemático de álcool é frequente em todo o mundo. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem importante papel na abordagem dos problemas com o álcool e do alcoolismo em específico. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família apresenta potencial para melhorar a assistência a esses problemas e ao conjunto de questões de Saúde Mental. Trata-se de uma compreensão alternativa e acolhedora,

Porém, a atitude mais comum do dependente de álcool é a negação de que está doente. Muitas famílias reclamam que não conseguem convencer um alcoolista de que ele precisa de tratamento. Iniciar uma simples conversa sobre alcoolismo já é motivo de discussões ou de reações negativas. Este conhecimento exige do interlocutor uma profunda e consistente formação para tratar do assunto e abordar as pessoas doentes do alcoolismo.

A política Nacional sobre o álcool –PNA (lei nº.6.117 de 2007), 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 (Duarte, 2010 pg. 222).

Segundo o autor, a Política Nacional sobre o Álcool contém princípios fundamentais à sustentação 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 para agir superando as situações de violência e de criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira.

O alcoolismo se define quando há exagero e se reconhece o uso contínuo do álcool, prática que causa dependência física e psíquica e traz desconforto quando o usuário de álcool fica sem consumir a bebida, o que se dá o nome de “abstinência”. Podemos definir *alcoolismo* como consumo em excesso, por longos períodos e como compulsão física para ingerir o álcool, o usuário não consegue interromper ou ficar sem beber, se fizer isto aparecem sintomas desagradáveis que causam desconforto físico e psicológico, provocam alterações no comportamento, estabelecem índices de pressão alta, arritmia, perda de memória, lentidão nos sentidos como espaço e tempo, ataque epilético,

acidentes de todas as naturezas, desastres e muito mais fazem parte do histórico dos alcoólatras. (Duarte,2010, p. 222).

As famílias são diretamente afetadas pelo alcoolismo, o envolvimento e o conceito de vida de um alcoólatra acabam por desestruturar uma família inteira, gerando perdas em todas as áreas; familiar, profissional, acadêmica, social e muito mais. Apesar de uma pessoa alcoólica nem sempre reconhecer o problema e não se sentir necessariamente infeliz, sua realidade destrói a felicidade da sua família aos poucos.

É comprovado que na maioria dos casos as pessoas que usam álcool não se tornam alcoolistas, porém o acesso e a falta de informação ajudam muito a constituir dependentes. Fatores sociais, genéticos, psicológicos são determinantes na instalação da dependência do álcool. O uso abusivo de álcool é um dos fatores de risco relevantes para a violência, tanto quanto para o desajuste psicológico e social do indivíduo.

O uso e o abuso de álcool e de outras drogas constituem as principais causas desencadeadoras de situações de vulnerabilidade na adolescência, a exemplo dos acidentes, suicídios, violência, gravidez não planejada e a transmissão de doenças por via sexual e endovenosa. O álcool é vendido e distribuído sem restrições, não existem campanhas eficientes e esclarecedoras contra o uso abusivo e muito menos informações sobre as consequências do álcool. Cada vez mais cedo as pessoas começam a fazer uso de bebida alcoólica e participam do contexto onde o álcool está inserido; a mídia, a cultura, o meio social interferem diretamente nesta realidade.

Os jovens estão em fase de formação, e com isso sofrem grande influência social principalmente dentro do lar. Estudos apontam que o consumo de álcool entre adolescentes acontece, em média, aos 11 anos de idade, e que é comum o primeiro contato acontecer na presença da família, indicando a associação do envolvimento parental ou familiar no consumo de álcool (CAVALCANTE, ALVES e BARROSO, 2008).

Como lembram Brunelli, Romera e Marcelino (2013), a sociedade tem demonstrado maior preocupação com questões relacionadas ao consumo de drogas ilícitas, como maconha, cocaína, crack, ecstasy, LSD, e maior tolerância às questões relacionadas ao consumo das drogas lícitas, como o tabaco e as bebidas alcoólicas,

muitas vezes, os jovens utilizam o álcool para se impor perante um grupo ou para fazer parte dele.

Com base em seus estudos, Pinsky (2009) apud Brunelli, Romera e Marcelino (2013, p. 16) atesta que:

[...] nessa fase, os aspectos simbólicos do beber têm grande importância, desde aqueles ligados à prática de um ato de transgressão (afinal, o consumo de álcool só é permitido a adultos), passando pelo sentimento de pertencer a ou se identificar com um determinado grupo, até o relaxamento e a diversão que estão associados com esse consumo são reforçados pela propaganda de álcool. (PINSKY (2009) apud BRUNELLI, ROMERA; MARCELINO, 2013, p. 16)

Uma vez envolvido com o álcool, vários jovens se tornam dependentes químicos, e para sustentar seus gastos com a compra de bebidas alcoólicas ou sobre o efeito delas passam a praticar a delinquência, descrita por Minayo (1990), como a forma de violência mais comentada pelo senso comum que compreende roubos, furtos, sadismos, sequestros, pilhagens, tiroteios entre *gangs*, delitos sob o efeito do álcool, drogas etc.

O jovem dependente prejudica sua saúde e desestrutura a família. A ESF tem dificuldade para atingir a estes jovens, porque eles pouco frequentam as Unidades de Saúde. A melhor maneira de atuar para diminuir o uso e o abuso de álcool e conseqüentemente da violência é buscar evitar que eles iniciem o consumo, através do esclarecimento das conseqüências do consumo álcool.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a violência de gênero como problema de saúde pública e propõe que haja capacitação de profissionais para reconhecê-la e abordá-la por meio do acolhimento (OMS, 1997 apud MARINHEIRO, VIEIRA e SOUZA, 2006).

Esta capacitação tem grande importância porque, muitas vezes, a usuária vítima da violência de gênero procura a ESF, mas não se dispõe a relatar os episódios de violência que sofre, mantendo o problema oculto, dificultando seu diagnóstico (MARINHEIRO, VIEIRA e SOUZA, 2006). Como vimos anteriormente, em grande parte dos casos de violência contra mulher o agressor faz uso de álcool.

Segundo Fonseca et al. (2009), para que a assistência às vítimas de violência ocorra de forma adequada é necessário capacitar os profissionais de saúde, a partir da inserção de metodologias que privilegiem a qualificação sob a ótica de gênero, dispondo ainda de uma equipe capacitada para saber identificar e abordar o assunto,

sem expor a vítima ou o agressor, estas medidas podem fazer a diferença para que se trate as causas e não apenas as consequências desta violência.

A Unidade de Saúde, além de curar as feridas físicas, tem de oferecer apoio psicológico para toda a família e nos casos nos quais for identificado o envolvimento de drogas, bem como ajudar a buscar os suportes legais para o tratamento do usuário.

O idoso e o álcool definem igualmente uma preocupação social. A população mundial tem envelhecido devido à melhora da expectativa de vida, com isso o número de idosos tem crescido e também o número de dependentes de álcool nesta etapa da vida. Elsner, Pavan e Guedes (2007) lembram que a população brasileira vem envelhecendo desde a década de 1960, quando a queda das taxas de fecundidade começou a alterar a sua estrutura etária, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional.

Segundo Pillon et al. (2010), após estudo em um Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), constatou-se que o consumo de álcool entre os jovens (60%) é maior que entre os idosos (38%), mas entre os idosos este consumo está associado a altos índices de morbidade e mortalidade.

Quando falamos de violência contra o idoso, os agressores por ordem de frequência, costumam ser, em primeiro lugar, os filhos homens mais que as filhas, e a seguir, noras, genros e esposos (ELSNER, PAVAN e GUEDES 2007). Outro estudo demonstrou que entre os idosos que necessitavam de tratamento para o uso de substâncias psicoativas, 85,8% eram dependentes de álcool ou consumiam em níveis abusivos (GFROERER et al. 2003, apud PILLON et al. 2010).

Ainda, em levantamento realizado por Ponce et al. (2008), a partir da análise de 632 casos de suicídio, 209 apresentaram dosagem alcoólica positiva na autópsia, sendo 5,3% dos casos relatados com idosos com mais de 60 anos de idade. Estes números mostram que o álcool não só faz dos idosos vítimas de agressores alcoolizados, mas também os coloca como agentes da violência contra familiares ou até mesmo contra a própria integridade. Os dados mostram que precisamos ter atenção e cuidado com essa parcela da população que normalmente já possui uma saúde frágil e que fica ainda mais fragilizada pelo uso do álcool.

Para Araújo (2007), as drogas possuem substâncias capazes de produzir alterações no funcionamento do organismo humano. As drogas estão divididas em dois grandes grupos, o grupo das drogas lícitas e o grupo das drogas ilícitas. Foi na era Vargas (1930-1945) que as drogas foram classificadas como lícitas e ilícitas.

Destaca-se a importante constatação de Araújo (2007):

Elas são utilizadas para diversos fins desde a Antiguidade. Podem ser utilizadas para curar doenças ou obter prazer. Entre as drogas lícitas estão os medicamentos em geral (os quais só são permitidos sob prescrição médica), o álcool e o cigarro [...]. (ARAÚJO, 2007, p. 8)

Já entre as principais drogas ilícitas estão a maconha, a cocaína, o ecstasy, o *crack*, a heroína, etc. Existem ainda outras substâncias que causam dependência, mas que são vendidas livremente para outros fins como a popular *cola de sapateiro* e o *hypnol*. Contudo, há diversas outras drogas que também são utilizadas da mesma maneira e algumas delas ainda nem são conhecidas pelo Ministério da Saúde e pelas autoridades judiciais.

Na colonização brasileira (1500-1822), os colonizadores utilizavam álcool e tabaco e faziam uso de ópio, coca e maconha. Drogas lícitas são aquelas permitidas por lei, as quais são compradas praticamente de maneira livre, e seu comércio é legal. Drogas ilícitas são as cuja comercialização é proibida pela justiça, estas também são conhecidas como “drogas pesadas” e causam forte dependência (ARAÚJO, 2007).

Historicamente percebe-se que a relação de poder teve influência na proibição de determinadas substâncias. As drogas são consideradas ilícitas quando a produção, a comercialização, bem como o consumo são legalmente proibidos.

O conceito de drogas remete ao campo da Farmacologia, tendo variáveis que não são pertinentes a esse presente estudo. Aqui, o termo é utilizado para designar apenas as substâncias psicoativas que, quando absorvidas pelo organismo por diferentes vias (oral, endovenosa, inalada, etc.), alteram o funcionamento do Sistema Nervoso Central do indivíduo. Essas alterações provocam mudanças no *estado de consciência* e no *senso de percepção* do usuário, uma vez que as referidas substâncias podem atuar como depressoras, estimulantes ou perturbadoras do Sistema Nervoso Central (LIMA, 1997).

Quanto aos termos *uso e abuso de drogas*, é importante esclarecer sobre a diferença do significado de cada um deles. Usar drogas significa consumir algum tipo de substância psicoativa de forma eventual ou recreacional que acarrete eventuais danos físicos, psicológicos e/ou sociais para o indivíduo. De acordo com Caldeira (1999) podem ser citados o consumo de bebidas alcoólicas em determinadas ocasiões, o uso de psicofármacos por recomendação médica, o uso de algumas ervas

em rituais religiosos, ou ainda, o uso esporádico de drogas consideradas ilícitas (maconha, cocaína, etc.).

No entanto, essa classificação não é muito bem definida, uma vez que algumas substâncias cujo comércio é permitido (éter, cola de sapateiro, benzina, etc.) podem ser usadas para fins diferentes daqueles para os quais foram produzidas e com o propósito de alterar a consciência do indivíduo. Desta forma, no presente trabalho estão sendo consideradas drogas lícitas apenas o álcool e os psicofármacos (CALDEIRA, 1999), para a finalidade de caracterização de nossos sujeitos e da causalidade que os definem na situação de investigação e de interpretação de suas variáveis.

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e incentivado pela sociedade. Estima-se que cerca de 90% da população consome álcool. De cada dez consumidores, um tem problema de alcoolismo, com repercussões tanto no âmbito da saúde pública, quanto na vida pessoal, familiar e social do dependente. Tal situação leva a que famílias recorram à ajuda externa, no sentido de apoiá-los no processo de recuperação e de tratamento de seus membros dependentes.

Nesse sentido, as principais questões que esta pesquisa pretendeu conhecer foram: *Quais são as implicações do alcoolismo nos projetos de vida dos dependentes? Como as redes de apoio formal (as comunidades terapêuticas) e informal (família, amigos, vizinhos, etc.) interferem no processo de tratamento do doente?*

No que se refere à efetividade do tratamento do alcoolismo, pode-se perceber que esta ocorre de forma parcial, devido à taxa de recuperação ser de apenas 30%, apesar de estar de acordo com a média nacional. (MS-2003). Além disso, ficou claro que o bom resultado não depende somente das metodologias adotadas no tratamento, mas também da aceitação e da colaboração do indivíduo em se tratar.

O alcoolismo pode ser considerado como uma doença social, pois atinge não apenas o indivíduo, mas todo o seu meio, interferindo de forma incisiva nos projetos de vida tanto dos dependentes quanto de suas famílias que constituem a rede social mais acionada no tratamento e na recuperação do dependente, seguida das comunidades terapêuticas (redes formais). Entretanto, a influência da metodologia nas mudanças das condições de vida dos dependentes e dos familiares compensa o desvio entre o esperado e o realizado, em termos de recuperação e reinserção social.

Nesse sentido, sugere-se que mais trabalhos sejam desenvolvidos, especialmente tratando o alcoolismo como um problema social, e não apenas como uma doença. O alcoolismo é o conjunto dos problemas relacionado ao consumo excessivo e prolongado do álcool. A Medicina o define como um vício de ingestão incontrolável, que acarreta em graves consequências. Dentro do alcoolismo, existe a abstinência, o abuso e a intoxicação, que resultam em agravantes como alucinação, delírio, mau-humor, distúrbios de ansiedade e sono, impotência sexual e síndromes de amnésia, a tolerância e a dependência ao álcool que são dois eventos distintos e indissociáveis.

A tolerância é a necessidade de doses maiores de álcool para a manutenção do efeito de embriaguez obtido nas primeiras doses. Já a dependência ocorre quando o indivíduo não tem mais forças para interromper ou diminuir o uso do álcool. O alcoolismo, como qualquer diagnóstico psiquiátrico, é estigmatizante. Fazer com que uma pessoa reconheça o próprio estado de dependência alcoólica é exigir dela uma forte quebra da autoimagem e conseqüentemente da autoestima. Com a autoestima enfraquecida a pessoa já não tem a mesma disposição para viver e, portanto, lutar contra a própria doença. É uma situação paradoxal para a qual não se obteve uma solução satisfatória e que dependerá da habilidade de cada agente de tratamento.

Na perspectiva dominante de atuação do Estado, que prevaleceu antes da organização de uma Política Nacional de Drogas, acentuava-se o modelo repressivo policialesco, manifestando uma contradição patente, quando intenciona supostamente reintegrar ou ressocializar os sujeitos, na mesma linha em que nos alerta Silva & Gross (2019):

(...) Veja-se que a noção de igualdade aritmética é destoante da realidade concreta; as benesses nos parecem estar em número menor que aquele de requerentes das benesses, um dilema que se faz presente no seio do debate das políticas sociais. Em um caso, *en passant*, o sistema prisional que, em síntese é lógica de controle propõe-se à reintegração, mas de quem? Dos excluídos, ou melhor, dos segregados sociais, mas incluí-los em ambiente que já por saturação os exclui não nos parece proposta auspiciosa, finda por termos juridicamente uma legislação que discursa a reintegração e objetiva a retribuição proposta de justiça vingativa. (SILVA; GROSS, 2019, 89-90).

Esse tratamento no caso, é baseado na utilização de três medicamentos principais: *naltrexona*, que bloqueia o prazer proporcionado pelo álcool, *acamprosato*, que atua contra a abstinência e a *ondansetrona*, que inibe o retorno positivo. Entre diversas possibilidades e teorias, o mais coerente para se manter afastado do mal do

álcool é a consciência e o saber a hora certa de parar de beber, tanto na questão da quantidade como na intensidade.

O que leva ao consumo de álcool pode ter motivações pessoais, mas é nas relações sociais que reside a maior razão para o seu uso. Andrade et al (2006) afirmam que indivíduos com renda familiar alta e sem religião apresentariam maior risco de consumo de drogas, lícitas e ilícitas.

Muitos jovens iniciam o consumo de bebidas para serem aceitos pelos pares, e também como forma de se impor frente às exigências familiares, em um movimento de autoafirmação (BOCK et alii, 2002).

O indivíduo que apresenta maior resistência aos efeitos do álcool tende a ser socialmente valorizado, numa demonstração de força e controle. Esta resistência, que pode ser inata, pode ser desenvolvida através do uso constante de substâncias alcoólicas, aumentando assim a tolerância ao álcool.

O consumo excessivo de álcool, bem como de outras drogas, tem um efeito típico sobre o organismo: precisa-se de doses cada vez maiores para se obter o mesmo efeito orgânico, o que leva, mais cedo ou mais tarde (o tempo de instalação da dependência varia de indivíduo para indivíduo), à dependência. No caso do álcool, a dependência instalada é chamada de alcoolismo. (BOCK et alii 2002).

Com isso, o consumo cada vez maior de bebida alcoólica acaba trazendo uma falsa sensação de bem estar, uma ilusão de força, de coragem e até ausência da timidez para quem tem esta característica, é por isso que o organismo transmite uma necessidade cada vez maior de álcool no sangue uma vez que o indivíduo sente a falsa sensação de felicidade quando ingere um alto volume de álcool.

Para Fouquet (1950) o alcoolismo é a perda total de liberdade face ao álcool – perda atribuída à necessidade estritamente orgânica de manter um determinado teor de etanol no corpo, com vistas a restabelecer seu equilíbrio neurovegetativo, salvaguardando uma aparente sensação de conforto físico e de bem-estar psíquico.

Masur (1984) aponta que o álcool é uma droga psicoativa que, dependendo da dose ou até mesmo da frequência, pode trazer um uso sem problemas. Porém o uso “inadequado” pode trazer várias e graves consequências, tanto a nível orgânico, quanto psicológico e social, caracterizando assim o alcoolismo.

Por ter efeitos prazerosos, induz a repetição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994). O Ministério da Saúde traz algumas definições importantes de termos como: *Alcoolismo* - significa dependência do álcool e/ou os problemas relacionados ao

consumo de bebidas alcoólicas; *Alcoolista* – este termo refere-se tanto aos bebedores-problema quanto aos dependentes do álcool.

Ainda que os termos *alcoolista* e *alcoólatra* possam ter o mesmo significado, dá-se preferência ao termo *alcoolista*; *Bebedor moderado* – pessoa que utiliza a bebida alcoólica sem dependência e sem problemas decorrentes de seu uso; *Bebedor-problema* – pessoa que apresenta qualquer tipo de problema (físico, psíquico ou social) decorrente do consumo do álcool, sem dependência; *Dependente de álcool* – pessoa que preenche os critérios para dependência de álcool; *Síndrome de abstinência* – conjunto de sinais e sintomas habitualmente encontrados nas pessoas dependentes do álcool, quando da interrupção ou diminuição do seu uso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994). Estes termos e seu significado são de fundamental importância para a caracterização da variedade de situações que o fenômeno social estabelece.

Ainda sobre o termo *alcoolismo*, proposto pelo médico sueco Huss (apud RAMOS, 1990), no século XIX, popularizou-se e vulgarizou-se de tal maneira que hoje, além de poder designar um importante fenômeno médico e social, serve como rótulo estigmatizante, chegando, no limite, a perder o seu valor comunicacional.

A OMS define o Abuso do Álcool como:

“[...] casos em que uma pessoa, para a qual nenhum outro diagnóstico é possível receba assistência médica em virtude dos efeitos adversos do álcool, do qual ela não é dependente, e que tenha feito uso por iniciativa própria em detrimento de sua saúde ou atuação social” (RAMOS, 1990, p. 15).

Mas não encontramos somente esta definição, pois a Síndrome de Dependência do Álcool, conforme a OMS, é definida como:

[...] Estado psíquico e também geralmente físico, resultante da ingestão de álcool, caracterizado por reações de comportamento e outras que sempre incluem uma compulsão para ingerir álcool de modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta; a tolerância ao mesmo podendo ou não estar presente (RAMOS, 1990, p. 18).

Como vimos até agora, o álcool é importante fonte de danos para a saúde e atinge as dimensões de segurança públicas e não deveria ser tratado como um produto qualquer, inócuo e sujeito às leis de mercado. A consequência desse descontrole e da excessiva oferta e acessibilidade têm gerado consumo elevado a

baixos preços e ampla disponibilidade de álcool nos ambientes, banalizando o seu consumo e levando a tolerância em relação às transgressões legais. Poucas restrições às propagandas nos meios de comunicação as tornam eficientes em seduzir o público, principalmente o jovem, para o consumo de bebidas alcoólicas.

Ao contrário, o mercado de venda do álcool deve ser melhor regulado estabelecendo-se um controle social desta substância. Há evidências científicas fortes e suficientes de que o estabelecimento de políticas regulatórias de controle do acesso e disponibilidade do álcool são efetivas em reduzir o consumo da bebida alcoólica e problemas relacionados.

O impacto esperado das políticas do álcool é a redução global do consumo, redução dos danos relacionados ao álcool (violência doméstica, acidentes automobilísticos, agressões em geral, violação, abandono, morbidade e mortalidade relacionadas, intoxicações pelo álcool), diminuição do sucesso dos adolescentes na obtenção de bebidas. Espera-se também a criação de um clima social propício para o desenvolvimento de outras políticas.

As vantagens de estabelecimentos de políticas ou de estratégias ambientais locais, com controle dos ambientes onde se bebe são inúmeras: com melhor adaptação aos hábitos culturais da comunidade, maior flexibilidade e facilidade na obtenção de apoio social e mobilização, maior facilidade para serem ampliadas, avaliadas e de visualização de seus benefícios.

As perdas e prejuízos associados ao consumo abusivo do álcool são relevantes e seus custos sociais em relação à saúde e à segurança ainda não foram adequadamente dimensionados no Brasil. Esta contabilidade crítica precisa ser feita e divulgada, para que possa auxiliar autoridades e a comunidade científica a desenvolver seguras e adequadas medidas de superação das causas e controle de seus efeitos.

Podemos apresentar, a título de exemplo, alguns destaques da POLÍTICA NACIONAL SOBRE ÁLCOOL determinadas pela Lei nº 12.760/2012. Esta Lei provocou alterações no Código Brasileiro de Trânsito, tornou crime dirigir alcoolizado, definiu a possibilidade de enquadrar e de punir criminalmente os condutores que se recusarem a fazer o teste com o etilômetro (bafômetro), qualificou como testemunhas e presunção os agentes de trânsito. A divulgação de situações e de casos de atropelamento de pessoas por alcoolistas marcou profundamente o imaginário social nestes períodos.

Outro ponto a ser destacado deu-se com a implementação do PAIUAD- Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, no ano de 2004. Neste ano, o Ministério de Saúde definiu uma política para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas Álcool (PAIUAD). Atualmente, esta política garante a oferta de serviços, tanto aos portadores de transtornos mentais quanto aos indivíduos com problemas que envolvam o álcool e outras drogas (prevenção, promoção e proteção). Além disso são oferecidos modelos de Atenção Psicossocial-CAPSad e redes assistenciais (MINISTÉRIO da SAÚDE 2004).

A Portaria nº 1.028/2005, e a Portaria nº 3.088/2011, respectivamente, e a Portaria nº 336/GM/2002, que define o tratamento através dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, apresenta também a modalidade de atenção voltada para o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, que são os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad.

Com a III Conferência de Saúde Mental e o aprofundamento da compreensão da relevância dos CAPSads percebeu-se a necessidade de uma melhor e maior estruturação da atenção aos usuários de álcool e de outras drogas. Isto fez com que em 2004 o Ministério da Saúde apresentasse a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, com o intuito de normatizar e tornar público o tratamento aos sujeitos acometidos pelo uso e abuso de substâncias psicoativas. Sendo assim, a referida política surge no cenário de luta por melhor qualidade no tratamento de usuário de drogas e traz uma excelente reflexão sobre o uso e abuso de substâncias psicoativas.

A definição de uma medida social e de tratamento chamada como **Redução de danos** passou a ser igualmente uma importante determinação, envolvendo intersetorialmente toda a sociedade e destacadamente um conjunto de profissionais, no qual cabe especificamente a atuação do profissional de Serviço Social.

Segundo a autora Maria Cristina Brites (2006), *redução de danos* é o conjunto de estratégias que se ensina aos usuários de drogas para minimizar os riscos relacionados com o consumo dessas substâncias. A ampliação do acesso aos direitos à saúde pode contar com um paradigma que deve nortear todas as ações quando se trata de substâncias psicoativas que chamamos genericamente de drogas, desde a prevenção, a assistência, a pesquisa, o ensino etc. Estabelece que:

Tudo hoje em dia deve estar permeado pela Redução de Danos-RD, que é algo que se concretizou sobre tudo fora do Brasil há mais de 40 anos, e que o Brasil está muito atrasado neste processo. (DARTIU; XAVIER, 2009).

A Política de Redução de Danos-RD foi uma estratégia adotada pelo Ministério de Saúde e não visa apenas a distribuição ou a substituição de insumos, mas sim de ampliar o olhar sobre o fenômeno social da droga, pensando em uma intervenção através da redução de riscos sociais e à saúde.

O Ministério da Saúde, através da PORTARIA Nº 1.028, DE 1º DE JULHO DE 2005 determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Apresentamos aqui a referida Portaria, na íntegra, pela destacada importância de sua determinação, pois acaba por construir uma conceituação esclarecedora e induzir a uma prática socialmente acolhedora, eticamente humanizada e socialmente altruísta e eficiente.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerando que cabe ao Ministério da Saúde regulamentar as ações destinadas à redução de danos sociais e à saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, conforme os termos do art. 12, inciso II, da Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002;

Considerando as diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral dos Usuários de Álcool e outras Drogas;

Considerando as recomendações produzidas pelo Grupo de Trabalho Interministerial relacionado à política específica sobre bebidas alcoólicas, criado por intermédio do Decreto Presidencial do dia 28 de maio de 2003;

Considerando que as intervenções de saúde dirigidas aos usuários e dependentes de álcool e outras drogas devem ser ampliadas e estar baseadas na melhoria da qualidade de vida das pessoas;

Considerando a urgência de diminuir os índices da infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas injetáveis; e

Considerando o crescente consumo de bebidas alcoólicas entre jovens e os acidentes de trânsito decorrentes do uso desta substância, resolve:

Art. 1º Determinar que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.

Art. 2º Definir que a redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo.

Art. 3º Definir que as ações de redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, compreendam uma ou mais das medidas de atenção integral à saúde, listadas a seguir, praticadas respeitando as necessidades do público alvo e da comunidade:

I - informação, educação e aconselhamento;

II - assistência social e à saúde; e III - disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites.

Art. 4º Estabelecer que as ações de informação, educação e aconselhamento tenham por objetivo o estímulo à adoção de comportamentos mais seguros no consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, e nas práticas sexuais de seus consumidores e parceiros sexuais.

§ 1º São conteúdos necessários das ações de informação, educação e aconselhamento:

I - informações sobre os possíveis riscos e danos relacionados ao consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência;

II - desestímulo ao compartilhamento de instrumentos utilizados para consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência;

III - orientação sobre prevenção e conduta em caso de intoxicação aguda (“overdose”);

IV - prevenção das infecções pelo HIV, hepatites, endocardites e outras patologias de padrão de transmissão similar;

V - orientação para prática do sexo seguro;

VI - divulgação dos serviços públicos e de interesse público, nas áreas de assistência social e de saúde; e

VII - divulgação dos princípios e garantias fundamentais assegurados na Constituição Federal e nas declarações universais de direitos.

§ 2º As ações de informação, educação e aconselhamento devem, necessariamente, ser acompanhadas da distribuição dos insumos destinados a minimizar os riscos decorrentes do consumo de produtos, substâncias e drogas que causem dependência.

Art. 5º Estabelecer que a oferta de assistência social e à saúde, na comunidade e em serviços, objetive a garantia de assistência integral ao usuário ou ao dependente de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.

Parágrafo único. São ações necessárias na oferta de assistência social e à saúde, quando requeridas pelo usuário ou pelo dependente:

I - o tratamento à dependência causada por produtos, substâncias ou drogas;

II - o diagnóstico da infecção pelo HIV e o tratamento da infecção pelo HIV e da AIDS;

III - a imunização, o diagnóstico e o tratamento das hepatites virais;

IV - o diagnóstico e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST); e

V - a orientação para o exercício dos direitos e garantias fundamentais previstos na Constituição Federal e quaisquer outros relativos à manutenção de qualidade digna da vida.

Art. 6º Definir que as estratégias de redução de danos incluam a disponibilização de insumos de prevenção ao HIV/Aids e as estratégias da saúde pública dirigidas à proteção da vida e ao tratamento dos dependentes de produtos, substâncias e drogas que causem dependência.

Art. 7º Estabelecer que as iniciativas relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas sejam incluídas nas estratégias de redução de danos, dados os agravos relacionados a esta substância na população geral e que devam ser articuladas intersetorialmente de forma a potencializar os efeitos de promoção à saúde.

Art. 8º Definir que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas em todos os espaços de interesse público em que ocorra ou possa ocorrer o consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, ou para onde se reportem os seus usuários.

Parágrafo único. As disposições desta Portaria aplicam-se no âmbito do sistema penitenciário, das cadeias públicas, dos estabelecimentos educacionais destinados à

internação de adolescentes, dos hospitais psiquiátricos, dos abrigos, dos estabelecimentos destinados ao tratamento de usuários ou dependentes ou de quaisquer outras instituições que mantenham pessoas submetidas à privação ou à restrição da liberdade.

Art. 9º Estabelecer que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas em consonância com a promoção dos direitos humanos, tendo especialmente em conta o respeito à diversidade dos usuários ou dependentes de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.

§ 1º Em todas as ações de redução de danos, devem ser preservadas a identidade e a liberdade da decisão do usuário ou dependente ou pessoas tomadas como tais, sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento.

§ 2º A contratação de pessoal para o trabalho com redução de danos, de que trata esta Portaria, deve dar prioridade aos membros da comunidade onde as ações serão desenvolvidas, observadas, no âmbito da Administração Pública, as normas de acesso a cargos ou empregos públicos, levando-se em conta principalmente o acesso à população alvo, independentemente do nível de instrução formal.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. As. HUMBERTO COSTA

São 10 artigos que definem estruturalmente uma efetiva política, envolvendo todas as dimensões relacionadas à atuação e busca de superação das condições de dependência e de superação do alcoolismo e de seus efeitos. Este documento, de importância basilar, pode fundamentar a atuação do profissional de Serviço Social.

Analisamos a Redução de Danos que é o conjunto de estratégias, ferramenta que amplia a possibilidade do cuidado em saúde pública para minimizar as consequências adversas do uso de drogas, na linha do direito à cidadania, combatendo a invisibilidade e a discriminação, substituindo as estratégias repressivas pelas preventivas visando à autonomia. Destacamos, também a necessidade de ampliar o nível de informação dos profissionais em saúde a respeito dessa estratégia e da educação permanente integral, verdadeira e eficiente, para a abertura de campo; a realidade do momento atual, dados numéricos sobre uso de drogas e agravos decorrentes, os desafios de desdobrar estratégias e perspectivas para construção do cuidado em parceria com usuário, família e comunidade. Nesse contexto, enfocamos o papel destes dispositivos que têm a tarefa de substituir integralmente os hospitais psiquiátricos, ofertando atenção e tratamento aos portadores de transtornos mentais graves que estão inseridos em seu território. Trata-se da possibilidade política de produção efetiva de práticas integradoras e inclusivas, como terapias sociais e possibilidades de superação das condições de marginalização e desumanização.

3.4 A Política de Redução de Danos: possibilidades institucionais e sociais de tratamento e superação da marginalização social

Sabemos que as políticas de redução de danos já fazem parte de uma grande parte dos países que compõem a União Europeia e os Estados Unidos e, a partir desse tipo de estratégia é possível pensar e executar um controle em grande escala da transmissão do vírus da AIDS e das hepatites B e C, no caso dessas doenças. Além de incentivar o uso seguro de algumas drogas, esta proposta traz a opção de tratamento voluntário, no qual o usuário aceita a troca de uma droga lícita mais pesada por uma ilícita menos pesada.

Ainda no enfoque da política de redução de danos, o Ministério da Saúde instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que atua de forma a reduzir os danos associados ao uso de drogas como a disseminação de doenças, do vírus da AIDS e das hepatites, na forma de distribuição de preservativos para a população carcerária. (BRASIL, 2002).

A escolha dos CAPS pela Saúde Mental, deveu-se ao fato de serem os serviços estratégicos da Reforma Psiquiátrica, tendo como diretriz de atendimento ser uma base comunitária para pessoas em sofrimento psíquico, que segundo a Portaria n.º 336/2002 (BRASIL, 2002), devem “*responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território*” Ainda existem os CAPS para atendimentos específicos em saúde mental para atenção em álcool e outras drogas e para crianças e adolescentes (CAPSI e CAPSAD), que possuem como critério apenas serem implantados em municípios com mais de 70 mil habitantes (BRASIL, 2002B).

No Brasil, a expansão dos CAPS-AD, baseada em um modelo de atenção integral à saúde de usuários de álcool e outras drogas, preconiza a passagem da ideia de doentes para a de cidadãos com a proposta de reinserção social e intersetorialidade das ações, bem como destaca a adoção da redução de danos dentre outros princípios.

O CAPS é um Centro de Atenção Psicossocial de referência e de tratamento para pessoas com sofrimento psíquico. É um recurso em saúde mental, constituindo-se em um serviço substitutivo ao modelo asilar, de assistência extra-hospitalar que diminui e procura evitar reinternações psiquiátricas, buscando a ressocialização do indivíduo. Seu objetivo é oferecer atendimento à população realizando o acompanhamento

clínico e a reinserção social dos usuários, contribuindo para o resgate da cidadania em função da discriminação, por ser acometido de sofrimento psíquico.

O CAPS AD é voltado para pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas. Dependendo da gravidade do problema, o CAPS realiza o *tratamento intensivo*, no qual o paciente é atendido de segunda a sexta-feira, o dia todo, há ainda o *tratamento semi-intensivo* em que a frequência é de pelo menos três dias da semana, e ainda existe o tratamento não intensivo que se resume a um dia da semana. (Lei de Redução de Danos, 1028/2005 e 3.88/2011).

Nesse ponto a nova Lei Antidrogas-PNAD trouxe avanços significativos com relação às legislações anteriores, destacando críticas ao atendimento dispensado aos dependentes de drogas, requerendo um atendimento mais humanizado através das medidas de atenção estando incluso aí o tratamento, a prevenção e a reinserção social, a fim de assegurar a dignidade do dependente de drogas, concebendo sua condição a partir da condição de pessoa humana e como cidadão.

Os médicos estimam ser necessário entre seis e 12 meses de tratamento, e as internações são consideradas imprescindíveis nos casos em que o paciente for considerado um risco para si e para os outros. Nesse contexto, a família exerce papel fundamental no processo de tratamento dos dependentes, contudo, o tratamento também inclui apoio psicológico para as famílias, pois, de acordo com a psiquiatra Pulcherio (2011, p.35): “*A maioria dos estudos confirma que o universo familiar dessa população é frequentemente disfuncional*”. Pudemos constatar isso no estudo que acompanhamos junto ao grupo de alcoolistas do Pé de Pequi.

Dentro do universo das drogas o psiquiatra Laranjeira (2005) acredita que a dependência de crack é muito grave para ser resolvida apenas ambulatoriamente, (2011, p. 65), quando afirma que: “*O usuário muitas vezes precisa ser internado, principalmente na fase mais aguda do tratamento, e só uma clínica pode oferecer cuidados mais intensivos*”. Ocorre que atualmente não há clínicas públicas que prestem tratamento especializado aos dependentes de drogas, e os poucos locais existentes são Instituições Filantrópicas as quais recebem pouca ou nenhuma ajuda do Governo, passando a depender de doações ou de campanhas sociais.

Atualmente, por parte do Governo, há apenas o tratamento ambulatorial nos CAPSads. Desse modo, o tratamento deve ser feito de forma completa, de maneira especializada e específica, na qual, para tanto, o indivíduo necessita de um período mínimo compreendido para a *desintoxicação*, a *reabilitação* e a *reinserção social*. São

três etapas fundamentais para a excelência do tratamento, nestas três etapas o Profissional de Serviço Social tem possibilidades de intervenção e de ação. Tais tratamentos também devem ser oferecidos pelo Governo de forma diversificada a fim de proporcionar a opção de escolha, pelo indivíduo, do tratamento que melhor se adequa às suas especificidades, o que não é possível somente através do tratamento ambulatorial.

Pudemos constatar, junto ao grupo do Pé de Pequi, a falência e a insuficiência de tratamentos pontuais e de natureza ambulatorial, relatadas sempre pelos usuários, quase sempre em situações limites, quando o risco de morte parecia iminente e não havia nenhuma outra possibilidade de atendimento. Temos o dever de sensibilizar os poderes constituídos e a própria sociedade para a racional compreensão desse fenômeno social e a proposta eficiente e acolhedora de tratamentos de longa duração.

4 O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS, NA SUPERAÇÃO DO FENÔMENO EXCLUDENTE DO ALCOOLISMO E NA PRODUÇÃO DO CUIDADO E DA EMANCIPAÇÃO DOS DEPENDENTES ALCOOLISTAS

Um trabalho de acompanhamento de estágio profissional que se traduz num universo de pesquisa requer de nossa parte duas atitudes: a *primeira* na direção de buscar compreender com profundidade a prática social e as causas históricas e políticas de um determinado fenômeno, no caso o problema social do Alcoolismo, para conhecer com critérios e desvendar as inúmeras contradições que estão subjacentes ao complexo fenômeno estudado, e a segunda na direção de relacionar esta intervenção com nossa formação como Assistente Sociais, de modo a dar consistência à nossa atuação profissional e política na sociedade em que vivemos. Este é o objetivo geral do estudo, que buscaremos desenvolver nesta parte de nossa monografia de conclusão de curso.

4.1 O Serviço Social no enfrentamento do alcoolismo: possibilidades e limites

As políticas públicas enquanto instrumento por meio do qual o Estado trabalha sobre as demandas da população são dispositivos relativamente novos, e, neste contexto, as políticas públicas direcionadas ao enfrentamento do consumo de drogas são ainda mais incipientes. Nesse sentido, promover o estudo sobre políticas públicas sobre o enfrentamento do consumo e da dependência de drogas na sociedade é extremamente importante, visto ser a base das políticas públicas no último século direcionadas para esta parcela excluída da população.

O advento de um profissional com conhecimentos teóricos técnicos, éticos e políticos, voltados para a garantia de direitos e dignidade humana pode proporcionar entendimentos outros, e de forma contributiva construir ações de prevenção de maneira interdisciplinar. Nessa abordagem o Serviço Social deve buscar a efetivação do histórico compromisso com a defesa intransigente dos *direitos humanos*, princípio fundamental do Código de Ética Profissional que deve nortear as ações profissionais cotidianas, no caso específico, na prevenção ao uso de drogas. O caminhar rumo a uma nova ordem societária que comporte a liberdade como valor ético central não

pode prescindir da tarefa de ocupar os espaços onde se abrem perspectivas para essa luta. (CEFESS, 2011, *online*), quando dispões:

[...] O debate contemporâneo sobre o uso de drogas na realidade brasileira tem profunda relação com o debate sobre a “Questão Social”; daí a sua importância de um posicionamento fundamentado e coerente com o Projeto Profissional do Serviço Social e das respostas formuladas pela sociedade brasileira, à essa prática. (CEFESS 2011, *online*).

Na verdade, o “uso de drogas” é expressão do contexto atual da sociabilidade capitalista, cuja materialidade se expressa na profunda desigualdade social, articulada ao contexto de extrema massificação e alienação nesta sociedade (BRITES, 2006), mediada por valores como consumismo, hedonismo e individualismo. O capitalismo tem o manejo desta indústria de consumo e desta ditadura de comportamentos, dominando o uso e a oferta de drogas como uma mercadoria, coerente com a logística comportamental da reprodução das desigualdades sociais.

Desde a sua gênese os (as) assistentes sociais se deparam com o enfrentamento à “questão das drogas”, uma vez que na época, o (a) assistente social era solicitado:

(...) não pelo seu caráter propriamente técnico especializado, antes basicamente pelas funções de cunho educativo, moralizador e disciplinador profissional da coerção e do consenso”, isto é, operava no controle e moralização dos chamados “problemas sociais” como alcoolismo; práticas “desviantes”, desestruturação familiar e “conflitos sociais” da classe trabalhadora, sobretudo aqueles (as) que não se adaptavam as imposições do Estado e do capital. (IAMAMOTO, 1996, p. 154-5).

Foi a partir do reconhecimento do “significado social” da profissão na sociedade capitalista - situando-a como um dos elementos que participa da reprodução das relações de classes e do relacionamento contraditório entre elas (GUERRA, 2011) que as condições objetivas permitiram que o serviço social pudesse realizar a revisão crítica do seu projeto profissional originário e, portanto, romper com o conservadorismo hegemônico e construir um novo referencial ético-político, teórico e interventivo para a profissão.

A prática profissional e o significado social da profissão têm um caráter essencialmente político, geralmente, travestida de atividades técnicas imediatas e descontínuas, daí porque a prática oscila entre o “fatalismo” e o “messianismo”. É por meio do reconhecimento do caráter contraditório da profissão, isto é, da função de

reprodução do sistema, mas também de possível defesa dos direitos historicamente conquistados pelos trabalhadores que é possível operar com uma margem de manobra “relativa” na direção do projeto ético-político profissional do Serviço Social.

Nesse sentido torna-se fundamento de uma prática profissional crítica, criativa e competente a identificação e a apreensão das contradições, da historicidade e das mediações presentes no solo histórico da profissão: o cotidiano profissional. Essa processualidade que a razão recupera em relação ao movimento real do objeto está condicionada pela dialética da necessidade e da possibilidade, na perspectiva de construção de um possível histórico, diferente das alternativas idealistas engendradas por parte da categoria profissional.

É nessa perspectiva que o Serviço Social tem construído, mesmo que contraditoriamente, formas diferenciadas de respostas profissionais no horizonte do enfrentamento à “questão das drogas”. Neste aspecto, devemos considerar outras determinações que estão colocadas à profissão no contexto contemporâneo para que possamos compreender as contradições presentes. (Guerra, 2011).

Há hoje um avanço do “conservadorismo moralizador” na sociedade brasileira, expresso nas recentes propostas regressivas, de cunho punitivo, no campo dos comportamentos considerados “impróprios” e “desviantes”, mas com “certo” apoio popular, a exemplo disso, está a defesa da redução da maioria penal e da internação compulsória. Estes projetos estão integrados aos projetos políticos em disputa na sociedade brasileira atual que, depois de relativo avanço nas políticas públicas de natureza democrática e inclusiva, tem vivido um momento de tensão protagonizado pela ruptura política ocorrida pelo golpe parlamentar-jurídico-midiático perpetrado contra a Presidenta Dilma Rousseff (2010-2016) no ano de 2016 abrindo espaços para as propostas e atitudes, sociais e governamentais, reacionárias e retrógradas. Tais proposições, que externalizam valores de segmentos da sociedade, são permeáveis à categoria profissional, tanto porque fazem parte das trajetórias anteriores dos sujeitos profissionais antes da formação e do exercício profissional, como se apresentam a partir das demandas institucionais que reclamam uma resposta imediata.

Assim, temos percebido uma adesão por parte da categoria profissional ao discurso “superficial e moralizador” que defendem respostas fáceis e imediatas para questões extremamente complexas em tempos de “barbárie”, de crise do capital e de acirramento das expressões da *questão social* como a violência, a criminalidade e a

“questão das drogas”. São tempos obscuros que requerem nova lucidez, demandam práticas de crítica científica e de resistência política.

Portanto, não é incomum identificarmos colegas participando – não só por conta de uma dimensão objetiva e empregatícia, mas reproduzindo ações, principalmente nas áreas da saúde, da assistência social e do chamado “sócio jurídico”, que remontam à gênese da institucionalização da profissão, ou seja, de controlar não apenas o espaços públicos das pessoas, mas também de levar o controle à esfera do privado, à vida cotidiana, à intimidade das pessoas, de controlar o trabalhador não apenas na esfera da produção, mas no conjunto da sua vida. Portanto, nessa concepção, esse profissional deve estar legitimado pela população, que deve ver o assistente social como solucionador de seus problemas. (MONTAÑO, 2011, p. 62).

No entanto, nossas atribuições e competências – independente da área interventiva - não podem confundir-se com o controle, com a visão policialesca e de imposição aos usuários. Em qualquer área de atuação, não podemos deixar a requisição institucional transformar nossa atribuição criativa de análise e de resposta fundamentada, em agentes de controle e de repressão.

Um grande desafio para compreensão e realização efetiva da ética profissional é que ainda há, no interior da categoria profissional, uma falsa noção de que existe um campo limitado entre escolhas individuais (pessoais) e escolhas profissionais. Portanto, se não tivermos alinhados a partir de uma “escolha política” aos princípios e valores éticos da profissão, podemos de forma alienada e inconsciente, responder às demandas institucionais de forma contrária aos princípios do projeto ético-político e pautarmo-nos apenas na direção da reprodução e de afirmação da ordem.

Mesmo com enormes dificuldades e diante de retrocessos no âmbito da categoria profissional, identificamos um “sujeito coletivo” “remando contra à maré”, isto é, “campos de resistência” no enfrentamento à questão social e, particularmente, a “questão das drogas” com base em princípios éticos e políticos alicerçados nos interesses e na defesa de direitos dos trabalhadores, dos usuários de drogas e das classes historicamente oprimidas.

No seio da categoria profissional, nossas entidades representativas, principalmente, o Conjunto CFESS- CRESS tem problematizado essa questão e tido uma postura protagonista na defesa dos direitos humanos, de crítica ao proibicionismo e de denúncia dos processos de criminalização da pobreza e dos movimentos sociais.

Entre várias as ações empreendidas podemos citar: a realização da Campanha de Gestão “*Sem movimento não há liberdade*” que tematizou sobre as violações de direito e a criminalização da pobreza e aos movimentos sociais; a participação no Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD), posicionando-se criticamente às propostas moralizadoras, higienistas e punitivas da “questão das drogas” como a internação compulsória; a articulação e participação na Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos que reúne entidades e movimentos sociais que lutam por políticas públicas de drogas baseadas nos direitos humanos, no respeito aos princípios do SUS e na coerência com a formulação da Política Nacional de Drogas.

A Frente defende uma política de segurança pública baseada na garantia dos direitos humanos e sociais e não na repressão policial, na superação de propostas de ações higienizadoras e criminalizadoras da pobreza. Posiciona-se contra a atual política de drogas e assume os princípios da Luta Antimanicomial e da Redução de Danos no acolhimento e no tratamento de usuários abusivos de drogas dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Destarte, apesar da “onda” conservadora e moralista na sociedade e, portanto, com incidências no âmbito da categoria profissional, pensamos que este é o espaço de luta e de disputa em defesa dos direitos sociais e humanos da classe trabalhadora, portanto de reafirmação do projeto ético-político. As condições sócio-históricas, políticas e econômicas que radicalizam a “questão social” contemporânea remetem-nos a finalizar este debate não com conclusões, mas com perguntas e tentativas de algumas respostas configuradas como hipóteses, balizadas por meio de análises teórico-metodológicas orientadas pela teoria social crítica.

Diante do debate desenvolvido e da problemática apresentada no decorrer do trabalho de pesquisa e de sua apresentação aqui como monografia de conclusão de curso, ou seja, das transformações contemporâneas empreitadas pelo grande capital incidindo em novas determinações postas à “questão das drogas” e nas mudanças das respostas políticas de um “Estado Social” para um “Estado Penal”, e ainda, de avanço do conservadorismo na sociedade brasileira em relação à “questão das drogas” e, portanto, de permeabilidade de valores antagônicos ao projeto ético-político no interior da categoria profissional, indagamos: *Como o Serviço Social brasileiro se relaciona com a “questão das drogas” na atualidade? Quais os princípios éticos e políticos que fundamentam a ação profissional dos (as) assistentes sociais que trabalham com os (as) usuários de drogas, sobretudo, no campo da saúde, da*

assistência social e do sócio-jurídico? Em relação as entidades representativas da categoria, como estas têm subsidiado o debate no interior da profissão? Quais os seus posicionamentos e ações políticas nesse âmbito? Em quais perspectivas teóricas e políticas estão alicerçadas a produção de conhecimento acerca da “questão das drogas” no Serviço Social? Enfim, quais as perspectivas teóricas, políticas e interventivas que a profissão tem construído como resposta a “questão das drogas” enquanto uma expressão contemporânea da questão social?

Podemos constatar que temos muito mais perguntas do que efetivamente respostas prontas e acabadas. Trata-se de uma determinação do método que adotamos, que consiste em compreender determinado fenômeno ou determinada prática social a partir das contradições de natureza histórica e política e, portanto, as respostas possíveis a estas questões igualmente encontram-se nesta dimensão, pois:

O fatalismo traz uma visão perversa à profissão onde a prática profissional encontra-se submetida a um poder monolítico em que “nada mais resta fazer”; já o messianismo caracteriza-se por um voluntarismo predominantemente, em que o profissional incorpora uma visão heroica e ingênua a partir da visão mágica de transformação social. No fatalismo e no messianismo, a prática social aparece travestida de concepções naturalistas e idealistas da vida social, presentes na trajetória do debate intelectual do pensamento social na modernidade (IAMAMOTO, 2011, p. 115-116).

Somente com a consciência histórica esclarecida e da vontade política determinada poderemos superar essas coordenadas conservadoras que vagueiam entre o fatalismo pessimista e o messianismo ingênuo e idealista.

4.2 O Papel do Assistente Social na Política de Redução de Danos

O Serviço Social é caracterizado como a profissão de intervenção na realidade humana e social. O Assistente social é o profissional que tem em mente o bem-estar coletivo e a integração do indivíduo na sociedade.

O atendimento ao dependente químico pode ser realizado em grupo para que compartilhem seus problemas, seus medos e suas angústias. Ao mesmo tempo em que atua, amplia seus conhecimentos sobre o alcoolismo, criando-se um espaço terapêutico que possibilite a reflexão, o que provavelmente possibilitará a modificação de alguns comportamentos (FELIX, 2009).

O assistente social nos aspectos que dizem respeito ao alcoolismo pode trabalhar como um *orientador* em questões de cunho sociabilizado e de caráter que se integra este indivíduo a sociedade. O profissional de serviço social atuará em diferentes campos onde haja a necessidade do mesmo. No *âmbito familiar* é eficaz a sua presença para orientar os demais participantes dessa comunidade a entenderem o problema, aproximando-os do dependente, que muitas das vezes é rejeitado pela própria família, e também não conhece os tratamentos existentes para o problema do alcoolismo. Cabe, então, ao assistente social a orientação e o encaminhamento do dependente, mas relacionando o tratamento com o apoio familiar, que é tão importante para sua real compreensão e encaminhamento de práticas humanizadoras e inclusivas (CASTRO, 2009).

O papel do assistente social não se remete apenas ao caráter familiar. Algumas empresas contratam assistentes sociais para estabelecer um serviço de assistência social de orientação aos funcionários que possuam envolvimento com álcool. Esse trabalho, direcionado ao público, sobre o alcoolismo que acaba por prejudicar seu desenvolvimento nas atividades dentro da empresa por causa do consumo de álcool, são assistidos de forma a dar possível solução do problema, cabendo ao assistente social o encaminhamento do dependente ao tratamento, e também a orientação da forma de prevenção do problema, como exemplo, a realização de palestras e de debates, quando se trata de caráter preliminar ou preventivo (PINHEIRO, 2004).

Para discorrer sobre o processo de inserção do Assistente Social nesse novo campo de trabalho o da Política de Redução de Danos, é preciso levar em consideração que o exercício profissional não pode ser analisado isoladamente. De acordo com Petry (2005), o entendimento da *competência profissional* perpassa pelas dimensões teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas, incorporando igualmente a um projeto ético-político na busca da qualificação das ações, que irão proporcionar ao usuário um atendimento adequado. São qualidades sociais e metodologias criteriosas de base científica e social.

As contradições, inerentes à questão social, encontram importantes espaços para intervenções do exercício profissional, sendo primordial estabelecer um contínuo repensar dos saberes e das práticas, amparadas nas mudanças sociais constantes. O profissional responsável por transformar a condição de *vulnerabilidade* por parte dos usuários de drogas cria condições para um agir competente, com atitudes críticas, através de posturas investigativas e de compreensão da realidade.

Nessa perspectiva vale destacar a exposição de Petry, 2005 apud Kowalsky (1997), que acrescenta:

É necessário que se invista em profissionais qualificados, que entendam tanto do efeito das drogas no organismo como das suas implicações sociais, pois muitos ainda tendem a se “preocupar” apenas com o aspecto social numa ótica. e na outra; apenas o biológico, e acabam não compreendendo o movimento das drogas no organismo humano. Em um contexto familiar e social de uma maneira totalizante, ressaltamos que todo o profissional deve estar sempre buscando uma compreensão tanto em relação aos aspectos causais no organismo humano, bem como as suas implicações sociais. (PETRY apud KOWALSKY, 1997, p. 24).

Faz-se necessário ao profissional de Serviço Social a atitude de apropriar-se das políticas públicas voltadas aos usuários, além de promover articulações no sentido de ampliar a cobertura dos direitos sociais destinados à sociedade. É necessário atentar para o contexto socioeconômico e político, no processo de efetivação da proposta do manejo da Política específica, bem como para as peculiaridades das comunidades atendidas. Assim, para tratar do âmbito profissional e definir como se dá a atuação do Assistente Social nesse cotidiano, devem-se levar em conta tais peculiaridades, porque nem todos os profissionais desenvolvem exatamente as mesmas atividades, a depender justamente das dinâmicas locais.

As ações do Serviço Social na Política de Redução de Danos devem pautar-se em ações *intersectoriais* a fim de responder efetivamente aos problemas e vulnerabilidade de um determinado território. Dessa forma:

A intersectorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, de forma a garantir um acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses. (JUNQUEIRA 2004, p.27)

Para a CETAD (2011), a *interdisciplinaridade* é a característica que permite que os profissionais transitem por outras disciplinas para somar o seu saber específico ao do outro profissional, para uma intervenção mais eficaz junto ao usuário. As ações profissionais dos Assistentes Sociais diante da intersectorialidade demandam discussões sobre as circunstâncias da política pública no âmbito da Redução de Danos, tendo a necessidade de conhecer e dialogar com a política que está sendo articulada e ainda sobre outras políticas que perpassam no campo de atendimento aos usuários.

As ações que chegam ao Serviço Social através da RAPS não se restringem a demandas pontuais, mas sim, constituem um conjunto de atividades e de necessidades dos usuários e de seus familiares que precisam da articulação com outras políticas sociais, com o intuito de contribuir para organizar o processo de trabalho, sabendo que tais ações foram devidamente sistematizadas e apreendidas para dar conta do projeto de intervenção inicialmente elaborado para a instituição.

O trabalho dos *redutores de danos* (profissionais da saúde que desempenham sua prática profissional norteada pela RD) deve buscar valorizar o saber da população com a qual trabalham, para um planejamento e para a proposição de ações de intervenção, buscando uma discussão coletiva não restrita apenas ao campo das disciplinas especializadas.

Neste modelo “*a oferta principal do assistente social é o atendimento social de modo a facilitar, na medida do possível, a des-exclusão*”. (CETAD 2011 p.64). Cabendo a ele, portanto, refletir com os usuários sobre o seu papel como elemento participativo do contexto social, favorecendo o conhecimento ou reconhecimento de seus direitos enquanto pessoa; desmistificar com os usuários, familiares, comunidade, rede de saúde e social, as representações sociais preconceituosas e excludentes a respeito do uso de substâncias psicoativas e do próprio usuário; estruturar e fortalecer a rede de assistência de serviços de saúde e social, visando favorecer a saúde integral dos usuários de álcool e outras drogas.

Aliado a isto, partindo desta perspectiva Fonseca (2012) apresenta algumas dimensões que podem ser sugeridas como importantes na prática da estratégia de redução de danos, com destaque para o Sigilo ou a garantia plena de privacidade, pois o que for relatado pelos pacientes não deve ser comentado com pessoas da comunidade, nem com seus amigos ou familiares.

A *discussão dos casos* deve ser feita em local apropriado, com as pessoas da equipe, de modo a promover um clima acolhedor, tentando ouvir o que a pessoa está vivenciando e convidando-a falar. A *fala* é muito importante no processo de elaboração/integração das experiências traumáticas. Não esquecer que essa conversa pode ser a primeira em que o paciente/usuário está se dispondo a compartilhar o assunto. Mas não demonstrar ansiedade em saber sobre o ocorrido. Cada um tem seu tempo e o respeito aos limites do outro é regra fundamental! Estar disponível ao outro. Fazer todo o esforço possível, verbal e não verbal, para fazer com

que o outro sinta que você o está entendendo. A outra pessoa deve perceber este interesse em ouvi-la, de modo a criar uma atmosfera de acolhimento.

O objetivo não é definir quem está certo ou errado e sim auxiliar o sujeito neste momento de grande sofrimento. Ser flexível, centrando o *cuidado na pessoa*, o que é diferente de encaixar a pessoa no trabalho, não exigir decisões rápidas. Ter paciência com a caminhada da pessoa e respeitar o que é saúde para ela, dar tempo para querer coisas e fazer combinações diferentes. Caminhar juntos, exercer a função de “espelho”, devolvendo uma imagem, lembrando dos sonhos e dos projetos construídos e divididos no dia a dia, dos quais nem sempre a pessoa está decidida quanto à sua relevância atual; colocar-se nas brechas que a pessoa abre entre ela e a droga (no caso da dependência), minimizando os riscos; reconhecer seus esforços de enfrentamento e de superação, mesmo quando tudo que se pretendia não fora alcançado. Estas atitudes consistem em buscar criar alternativas, em conjunto, com cada pessoa, para os momentos em que sentem que irá vacilar, valorizar sentimentos, dores, potencialidades e não considerar que este é somente um “drogadito”, mas que é um ser humano e esta consideração pode fazer muita diferença. Pudemos constatar tais diferenças no acompanhamento dos alcoolistas do grupo Pé de Pequi.

Quando se diz “fulano é um drogadito”, coloca-se nele um rótulo pesado de se carregar, que acaba por ofuscar muitas outras coisas que constituem essa pessoa. Trata-se de uma estigmatização carregada de preconceito e já envolve uma determinada condenação social. (FONSECA 2012 p.29).

Nesse sentido fica evidente que a efetivação de uma política pública não se dá apenas pela construção de serviços, mas pela garantia da manutenção, com profissionais formados adequadamente para a garantia da assistência integral ao usuário. Essas ações, de acordo com o que Iamamoto (2009) aborda ao definir o que o exercício da profissão exige, portanto, um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e suas atribuições profissionais. Requer ir além das rotinas institucionais para buscar apreender, no movimento da realidade, as tendências e as possibilidades, ali presentes, passíveis de serem apropriadas pelo profissional, desenvolvidas e transformadas em projetos de trabalho.

Diante do que foi posto, o conceito da Redução de Danos traz duplas dimensões, aponta possibilidades mas traz também conflitos sociais e institucionais, pois para utilizá-lo é indispensável reconhecer a limitação do usuário e sustentar a

ideia de que a sua transformação só pode acontecer a partir do seu próprio desejo, sendo o profissional apenas um *facilitador* para tal quando assim for requisitado.

Os principais desafios apontados por Fonseca e Bastos (2005), no enfrentamento da política de RD brasileira incluem: definir as resistências políticas à implantação de políticas de RD; identificar segmentos da sociedade civil que atuam no tratamento da dependência química contrários à RD, ainda que esse diálogo tenha melhorado nos últimos anos; há necessidade de intensificar as discussões com instâncias/instituições que trabalham com o uso de drogas e educação, em interface com outras populações (presidiários, profissionais do sexo, garimpeiros); destacar a baixa cobertura das ações. Por exemplo, apenas 20 dos 62 municípios com maior número de casos de Aids pertencentes à categoria de exposição UDI, contam com projetos de RD (FONSECA E BASTOS, 2005 p. 301).

Existe um campo vasto para estudo nesta temática no que tange à Redução de Danos, mesmo porque este é um tema pouco analisado, que requer mais discussões para a sua efetivação na qual a dimensão teórico-metodológica exige do profissional sua qualificação sobre a realidade social, política, econômica e cultural com intenso rigor teórico e metodológico possibilitando a construção de novas possibilidades profissionais.

Durante a realização desse estudo buscou-se caracterizar, através de análise documental com foco principal em desmitificar a visão da sociedade para com as práticas da política de Redução de Danos desenvolvidas no Brasil, com ênfase nos desafios enfrentados na atuação dos profissionais do Serviço Social a uma política que exige uma formação permanente aos trabalhadores e dos usuários com fins de que estes transponham suas limitações e dificuldades.

Dessa forma foi possível perceber que o Programa de redução de danos caminha ainda em pequenos passos, apesar da eminente discussão sobre o crescente aumento do uso de substâncias psicoativas, como desafio para a política pública, que aponta a fragilidade da rede de serviços do SUS.

De fato, o quadro ora apresentado exige um maior aprimoramento a fim de situar com mais exatidão o fazer profissional do Assistente Social comprometido com a consolidação do Estado democrático de direito, a universalização das políticas públicas, entendendo que sua atuação vem ampliando-se para todos os espaços onde a *questão social* repercute no campo do direito. O CFESS (2009) afirma que o

profissional Assistente Social diante dessas demandas tenha uma formação teórica, técnica, ética e política orientada sempre por uma dimensão Ético-Política.

Descobrimos durante o processo de construção desse estudo, que o alcoolismo não atinge apenas o alcoólico (alcoolista), mas toda a família, perpassa as relações de trabalho e atinge toda a sociedade. A família sendo o grupo mais próximo, é a primeira a sofrer os impactos da doença em todos os sentidos. Porém, os danos causados pela doença são muito sérios quando analisados em sua totalidade, e as consequências são constatadas pelo alto índice de violência e de criminalidade, advindas do estado de embriaguez provocado pelo uso abusivo do álcool.

Assim, o alcoolismo deve ser visto de maneira diferenciada, não apenas como uma patologia psicológica, mas sim, dentro de um contexto social, pois é uma doença que tem repercussões sociais fortes. Esta deve ser a concepção basilar de toda intervenção.

Sendo assim, o Assistente Social é reconhecido como um profissional capacitado para lidar com as demandas sociais, abrangendo tanto questões ligadas à própria sobrevivência, quanto as questões voltadas a valores e comportamentos. Enquanto um *mediador*, deverá estabelecer uma relação entre a sociedade e os alcoólicos, que foi rompida devido ao problema do alcoolismo, que acaba deixando à margem da sociedade esse indivíduo, atuando sempre para promover a sua reintegração.

Além desta mediação, o assistente social deve buscar transformar seu cotidiano em uma *prática investigativa*, propondo mudanças que busquem a avaliação das políticas sociais, desenvolvendo estratégias que contemplem a elaboração de projetos e de programas de diagnóstico, prevenção e tratamento do alcoolismo.

Dentro dessa lógica se faz necessário uma formação qualificada e continuada desse profissional para atender, cada vez mais, e melhor, a população que sofre com esse mal da sociedade moderna e que, como temos expressado pelos números destacados em estudos de forma geral, demonstra um problema social que está longe de ter seu fim.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Beber inicia num ato de liberdade, caminha para o hábito, e, finalmente, afunda na necessidade. (Benjamin Rush)

Ao finalizar um estudo e efetuar a exposição dessa trajetória precisamos apontar algumas considerações finais, como praxe da prática investigativa, mas estamos muito longe de considera-las como conclusivas. Como se pode ponderar, depois deste longo caminho, é muito complexo o fenômeno da Drogadição e de seus condicionantes. As derivações da violência e sua articulação com as drogas amplia ainda mais esse cenário exigindo que seja tratado com novos instrumentos, conhecimentos e ações que ultrapassem a mera representação ou o moralismo simplista. As ações produzidas visando à prevenção precisam ser elaboradas incluindo as comunidades e suas instituições, os diversos setores públicos (Educação, Saúde e Justiça), nos espaços ocupacionais (equipes interdisciplinares), nas empresas e nos meios de comunicação de massa (OSAP, 1991).

Posturas, habilidades e alternativas de lazer podem ser categorias trabalhadas em ações de prevenção. Tais ações devem ser elaboradas levando-se em conta o contexto a que se destinam e questões fundamentais como; o grupo etário, gênero, características individuais, situação social, tipo de comunidade e participação em grupos específicos. Uma atitude de 'escuta', aberta às vivências dos grupos e apoiada numa perspectiva pedagógica centrada no respeito e atenta às peculiaridades socioculturais são elementos muito importantes.

Sem dúvida, as ações de prevenção ao abuso de drogas só alcançarão real efetividade se houver um investimento significativo e de qualidade na educação básica, na melhoria das condições de vida, na oferta de emprego sobretudo para jovens de comunidades mais pobres, no reforço cultural de valores que desfavoreçam a drogadição abusiva e na valorização do diálogo e do apoio familiar. São respostas estruturais que poderão fazer avançar o domínio racional as causas e superá-las.

A perspectiva de atuação, seja apoiada na visão de redução de danos, seja na abordagem da prevenção primária (MS, 1997), precisa ser respaldada pelo debate entre cientistas sociais e cientistas naturais, entre organizações não governamentais e representantes das secretarias e das coordenações de programas de saúde e de outros setores da ação pública, ultrapassando preceitos normativistas da conduta dos

indivíduos e preconceitos sociais. Não há como tratar de maneira isolada este complexo fenômeno da prática social.

Por outro lado, programas de apoio e de tratamento àqueles já dependentes devem ser incentivados, disseminados, descentralizados e tecnicamente apoiados pela Saúde Pública e por outras áreas competentes. Tais projetos precisam estar apoiados numa perspectiva de respeito à identidade e cidadania do usuário/paciente. O atendimento a estes usuários dependentes não pode deixar de lado seus direitos como pessoa e como sujeito. Entende-se que programas de apoio seriam mais eficazes se acompanhados de trabalho social visando mudar as relações entre usuários dependentes, sua família e comunidade.

É preciso, principalmente, pensar e repensar social e politicamente toda a rede de negócios que faz das drogas um assunto criminoso, como um dos maiores fatores hoje, de incremento da violência social. Trata-se da necessidade de compreender a dinâmica das drogas como uma forma de consumo e uma indústria do capital.

O desafio para a saúde pública, que hoje se preocupa tanto com o uso abusivo de drogas, quanto com a violência, como fatores de risco para a qualidade de vida, é conseguir um quadro referencial para a reflexão e para a ação que inclua ao mesmo tempo o individual, o social e o ecológico. Em geral, todos acreditam ter controle sobre os próprios *goles*, sem se dar conta que não conseguem parar por conta própria.

Os médicos não sabem afirmar com exatidão as causas do alcoolismo, nem porque algumas pessoas bebem e se tornam alcoólatras, enquanto o mesmo não acontece com outras. Ainda assim, especialistas no assunto acreditam que o alcoolismo pode ser passado entre gerações e, portanto, tem uma explicação *genética*. São considerações que demandam maior pesquisa e aprofundamento. Acredita-se também que aspectos *culturais* interfiram no aparecimento do problema. Fazer parte de um grupo no qual as pessoas bebem muito ou então ter problemas psicológicos pode aumentar as chances de desenvolver o alcoolismo.

Ao final de nossa monografia buscaremos enfatizar as seguintes disposições e horizontes:

O Brasil tem leis ineficazes –(PNAD), mas conta com pouca fiscalização e difícil diagnóstico de dependentes. Este é um ponto inicial que precisa ser assumido e superado. A Comissão Parlamentar de Inquéritos-(CPI) tem investigado a suposta omissão do poder público, pois em face desse giro conservador do Brasil, o modelo brasileiro de prevenção e de tratamento do alcoolismo está na berlinda. Acrescenta-

se a este cenário as falhas na aplicação da lei que restringe a venda de bebidas a adolescentes e as dificuldades para fazer o diagnóstico precoce em dependentes. Estas são barreiras a serem vencidas para contornar o problema em um país onde 45% da população ingere 80% do álcool consumido, segundo estudo da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

O quadro preocupante levou um deputado a propor uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar a suposta omissão do poder público no combate ao alcoolismo. A proposta de criação da CPI, do deputado federal Vanderlei Macris (PSDB-SP), teve 193 assinaturas, 23 a mais do que o necessário e aguarda a decisão do presidente da Câmara dos Deputados, Marco Maia (PT), para ser instalada. As CPIs têm o poder de agir de forma investigativa e apontar supostos modelos de superação. O deputado optou por uma CPI para aprofundar o assunto e propor políticas públicas mais eficientes e determinadas sobre o tema.

As políticas públicas, programas e órgãos, na União, dos estados e dos municípios, incluindo o Judiciário e o Ministério Público, estão desarticulados, pulverizados e não formam redes eficientes e integradas, essenciais tanto à prevenção e repressão quanto ao tratamento e reinserção social. Essa opinião foi unânime entre senadores e especialistas ouvidos na subcomissão sobre dependentes químicos, da Comissão de Assuntos Sociais (CAS).

A presente pesquisa despertou o interesse da SEMAS- Secretaria Municipal da Assistência Social do Município de Lajeado-TO, através do secretário Sr. Caio Gomes, o qual nos contactou através de e-mail, manifestando interesse em conhecer sua trajetória. Resultou ainda na construção do grupo Redução de Danos-RD na cidade, uma *tecnologia cuidadora* em formato de grupo que contempla a especificidade do cuidado do usuário de álcool e outras drogas; prática essa, participativa, compartilhada, dialogada, construída com os sujeitos do cuidado.

Quanto ao grupo que acompanhamos, pudemos constatar os diferentes modos de relacionar-se com a droga. Construiu-se com esses sujeitos usuários de álcool, sobreviventes na praça “o pé de pequi”, condições de superação de obstáculos, de esquemas, criando estratégias e ações de proteção e de autocuidado, pensados e trazidos pelos mesmos, fundamentais para o exercício da cidadania.

Acreditamos que o alcoolismo seja uma das maiores expressões da questão Social; por acabar desencadeando outras. Concluiu-se também que compete aos profissionais Assistentes Sociais estreitar vínculos de confiança com os usuários

compulsivos(alcoolistas), em especial os que se encontram em situação de “Morador de rua” expostos às situações de risco e fragilidade social. Assim, observa-se a necessidade do cumprimento das políticas existentes e ampliação do escopo de intervenções para essas e outras populações.

Frente a grande problemática que está relacionada ao uso abusivo e nocivo de drogas, vê-se a necessidade de uma articulação com a rede de saúde para que as políticas de prevenção ao uso de drogas sejam efetivadas. Para tanto, faz-se necessário a reorientação do modelo de atenção à saúde no contexto do abuso do álcool, por meio da estruturação e fortalecimento da rede pública de saúde, como também do esforço conjunto.

Enfim, pudemos integrar as referências teóricas que nos foram apresentados no Curso de Serviço Social da UFT – Campus de Miracema do Tocantins, com as práticas, analisadas e questionados, sobre o fenômeno do Alcoolismo e de suas causas e disposições. Esta integração da práxis (teoria e prática) foi o ponto central e orgânico de nosso Estágio junto ao grupo de Alcoolistas do Pé de Pequi, que acompanhamos e observamos, criteriosamente orientados pelos docentes responsáveis, e ainda sempre plenamente integrados aos órgãos de acompanhamento e de responsabilização social da cidade de Lajeado TO.

Nosso impulso, no sentido de conquistar as condições de formação unilateral para atuarmos como Assistentes Sociais, de maneira crítica, competente, humanizadora e coletiva deu-se sempre na direção de nada considerar como impossível, como pronto ou determinado, mas sim de buscar entender todas as causas que levam ou provocam o sofrimento, socialmente produzido e que, pela mesma razão de sua produção, pode ser socialmente superado.

Este pequeno trecho de um poema de Brecht nos motiva e nos inspira:

Não aceites o habitual como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar. Bertold Brecht.

Este é o sentimento e a premissa política que se expressa ao final de nosso trabalho investigativo e ao fim dessa exposição protocolar, a sensação do dever cumprido, a vontade de buscar transformar as causas e sintomas da sociedade, sejam com relação ao Alcoolismo, que foi o tema de nosso estudo, seja ainda com as

questões estruturais de desigualdade, de injustiças e de desumanização que ainda são vigorosas em nossa sociedade. Vivemos para buscar superar tais condições.

REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. **Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Contexto do Centro de Atenção Psicossocial – CAPSad**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

ANGERAMI, V. A. –Desespero e Flagelo Humano: Parêrnias da Cracolândia. Publicações e Palestras. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/2002, Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos**. Rio de Janeiro: Aborda, 2003.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva e Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Nacional DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Imprensa Oficial, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Imprensa Oficial, 2003.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva e Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Nacional DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Imprensa Oficial, 2003.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva e Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Nacional DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Imprensa Oficial, 2015.

_____. **Código de Ética do Assistente social Lei 8662/93 de regulamentação da profissão**. 3º edição, Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1997.

_____. **Código de Ética dos Profissionais de Serviço Social. Brasília, 13 de março de 1993**. Brasília: Diário Oficial da União N 60, de 30.03.93, Seção I, páginas 4004 a 4007 e alterado pela Resolução CFESS n.º 290, publicada no Diário Oficial da União de 11.02.94, Brasília, 1994.

_____. **CEFESS. Resoluções de 2009-2012.** Disponível em <
http://www.cefess.org.br/arquivos/atribuicoes_2012-completo.pdf – Acessado em 29
 de Agosto de 2019.

_____. Ministério da Saúde. CID10 (1993) **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10:** Revista Brasileira de Psiquiatria: Vol.21 n°2. *Diretrizes, diagnósticos de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários- Organização Mundial da Saúde-1998:* Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Santa Casa de São Paulo. São Paulo: 1998.

_____. **CONAD- Resolução nº03, 27 de outubro de 2005.** -Conselho Nacional Antidrogas. Brasília: Imprensa Oficial, 2005.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil,** Brasília: Imprensa Oficial, 1988 et Texto constituição promulgado em 5 de outubro 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constituição de revisão nº 1 a 6/94, - Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Eleições Técnicas, 2002.

_____. **Decreto no 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências.** Brasília: *Diário Oficial da União, Imprensa Oficial,* 2007.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Diário Oficial da União, Imprensa Oficial, 2011.

_____. Ministério da Justiça (MJ). **Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD). Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas.** Brasília: MJ; 2010. 34 Internacional de Redução de Danos (IHRA). “Briefing: O que é Redução de Danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA)” [Internet]. Londres; 2010. [Cited 2016 Jul 27]. Available from: www.ihra.net. Acessado em 11 de Outubro de 2019.

_____. Ministério da Justiça. **LEI nº 10.216/2003, PAIUAD, Lei nº 10.216.** http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 04/02/2018.

_____. **Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Diário Oficial da União, Brasília: Imprensa Oficial, 2001.

_____. LEI 11343/2006. **SISNAD- Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas**. Brasil. Presidência da República. Brasília, 2006.

_____. Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências**. Brasília: *Diário Oficial da União, Imprensa Oficial*, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **PAIUAD- 2005- Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool. MINISTÉRIO da SAÚDE, 1994, 1997,2004 redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências**.

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2. ed. rev., ampl. 2004.

_____. IBGE- **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**.
<http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=297868> (atualizado em 12/09/2016).

BOCK, A. M. et alii. **PSICOLOGIA- Uma introdução ao estudo da psicologia**. Faculdade de psicologia. Editora Saraiva, São Paulo. São Paulo, 2002.
 BRECHET, B. – **Reflexões brechetianas** – Vermelho.org.br. Universidade de Munique. Alemanha. 1922.

BRITES, Cristina, M. **Ética e uso de drogas – uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde e redução de danos**. Tese de doutorado. Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2006.

BRUNELLI, G. V. MARCELINO, e H.A.L.F.ROMERA, G. V. **Laser, juventude e álcool- uma análise das promoções e eventos dirigidos ao público jovem**. Revista Licere. São Paulo. 2013.
 CAVALCANTE, M. B.P.T. ALVES, M. D. S. e BARROSO, M. G. T.-**Adolescência, álcool e drogas- uma revisão na perspectiva da promoção da saúde**. Escola Anna Nery. Revista de enfermagem. São Paulo, 2004.

CALDEIRA, Z.F.- **Juventude e a droga-** uma i (intervenção sob a perspectiva da psicologia social. Tese(20). Artigos relacionados(20), PePsIC- Portal eletrônico de periódicos de Psicologia, biblioteca virtual de saúde, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1999.

CASTRO, D.A.- **Redução de Danos no cuidado ao usuário de drogas. Estratégias de cuidados com as populações vulneráveis.** Santo André: Portal eletrônico Santo André. São Paulo.2009. .

CHAVES, Marco Antônio. **Projeto de Pesquisa.** Guia prático para monografia. Wake Editora, Rio de Janeiro: 2007.

DUARTE, L. G. O. **Promoção de Saúde:** Cartilha do álcool e Políticas Públicas do Álcool no Brasil: SENAD: Teses e citações: 2010.
ELSNER, V. R. PAVAN, F. e GUEDES: **Ignorar ou atuar. Revista Brasileira de Ciências do envelhecimento humano. 2007.**

FELIX, J. R. M. **Expressão da coo dependência em famílias de dependentes químicos.do usuário de drogas na perspectiva da dependência:** Mestrado em Psicologia social. Representação social. Artigo acadêmico, seminário nacional. João Pessoa: 2009.

FOUQUEALT, Michel P. **Da psicologia a questão da morte do homem.** Entrevista de Fouquealt a Alain Badiou. Artigo, portal eletrônico. 2016.

FONSECA, Cícero J. B. – **Clínica com possibilidade de destino: Por uma perspectiva ética, estética e Política.** Tese de mestrado em psicologia. Revista CESMAC. Universidade Católica de Pernambuco: 2012.

FONSECA, Elize M. E BASTOS, Francisco I.- **Redução de Danos: Análise das concepções que orienta as práticas no Brasil. Tese de doutorado –** Portal eletrônico. Sã Paulo. 2005.

GAMBOA, Silvio. **Projetos de Pesquisa, fundamentos lógicos: a dialética entre perguntas e respostas.** Chapecó: Argos Editora, 2013.
GUERRA, Iolanda. **A instrumentalidade do serviço social.** 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

GFROERER, M. C. A. et al 2003, apud PILLON, Sandra, C. –**Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas.** Artigos e materiais de revistas científicas relacionados- Links PePsic. Bvsalvd.org. - www. Scielo.br. Biblioteca digital- Universidade de São Paulo. São Paulo. 2010.

HUSS, M. - **Os usuários bebedores problemas e dependentes de álcool.** Apud RAMOS, L. H. –**Alcoolismo: distúrbios relacionados ao álcool em um setor de urgência psiquiátrica.** Cadernos de Saúde Pública. Universidade de Ribeirão Preto. São Paulo. 1990.

IAMAMOTO, V. M. **Os espaços ocupacionais do Assistente Social.** Artigos: pt.m.wikipedia. Faculdade de Brasília. 1996.
_____. **Renovação e conservadorismo no serviço social.** 11º ed. São Paulo: Cortez: 2011.

JUNQUEIRA, Luciano A. P.- **Intersetorialidade nas Políticas Sociais e Públicas.** Seminário Nacional-Mestrado. Universidade de Santa Catarina. - UNISC-SC. 2004.

KINOSHITA, R.- **Perspectivas Inovadoras em Saúde Mental.** Universidade de São Paulo. Doutorado em Saúde Coletiva (. São Paulo.2011.

LARANJEIRA, Ramos, R.- **Política nacional contra drogas: Uma análise sobre as Políticas Públicas para prevenção e combate ao alcoolismo no Brasil.** UNIFESP. São Paulo.2011.

LILLACS e SCIELO, biblioteca virtual em Saúde e SIAB- sistema de atenção básica

LIMA, Elize. **As drogas na sociedade: As principais drogas de abuso: lícitas e ilícitas.** Universidade Federal de Minas Gerais. Revista Brasileira de psiquiatria. Belo Horizonte. 1997.

MARINHEIRO, A. L. V., VIEIRA, E. M. e SOUZA, L.- **Prevalência contra a mulher usuária do Serviço de Saúde.** Revista Multidisciplinar de psicologia. Revista de saúde pública,40. Rio de Janeiro. RJ. 2006.

MASUR, J.- **A questão do alcoolismo.** Editora Brasiliense. São Paulo. 1994.

MINAYO, Cecília, M. S.- **A violência na adolescência: Um problema de Saúde Pública.** Caderno de saúde pública. Rio de Janeiro.1990. 1994.

MONTÃO, C.- **As transformações do espaço Sócio ocupacional: onde intervêm o Assistente Social.** UNIFESP-Universidade Federal de São Paulo. São Paulo.20011.

OSAP. – **Biblioteca Virtual de teses e dissertações da USP.** Universidade de São Paulo. São Paulo. 1990.

PETRY, Eliane, M. – **A prática do Assistente Social no tratamento e recuperação de dependentes.** UFSC- Universidade Federal de São Carlos. São Carlos. São Paulo. 2005. Apud KOVALSKY, Elis, R. 1997.

PINHEIRO, P. - **Problemas na vida social relacionados ao consumo do álcool.** BDM- UnB. Brasília. 2004.

PNSKY, I. **Publicidade de bebidas alcólicas e os jovens.** FAPESP. São Paulo. 2009.

PILLON, S. C. et al. – **Perfil dos idosos atendidos em um CAPSad.** Escola Anna Nery. Revista de enfermagem. São Paulo. 2010.

PSMN, POLÍTICA NACIONAL de SAÚDE MENTAL- **Lei nº 10216/2001.** Brasil.
PND, POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS- **Lei nº11.143/2005.** Brasil.

PONCE, J. C.et alii. -**Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo,** Revista em Psiquiatria clínica. São Paulo. 2008.

PULCHERIO, G. - **Álcool, Outras Drogas e Informação: O que cada profissional precisa saber.** - Amazon.com.br. Senado Federal de Brasília. Brasília. 2011.

RAMOS, S. P. -**Alcoolismo hoje.** Artes médicas. Porto Alegre. UFPB- 1990.

ROMERA, L.A. e MARCELINO, C.- **Laser, juventude e álcool. Uma análise das promoções e eventos dirigidos ao público jovem.** Revista Licere. São Paulo. 2013.

RUSH, B. – **Alcoolismo: Clínica de Psiquiatria ÚNICA.** Estados Unidos.1790.

SILVA, André Luiz Augusto & GROSS, Léia Lediane. **Serviço Social e Direito: um debate sobre liberdade**. Curitiba: Appris Editora, 2019.

SANTA CATARINA - (SC -Secretaria de Saúde)

http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/caps_tipo_prof.htm. Acesso em 08/02/2018.

SÃO PAULO, Universidade de São Paulo (USP). **CETAD, Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas**. Extensão Permanente do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

SOLLERO, L.- **A questão das drogas e o Serviço Social. – Jornada de Políticas Públicas**. Editora: Agir. 1979.

XAVIER, D. S. – **A droga no Brasil não é causa, e sim consequência**. Medicina Psiquiátrica da UNIFESP: Editora da Unifesp, São Paulo. 2009.