

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**O PANORAMA DAS DROGAS NA PERCEPÇÃO DAS FAMÍLIAS
ACOMPANHADAS E DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA
DE ORIENTAÇÃO E APOIO SÓCIO FAMILIAR – POASF.**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 12,02,04

TAÍS COELHO DA SILVA



Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

Florianópolis, 2003/2.

TAÍS COELHO DA SILVA

**O PANORAMA DAS DROGAS NA PERCEPÇÃO DAS FAMÍLIAS
ACOMPANHADAS E DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA DE
ORIENTAÇÃO E APOIO SÓCIO FAMILIAR – POASF.**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Serviço Social da Universidade
Federal de Santa Catarina como
requisito para a obtenção do
título de Assistente Social.**

**Orientadora: Waldirene Vieira
Gomes.**

**Florianópolis
2003/2**

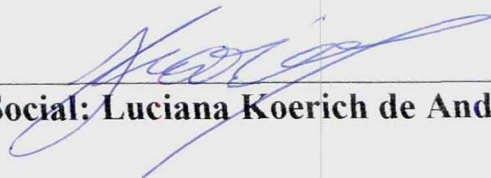
TAÍS COELHO DA SILVA

**O PANORAMA DAS DROGAS NA PERCEPÇÃO DAS FAMÍLIAS
ACOMPANHADAS E DO PROFISSIONAIS DO PROGRAMA DE
ORIENTAÇÃO E APOIO SÓCIO FAMILIAR – POASF.**

**Trabalho de conclusão de curso, aprovado como requisito parcial para a
obtenção do título de Bacharel no Curso de Serviço Social, do
Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio Econômico, da
Universidade Federal de Santa Catarina.**



Orientadora: Waldirene Vieira Gomes



Assistente Social: Luciana Koerich de Andrade Xavier



Psicóloga: Wanderléa Maria Machado

Florianópolis, fevereiro de 2003/2.

Agradecimentos

A Deus, que diariamente demonstra através das suas criaturas os valores legítimos do coração permitindo-nos canalizar novas sabedorias...

Ao meu pai, que embora não esteja mais entre nós, pois seu exemplo de homem e bondade conduz o meu caminho...

À minha mãe, por seu infinito e incondicional amor, que confiou em mim e me proporcionou condições de chegar até aqui....

À minha irmã, que confiou e acreditou em mim, mesmo quando eu não acreditava...

Ao meu companheiro, Valmir, que sempre acreditou nos meus sonhos, e não mediu esforços para me ajudar a realizá-los...

Aos professores da Universidade Federal de Santa Catarina, que contribuíram para a minha formação acadêmica...

Agradeço em especial à Prof. Waldirene, pelo seu otimismo, alegria e sabedoria com que conduziu todo o processo de orientação.

A todos os profissionais do Programa de Orientação e Apoio Sócio Familiar do município de Florianópolis, que com profissionalismo e comprometimento ensinaram-me muito da profissão e principalmente me permitiram descobrir em mim qualidades que eu própria desconhecia. Em especial a colega Sheila, pela sua amizade.

A minha Supervisora de Campo Luciana K. de Andrade Xavier, por tudo que me ensinou, pelas oportunidades proporcionadas, compreensão, paciência e sabedoria na transmissão de conhecimentos, onde aprendi a grandeza que existe no trabalho com famílias.

As famílias acompanhadas no Programa, com quem tive a oportunidade de conhecer realidades e necessidades gritantes.

RESUMO

O uso indevido de drogas por adolescentes e os múltiplos fatores decorrentes e que originam este problema se constitui como objeto de estudo deste trabalho. Possibilitando identificar os elementos utilizados pelas famílias e pelos profissionais do Programa de Orientação e Apoio Sócio Familiar (POASF) do município de Florianópolis/SC, na redução da demanda por drogas; e mapear a rede de serviços assistenciais para atender essa demanda específica. Atualmente, as conseqüências adversas geradas pelas drogas são consideradas um problema social e de saúde pública, afetando diretamente a dinâmica familiar e exigindo dos profissionais um conhecimento amplo sobre a questão. Para obter os resultados que respondessem aos objetivos propostos, utilizou-se o método qualitativo de pesquisa, a coleta de dados foi através de entrevista e questionário com perguntas abertas aplicadas as famílias e aos profissionais que prestam serviços sociais a essas. Os resultados obtidos revelam que as famílias buscam recursos na rede familiar e comunitária como forma de contribuir para o não uso de drogas pelo adolescente e caso não obtenha ajuda recorrem aos profissionais e serviços especializados. Os profissionais buscam primeiramente na família e no próprio adolescente formas de enfrentamento da questão, bem como nos grupos de ajuda-mútua e em situação de risco recorrem aos locais de tratamento e recuperação em regime de internação. O assunto drogas faz parte do cotidiano familiar devido à conjuntura em que vivem estas famílias, tornando-se uma passagem normal entre a infância e a vida adulta.

Palavras Chaves: Famílias, Adolescente, Drogas e POASF.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Demandas Identificadas pelos Profissionais em Agosto/2003	50
Gráfico 02 – Demandas Identificadas pelos profissionais em Nov./2003	53
Gráfico 03 – Responsável pela Família	54
Gráfico 04 – Procedências das Famílias	54
Gráfico 05 – Endereço das Famílias	55
Gráfico 06 – Provedor	57
Gráfico 07 – Mercado de Trabalho	57
Gráfico 08 – Tipos de Ocupação	57
Gráfico 09 – Casa	58
Gráfico 10 – Uso de Drogas na Família	59

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
1. AS DROGAS E A HUMANIDADE	07
1.1 Resgate Histórico sobre o uso de drogas pela humanidade	11
1.2 O Comércio das drogas	19
1.3 As drogas no Brasil	22
1.3.1 As drogas no Brasil de hoje: estatísticas da realidade	26
1.4 O século XIX ao século XX: A Legislação no Brasil	33
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO E APOIO SÓCIO-FAMILIAR – POASF	43
2.1 Entendendo o momento: olhando o passado para entender o presente e projetar o futuro	43
2.2 Apresentação do Programa de Orientação e Apoio Sócio Familiar	45
2.2.1 Descrição e Análise da relação entre a questão das drogas e as ações profissionais	48
2.3 Perfil das famílias acompanhadas pelo Programa de Orientação e Apoio Sócio Familiar em 2003, que vivenciam o uso de drogas	52
2.4 O uso de drogas e suas definições	60
2.5 Prevenção, Tratamento e Recuperação	64
3. FAMÍLIAS, POASF E DROGAS	
3.1 Apresentação do Projeto de Pesquisa e os procedimentos metodológicos adotados para a investigação	72
3.2 Análise e interpretação dos dados coletados na Pesquisa	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
ANEXO A – Organograma da SHTDS	93
ANEXO B – Fluxograma do POASF	94
ANEXO C – Formulário referente ao Perfil Familiar	95
ANEXO D – Questionário Profissionais	96
ANEXO E – Questionário Famílias	97

INTRODUÇÃO

É preciso dizer que o uso de drogas não é fato novo e sua discussão sobre os problemas que envolvem tal consumo também não é recente, de acordo com os estudos bibliográficos que constam nesse trabalho, o uso de drogas teve início antes mesmo da era cristã, as Leis também denunciam que a repressão ao uso foi fato de destaque em um dos primeiros Códigos Penais, o Código Imperial de 1830. As drogas como o álcool, o ópio e plantas alucinógenas vêm sendo utilizadas há séculos, como veremos neste trabalho, por diferentes sociedades, rituais religiosos e em tratamentos medicinais.

Conceituá-las não é tarefa fácil e exige não só conhecimentos científicos, médicos ou jurídicos, mas principalmente societários.

Ou seja, a droga não deve ser entendida simplesmente como um entorpecente, um componente químico que produz sensações específicas no corpo biológico, mas como um recurso mediador, ou seja, um artifício por meio do qual se satisfaz uma necessidade psíquica e social. (HYGINO E GARCIA, 2003, p.33)

A Organização Mundial de Saúde (2003), definiu droga “como toda e qualquer substância que introduzida num organismo vivo, seja capaz de modificar funções fisiológicas ou comportamentais”. Neste contexto, temos drogas classificadas como depressoras, estimulantes e perturbadoras do Sistema Nervoso Central. Tal conceito, aborda seus efeitos na dimensão do impacto físico e mental, dando ênfase a questão como um problema de saúde pública, fato que, deve se considerado devido a elevação do número de casos de doenças graves como o Vírus HIV e as infecções causadas pelos vírus B-HBV e C-HCV da hepatite, em decorrência do compartilhamento de seringas por usuários de drogas injetáveis.

Entre 1986 e 1999, a proporção de usuários de drogas injetáveis, no total de casos de AIDS notificados ao Ministério da Saúde, cresceu de 4,1% para 21,7%. Sendo que nos anos de 1990, esse percentual chegou a 25%.

Embora as estatísticas tenham revelado que a iniciação do indivíduo no uso de drogas tem sido cada vez mais precoce, situando-se entre 09 e 14 anos, não são as drogas ilícitas que se destacam nesse consumo, mas drogas como o álcool e tabaco, legalmente consumidas e socialmente aceitas.

Entretanto, novos paradigmas de discussão sobre o uso indevido de drogas estão se oficializando em decorrência da implantação da Política Nacional Antidrogas, mudança ocorrida devido à ineficácia das estratégias até então utilizadas como medidas preventivas.

O uso indevido de drogas, tem sido analisado por especialistas não como o causador de todos os males, mas como um problema que vem denunciar problemáticas de ordem maior, expressão da profunda crise moderna, do consumismo exacerbado, que impõe valores de uma vida baseada no “ter” sobrepondo-se ao “ser”.

Na ausência de padrões éticos que deveriam nortear a vida em sociedade, novas alternativas para a superação das contradições cotidianas ganham espaço, com isso o consumo de drogas torna-se um recurso importante na medida em que significa o compartilhamento das problemáticas comuns a determinadas classes sociais, permitindo assim, uma identificação grupal, impondo as drogas, um papel socializador.

O interesse de pesquisar a temática em pauta, surgiu no decorrer da prática de estágio em Serviço Social, realizado no Programa de Orientação e Apoio Sócio Familiar (POASF) do município de Florianópolis/SC, que realiza um trabalho de acompanhamento das famílias encaminhadas pelos Conselhos Tutelares – setor ilha e continente e pelo Juizado da Infância e Juventude. As famílias para o POASF caracterizam-se “como um grupo de pessoas, parentes

ou não que tem sob a sua responsabilidade o cuidado e proteção de crianças e adolescentes”. A maioria dessas famílias encontra-se em situação de vulnerabilidade social por vivenciarem momentos de crises múltiplas, e em decorrência disso, sofrem diretamente a intervenção do Estado, tanto no que tange a assistência para o suprimento das necessidades básicas, como no que se refere a proteção das crianças e adolescentes.

O Programa de Orientação e Apoio Sócio Familiar, buscando obter um conhecimento mais aprofundado das problemáticas que comprometem a dinâmica familiar, elaborou um formulário onde a cada seis (06) meses são levantados dados estatísticos das famílias em atendimento, objetivando traçar um perfil familiar e as principais demandas identificadas pelo profissional, que servem de base para o planejamento da ação profissional e para o possível auxílio na elaboração de políticas públicas municipais.

Nessas demandas evidencia-se a situação de carência sócio-econômica, ligada diretamente ao desemprego, baixo nível de escolaridade, as condições habitacionais e outras, destacando-se também, a dependência química, aqui entendida como o uso, abuso e dependência propriamente dita.

Ressalta-se que em sociedades deficientemente estruturadas, com condições desumanas de trabalho, desemprego, condições inadequadas de habitação e perversão política, produz um efeito negativo sobre seus membros, principalmente os menos amparados, que podem ter, nas drogas, um recurso mágico, embora ilusório e temporário, de transcendência das dificuldades enfrentadas diariamente.

Outra razão para abordar o assunto, consiste em colaborar para a ampliação das informações e possibilitar aos profissionais e interessados novas formas de enfrentamento dessa questão, através do conhecimento. Não se pretende abordar os efeitos das drogas sobre o organismo humano, nem tampouco, classificá-las de acordo com suas reações e suas

conseqüências, mas sim desmistificar alguns conceitos existentes em relação ao uso de drogas, como a ajuizamento moral que condena o usuário sem considerar o contexto no qual o mesmo está inserido, e os interesses econômicos e políticos que movem o mundo das drogas.

Os objetivos que nortearam tal pesquisa, foram de coletar subsídios para auxiliar na identificação dos elementos utilizados pelas famílias que possuem membros usuários de drogas e pelo Programa na redução da demanda do uso indevido de drogas, que segundo os pressupostos básicos da Política Nacional Antidrogas (2002) consiste em ações e programas de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social. O outro objetivo, é mapear a rede social dos serviços disponíveis para essa demanda.

No Primeiro Capítulo abordamos a história do uso de drogas pela humanidade, desde as eras mais remotas até os dias atuais; as estatísticas que traduzem a realidade; o comércio e interesses que sustentam as drogas e as Leis que subsidiam, reprimem ou facilitam a manutenção dessa questão, dependendo obviamente do nível de entendimento de cada um de nós.

O Segundo Capítulo, apresentamos o campo de estágio que me possibilitou tal percepção e aprendizado sobre essa realidade que afeta nossa sociedade; a caracterização das famílias que possuem usuários de drogas; as definições quanto ao uso de drogas e as estratégias de prevenção, tratamento e recuperação nas três esferas governamentais.

Ao Terceiro Capítulo, cabe-nos a descrição e análise da pesquisa, esfera onde todas as questões abordadas nos capítulos anteriores se fazem presentes, as políticas públicas se concretizam e a rede de serviços se mostra para atender a essa demanda carecida de atenção e efetividade da medida de proteção.

Nas Considerações Finais apontamos algumas conclusões que não pretendem esgotar o assunto, mas, corroborar para estudos posteriores sobre a temática pesquisada.

1. AS DROGAS E A HUMANIDADE

1.1 Resgate histórico do uso de drogas pela humanidade

As bibliografias estudadas referente ao tema das drogas, nos revelam que o consumo dessas substâncias pelo homem acompanha a história da humanidade, obviamente sem um grau de comprometimento como os tempos atuais, mas em grande escala. Hoje, vivenciamos uma expansão veloz, comercial e devastadora das drogas onde o seu consumo inicia-se cada vez mais nas fases da infância e adolescência, comprometendo toda uma geração e causando danos muitas vezes irreparáveis, ao próprio usuário e sua família, como à sociedade. “Um fator agravante é a tendência mundial sinalizadora de que a iniciação do indivíduo no uso indevido de drogas tem sido cada vez mais precoce e com utilização de drogas mais pesadas.¹”

No entanto, percebe-se que há um enfoque mais repressivo quanto ao uso indevido de drogas ilícitas, pelo fato de serem associadas ao tráfico ilegal de drogas e sua conexão a criminalidade e violência urbana.

Para entendermos melhor essa questão precisamos nos reportar à história das drogas e o seu uso milenar pela humanidade, não pretendemos aprofundar estudos sobre as drogas lícitas, já que essas não fazem parte desse estudo, embora mereçam destaque, um breve resgate será feito apenas para ilustrar a longa trajetória das substâncias psicotrópicas com o passar dos milênios.

¹ Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. Política Nacional Antidrogas,. D. O. U. n° 165. 2002.

A história bíblica nos revela que na era de Cristo, o consumo de bebida alcoólica era algo natural e sadio, quem não lembra da imagem de Jesus Cristo transformando água em vinho e oferecendo ao seu povo como parte do seu corpo?

A droga psicoativa mais utilizada pela Humanidade, e que vem sendo merecedora de relatos e estudos desde o velho testamento, é o álcool. Em vários trechos bíblicos, fica clara a influência de aspectos psicológicos, genéticos, morais e ambientais nas situações de beber abusivo. Foram também descritas, desde aquela época, características da própria substância, que induzia ao aumento do consumo, hoje definido como tolerância. (MARQUES, 2002, p. 74)

A mesma autora ainda relembra que “por volta do século 385 A.C., Hipócrates descreveu o uso do álcool como um fator predisponente a várias doenças e relatou a respeito do *delirium tremens* em seu livro sobre as epidemias.”

O seu uso somente tornou-se perigoso, quando passou a ser mais freqüente e abusivo, devido a sua destilação provocando efeitos mais fortes, “em contraste a situação anterior em que o uso era predominantemente associado a rituais religiosos ou festivos. A partir de então, “beber excessivamente” passou a ser considerado um comportamento pecador e fraco, conceito este que foi incorporado às regras morais de diversas culturas.” (MARQUES, 2002, p. 74)

O uso do tabaco, também atravessa milênios, originário das Américas, foi introduzido na Europa após os grandes descobrimentos luso-espanhóis, cultuado durante os séculos XVIII e XIX e rechaçado a partir do século XX. O tabaco tornou-se um hábito definitivo da cultura ocidental durante o século XIX. A produção atingiu larga escala e barateou o produto, novos aparatos invadiram o mercado consumidor, como caixas de fósforo e máquina de enrolar cigarros, popularizaram e atribuíram conveniência ao consumo.

Comprovados seus maléficos, desde a década de 1950 através de estudos científicos, atualmente as lutas de combate ao fumo e de esclarecimento sobre seus componentes

prejudiciais à saúde, são alvo de constantes campanhas mundiais. É considerado atualmente maior fator casual das mortes passíveis de prevenção.

No II Fórum Catarinense da Adolescência e Juventude, realizado em Florianópolis/SC no mês de outubro de 2003, o palestrante Sr. Sérvulo Paulo Chagas, representando a Associação Cearense de Redução de Danos e Coordenador dos Projetos CASA e ACERD, trouxe a tona um assunto bastante polêmico em relação às drogas, sugeriu que analisássemos com um pouco mais de atenção a Bandeira Nacional que ostenta o símbolo do nosso país, traz em seu semblante a figura do café e do fumo. Então cabe a pergunta, um país onde drogas são exibidas como símbolo de riquezas e orgulho, como poderia fugir a sina de transformar-se num dos corredores internacionais de passagem de drogas?

Tratando de drogas ilícitas, na atualidade, pois, esse conceito foi adotado como um advento da modernidade que associou o uso de substâncias psicoativas à marginalidade e conseqüentemente uma ameaça à ordem estabelecida.

De acordo com o site Álcool e Drogas sem distorção, a *cannábis sativa*, originária das folhas de um arbusto, é consumida pela humanidade há cerca de dez mil anos, desde a descoberta da agricultura. Era utilizada para a obtenção de fibras, óleo, sementes, consumidas como alimento e por suas propriedades alucinógenas, evidências apontam que os chineses (100 A.C.) são, provavelmente um dos primeiros povos a usar a maconha. Nesses períodos a utilização da planta estava intrinsecamente ligada ao misticismo, mas quando os europeus chegaram a China no século XIII, tal hábito havia declinado e caído em desuso, permanecendo apenas para a obtenção de fibras de cânhamo.

Segundo a tradição da Índia, a planta fora um presente dos deuses capaz de provê-los de prazer, coragem e atender a seus desejos sexuais. A planta teria brotado pela primeira vez

quando grandes deuses se derramaram sobre a terra. Nos Himalais indianos e no Tibet as preparações a base de *cannábis* possuía importância no contexto religioso.

Somente a partir as Cruzadas (séculos XI – XIII) e das Grandes Navegações Europeias (século XVI), que a maconha volta ao continente, mas seu uso restringia-se mais as propriedades medicinais. A partir do século XVIII as plantas provenientes das novas colônias começaram a ser catalogadas e estudadas cientificamente, sem o misticismo medieval que influenciava o conhecimento europeu até então.

Em 1845, um médico francês, J. J. Moreau de Tours e os escritores Gerard de Nerval e Théophile Gautier fundaram o Clube do Haxixin. Participavam das reuniões mensais artistas renomados do período. A intenção era cultivar o consumo de haxixe e fomentar a produção artística. No mesmo período, Lewis Carrol publicou o livro Alice no País das Maravilhas, povoada de imagens oníricas e de alusões ao consumo do haxixe.

A medicina também passou a utilizar a maconha com propósitos terapêuticos a partir dessa época. As indicações voltavam-se principalmente para o tratamento da asma, tosse e doenças nervosas. A reação ao consumo de maconha e outras substâncias psicotrópicas a partir do final de século XVIII.

Tanto na Europa como nos Estados Unidos o consumo de álcool aumentou consideravelmente após a Revolução Industrial. Em função das consequências deste uso abusivo e dos problemas decorrentes a ele, a opinião pública pressionou os cientistas da época a desenvolverem pesquisas. Benjamin Rush, um dos fundadores da psiquiatria americana, considerou o uso disfuncional do álcool como uma doença ou transtorno da vontade[...] (MARQUES, 2002, p. 73)

Nessa época, vários fenômenos contribuíram para o conhecimento de uma postura contrária ao consumo de substâncias psicoativas. Relatos de complicações, tais como o surgimento de quadros depressivos e psicóticos entre os usuários de maconha, foram publicados. Nos Estados Unidos ganhava força o “Movimento de Temperança”, que alertava

para efeitos indesejáveis de tais substâncias (como a dependência) e propunha regulamentar, melhor a conduta para prescrevê-las. Entre a porção mais conservadora da população norte-americana, cresceram as campanhas que pregavam a proibição do comércio de todos os psicotrópicos, inclusive o álcool. Esse movimento ficou conhecido como “Proibicismo”.

A partir da década de 1910, diversas substâncias foram proibidas dentro do território americano. Os países da Europa e das Américas acompanharam essa tendência. Ao final da década de 1930, a cocaína e a maconha estavam proibidas em vários países do mundo. As vendas de morfina passavam a ser rigorosamente controladas. Nos Estados Unidos, o álcool foi proibido de 1920 a 1935. Concomitantemente, o mundo vivia as incertezas do período entre guerras e sentia o crescimento da Guerra Fria. Os Estados Unidos e a União Soviética despontavam como novas potências mundiais. A economia mundial ainda sentia os prejuízos causados pela Primeira Guerra Mundial, a recessão era a regra para muitos destes. A Segunda Guerra batia as portas do mundo com ascensão do Fascismo italiano e do Nazismo alemão, que eclodiu e tomou as atenções do mundo em 1945.

Com a resolução deste conflito, o mundo passou a se preocupar com a Guerra Fria e com a perspectiva de um conflito nuclear. Dentro deste contexto, a juventude da costa leste americana começou a buscar alternativas aquele clima repressivo que se formou nessas primeiras décadas do século XX.

É o que vem afirmar Gorgulho (2002, p. 65):

O fim da Guerra Fria, o término da divisão do mundo em blocos Capitalistas e Comunistas (pior que tudo, levando todos para o modelo capitalista), a Globalização, e tudo o mais que temos assistido nos últimos anos também têm abalado as convicções e os caminhos conhecidos dos adultos.

Atitudes que nos permite concordar com a hipótese de que as drogas possuem uma ideologia de manifestação e insatisfações diante da vida social, econômica e política.

Esse não-alinhamento, de início tímido, isolado e imperceptível ganhou mais adeptos e se radicalizou: agora jovens de classe média começavam a abandonar as universidades e se refugiavam em comunidades. Desejavam viver da agricultura, fazer amor livre de regras morais e usar drogas como forma de contestação, uma maneira de cair fora do sistema. Tudo isso ao som de muito rock 'n' roll. Nascia o movimento Hippie dos anos sessenta e setenta. (www.einstein.br/alcooledrogas)

Ao final dos anos 1970 a maconha estava novamente difundida em todo o Ocidente e a popularização do consumo fomentou a estruturação de um narcotráfico especializado na produção e distribuição dessa substância, concentrando-se principalmente na América do Sul e países africanos.

Sobre a cocaína, pesquisas revelam que é consumida pela humanidade há pelo menos cinco mil anos. Porém, a planta da qual a substância é proveniente, a coca, natural dos altiplanos andinos, já era utilizada por civilizações pré-incas florescidas no século X A.C.. A planta deu poderes aos homens para vencerem um Deus maligno e os incas entendiam que a “mama coca”, como a denominavam, fora um presente dos deuses para que os homens, ao mascar suas folhas, pudessem suportar a fome e a fadiga. O consumo das folhas era um privilégio da nobreza e sua utilização por soldados, mensageiros e camponeses, salvo autorização real expressa, era considerado crime de lesa majestade.

Apesar de levada ao conhecimento europeu já nos primeiros anos da colonização espanhola, por Américo Vesúcio no século XVI, as folhas da coca não conseguiram popularidade nesse continente, permanecendo um costume indígena exclusivo até então.

O interesse europeu pelas propriedades farmacológicas da folha de coca apareceu com efusividade na virada para o século XIX, quando eminentes botânicos, farmacologistas e médicos da primeira metade do século atribuíram-lhe denominação tais como: “tesouro da matéria médica”, “saudável e condutora da longevidade”. Opositores da euforia causada pela

descoberta da substância já eram encontrados nesse período, comparavam ao ópio e alertavam para o potencial uso abusivo da mesma.

A medicina adotou definitivamente a substância após a obtenção do princípio ativo puro, isolado por Albert Niemann, em 1859. Antes, em 1855, o químico Gaedecke já havia extraído em resíduo oleoso das folhas da coca, ao qual denominou eritroxilina, suas propriedades anestésicas foram utilizadas no tratamento da garganta.

Os primeiros produtos comerciais da substância começaram a surgir no início da segunda metade do século XIX, tais produtos consistiam em infusões revigoradoras de folhas de coca, pastilhas para aliviar dores dentárias, tônicos e bebidas alcoólicas e não-alcoólicas, que recebiam cocaína na sua composição.

A coca foi levada para a Europa pelos espanhóis e passou a ser consumida misturada com álcool. Com essa formulação, recebeu até um selo oficial do Papa Leão XIII. Em 1884, o americano John Pemberton inventou uma mistura de vinho, folhas de coca e grãos de kola, um tipo de tranqüilizante para os americanos, “o povo mais nervoso do mundo”, segundo seus anúncios. O álcool foi retirado da fórmula em 1886, com o advento da Lei Seca. Em 1901 e 1902, foi a vez da coca. Mas a bebida manteve o ótimo nome que havia recebido: Coca-Cola. (VERGARA, 2002, p. 49)

Os laboratórios Merck e Parke Davis, passaram a comercializar a cocaína e dirigiu-se à classe médica na forma de apresentações tais como extratos fluídos, vinhos, oleatos e salicilatos, inaladores, sprays nasais e cigarros contendo a cocaína na sua composição. Em 1885, só o laboratório Merck produziu 83 toneladas da substância. “Os problemas com as drogas começaram com a multiplicação dos casos de abuso e dependência, em geral pacientes de meia-idade que se viciavam no remédio ou trabalhadores que procuravam alívio para sua vida diária.²”

² VERGARA, R.. Drogas o que fazer a respeito. Revista Super Interessante, São Paulo, n 1, edição 172, p.40-50, janeiro/2002.

Diversas reações negativas ao uso da cocaína começaram a serem difundidas em meados do século XIX, como sintomas psicóticos e depressivos, insônia e relatos de abuso e dependência. Complicações que haviam sido alertadas pela classe médica no século XVII, diante de tantos males e comprovações médicas-científicas sua proibição começou a ser difundida, tanto da cocaína como da maconha. No entanto não havia somente interesses médicos em termos de saúde para proibir o uso de tais substâncias, outros interesses permeavam sua proibição.

Havia muito racismo. Nos Estados Unidos, as campanhas alertavam que os negros enlouquecidos pela cocaína e os chineses sob efeito do ópio podiam fazer mal às mulheres brancas. E havia motivos econômicos, é claro. A fibra de cânhamo, derivada da maconha, concorria com as fibras sintéticas recém-descobertas. Além disso, algumas drogas eram obstáculos à sociedade industrial. “Até o início do século XX, a resposta oficial às drogas dependia se elas aumentavam ou não a produtividade humana”, diz Davenport-Hines. Não por acaso, as primeiras idéias de proibir o uso miravam só os trabalhadores. As drogas minavam sua capacidade de produzir. (VERGARA, 2002, p. 49)

Diante de comprovações médicas-científicas e moralistas, quanto ao uso das drogas, atitudes mais repressivas para combater o consumo foram necessárias. No início do século XX, os Estados Unidos montou estratégias repressoras que pudessem impedir o avanço e assim erradicar o uso de drogas. A primeira iniciativa, foi a de criminalizar o usuário, já que a venda de drogas havia sido proibida e o comércio ilegal não trazia lucros ao país, e a segunda iniciativa, foi de pressionar outros países que estavam enfrentando os mesmos “problemas”, para estabelecer um acordo internacional contra a venda das drogas. Dessa forma, o poder americano utilizou-se das drogas para difundir sua visão repressora e moralista contra o uso de drogas e ao mesmo tempo expandir seu poder político sobre outros países.

Estratégia de combate que não foi eficaz, pois hoje ainda se usam drogas, mais variadas e poderosas. Somente a segunda iniciativa, não a de proibir a venda, mas de expandir o poder e influência americana é que continua estabelecida e dando resultados até hoje.

1.2 O Comércio das Drogas

A partir da década de 1960, o consumo e cultivo da *cannabis* e substâncias psicotrópicas tornou-se prática comum entre a população mais jovem, devido ao ideal pregado nos movimentos hippes de paz e amor, transformando a Colômbia no maior produtor e exportador da América Latina.

A década de 1970, seguindo os “padrões de consumo” americanos, foi o momento auge da novidade chamada cocaína, onde a transformação das folhas de coca em pasta base, ou seja, o seu refinamento, tornou-se um negócio promissor e lucrativo, substituindo o até então comércio da maconha.

O cultivo e refinamento da cocaína tornaram-se um excelente negócio. Estruturado em forma de empresa, rendia lucros exorbitantes que atraíam investidores monetários dos mais diferentes locais. Nos Estados Unidos, temos como exemplo o Cartel de Medellín, embora seu produto fosse ilegal, adotava um modelo empresarial moderno e articulado.

[...] o Cartel se apresentava como organização “aberta e democrática”, onde todos os interessados podiam colaborar ou “investir”, contribuindo para o desenvolvimento dos negócios tirando lucro dos seus investimentos. Assim, além dos grandes latifundiário, começaram a participar banqueiros, políticos magistrados, militares, policiais e mesmo representantes da igreja. (BUCHER, 1992, p. 128)

Já nos países que possuíam a tradição do cultivo da folha de coca (Peru e Bolívia) para fins medicinais, os aspectos econômicos, por conseguinte, se relacionavam mais com “questões de produção agrícola, envolvendo as populações camponesas, suas famílias e sua luta pela sobrevivência.” (BUCHER, 1992, p. 128)

Devido ao montante produzido, comercializado e lucrado, não havia interesse dos organismos internacionais em extinguir tais atividades, pelo fato desses países seguirem sob o prisma do capitalismo, a erradicação dessa prática utilizada como forma de recursos econômicos representaria uma perda dolarizada aos países que possuem interesses e investimentos mega-econômicos nesses produtos.

No que tange a fatores políticos na produção e comercialização das drogas, principalmente da cocaína, por ser consumida mundialmente, os jogos de dominação política sobrepõem-se aos interesses de erradicação.

A hegemonia norte-americana utiliza-se de estratégias de apoio político de combate ao narcotráfico para penetrar nos países onde há maior índice de consumo e tráfico de drogas, dessa forma instala-se e passa a exercer domínio e controle sobre as ações e políticas governamentais que possam desestabilizar o poderio americano. O próprio sistema brasileiro antidrogas comprova isto, seguindo a linha americana de prevenção e repressão ao uso e tráfico de drogas, os resultados estatísticos confirmam que tal modelo de combate não tem sido eficaz, por tratar-se de uma questão estrutural e não somente contextual.

O narcotráfico movimenta, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), 400 bilhões de dólares do mundo, isso por ano, equivalente ao PIB do México. Para comparar, a indústria farmacêutica global fatura 300 bilhões; a do tabaco, 204 bilhões; a do álcool, 252 bilhões. No caso da heroína, essa margem chega a ser de 322%. Organizações criminosas podem faturar mais do que multinacionais como IBM e General Motors.

O Brasil considerado país “corredor” das drogas, está sujeito a envolver-se demasiadamente nesse “negócio lucrativo”. A CPI do Narcotráfico calculou que o tráfico emprega pelo menos 200 mil pessoas no país, mais que o Exército Brasileiro, cujo efetivo é de 190 mil pessoas.

A reportagem “Drogas o que fazer a respeito”³, elencou cinco fatores econômicos que são beneficiados pelo modelo atual de combate as drogas, sendo:

- 1- **O produtor**, aquele que investe no cultivo da planta (coca, heroína, maconha), geralmente dono das terras que utiliza mão-de-obra barata, muitas vezes paga através da própria droga para consumo. Segundo a ONU, esse fatura em média 8% do lucro total.
- 2- **O traficante**, que faz parte das organizações internacionais, fatura em média 90%, e aquele que vende em varejo fatura aproximadamente 2%.
- 3- **Mercado financeiro**, responsável pela lavagem do dinheiro proveniente dessas transações ilegais, em sigilo é a alma do negócio.
- 4- **Indústria de armas**, cujo dinheiro das drogas é usado para comprar armas poderosas e principalmente para fabricá-las. ‘O tráfico financia indiretamente mais da metade faz armas ilegais em circulação no país’, afirma Luiz Eduardo Soares, ex-coordenador de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro.
- 5- **Forças de repressão**, são os agentes públicos que deveriam combater ao tráfico, mas no entanto se corrompem e se beneficiam com as cifras numerosas.

Todos esses fatores associados ao contexto sócio-econômicos em que vivemos e principalmente a política repressiva que governa o país, em referência as drogas, só faz contribuir para o aumento do uso e principalmente do tráfico. O combate armado, que é a estratégia utilizada para erradicar tal problemática não vem dando resultados positivos e demonstra o fracasso dessa linha de atuação.

³ VERGARA, R.. Drogas o que fazer a respeito. Revista Super Interessante. São Paulo, v. 1, ed. 172, p. 40-50, janeiro/2002.

É preciso reconhecer que a origem de tal problema não é somente comercial, nem tampouco de índole do ser humano que está sempre em busca de alternativas de prazer, mas é uma questão mais profunda, num nível estrutural, que exige mudanças nas estruturas políticas do país e do mundo. A humanidade amarga às conseqüências de uma era desumana e consumista, que prega valores inexistentes.

1.3 As Drogas no Brasil

A “erva maldita” é um dos apelidos utilizados para identificar a maconha, assim como outros que iremos apresentar no decorrer desse texto. Essa erva, cujo nome científico é *cannabis sativa*, para melhor defini-la Bucher (1992) utilizou-se de diversos dicionários, onde estão listados uma longa série de sinônimos atribuídos, o Dicionário Aurélio enumera, como de origem popular ou como gíria: Liama, aliamba, diamba, riamba, bengue, birra, dirigo ou dirijo, erva, fumo, fumo de ango, mato, pango, pito de pango, soruma e manga-rosa. Câmara Cascudo apresenta diferentes sinônimos, como: rafi, fininho, baseado, morrão, gongo, malva, fumo bravo, maricas. Popularmente outros apelidos são acrescentados: moariguana, marigonga, marumba, namba, fêmea, lombra e muitos outros. Com tantos sinônimos podemos concluir que é uma droga difundida e consumida há dezenas de anos, ou melhor há séculos.

No século passado, antes de se permitir ser analisada cientificamente, a maconha era chamada de “ópio do pobre”, por acreditarem que a *cannabis sativa* era descendente da papoula.

Farmacologicamente, esta aproximação sem dúvida estava errada, visto que os opiáceos são psicolépticos ou depressores do sistema nervoso central, enquanto a maconha, classificada entre os alucinógenos, é “pertubadora” deste mesmo sistema. (BUCHER, 1992, p. 92)

Cabe aqui fazer um parêntese em relação ao apelido “ópio do pobre”, e associá-lo a idéia de Karl Marx sobre a religião ser o “ópio do povo”, a comparação conferida seria ao fato de dependendo da cultura, do contexto e finalidade, a droga possui conotações mágicas que aproximam aqueles que fazem uso a algo sagrado ou sobrenatural.

As fontes históricas no enviam a uma terra pouco povoada mas, já explorada, seja nos recursos naturais, seja nos recursos humanos. A maconha brasileira foi introduzida no Brasil em meados de 1549, pelo negro escravo de origem africana, data que coincide com um alvará expedido por Dom João III permitindo a importação de escravos para os engenhos de açúcar. Considerada planta sagrada, pois, permitia “esquecer” as amarguras da escravidão e a saudade da terra dos seus ancestrais.

Dessa forma, a maconha ganhou o nordeste do Brasil e devido ao grande número de escravos importados o consumo também aumentou, sendo que o hábito de fumar criou a necessidade de se cultivar a erva, assim em meio às lavouras de cana-de-açúcar havia plantações de maconha. Fato esse conhecido e até tolerado pelos senhores das terras, pois assegurava a estabilidade, já que se entregar à curtição da erva, ou fumo de angola como era chamado na época, abrandava os escravos mais revoltos.

Não demorou muito para a “erva maldita” desbravar novas terras e conquistar novos adeptos, a expansão se deu através de barqueiros e canoieiros do baixo São Francisco. A difusão não foi só em termos territoriais, indo da área rural para a urbana, mas também entre as classes sociais, a tal ponto que se julgou necessário sua proibição, pois não ganhou somente adeptos mas, principalmente estabelecimentos comerciais que compravam dos plantadores e vendiam nos centros urbanos.

Em 1830, já era comercializada no Estado do Rio de Janeiro, nessa época a maconha que até então era a “erva bendita”, foi eleita como um problema, reconhecida como o

“entorpecente nacional por excelência”, associada à vadiagem, expressava preconceitos raciais e de acordo com a ameaça que representava ao sistema produtivo, foi necessária a implantação de um sistema punitivo aplicável a grupos sociais, que, pela sua composição étnica, foram considerados disseminadores de uma cultura perigosa e ameaçadora da hegemonia da sociedade dominante.

Após a proibição do consumo e do cultivo com a fiscalização policial intensa, seu consumo continuou forte em certas regiões do norte e nordeste do Brasil, seu plantio era ocultado em meio às plantações. O cultivo da maconha tornou-se uma espécie de “cultura da maconha”, que trazia alívio ao camponês nordestino e por vezes certos ganhos decorrentes da sua venda.

Além de ser utilizada como fumo, a maconha também era preparada como infusão, na composição de chás e garrafadas. Os “feiticeiros” como eram chamados os velhos caboclos, usavam a bebida para curas, como remédios para certas doenças. Sendo recomendada para a cura de diversos males, sendo vista como uma planta sagrada.

Quanto ao chá de maconha, produz efeitos contra inapetência e nevralgias dentárias[...] Em doses moderadas, a maconha estimula a circulação, aumenta o calor periférico, desperta o apetite e excita os órgãos de locomoção. Atua no desempenho sexual, corrigindo “os estragos da idade”. Serve ainda para cólicas uterinas e perturbações gastrointestinais, em função dos seus efeitos calmantes, narcóticos e analgésicos. (BUCHER, 1992: 96)

Doria, (1915) apud Bucher, (1992, p. 96), ressalta que “os efeitos medicinais se juntam, pois, aos efeitos tradicionalmente descritos como ‘hilariante, inebriante, fantasmagórico, hipnótico ou soporífico, e estupefaciente ou narcótico’”. As suas propriedades medicinais, são decorrentes de uma sabedoria milenar, que foi confirmada farmacologicamente através de pesquisas modernas.

Seguindo a moda, o movimento hippie chegou ao Brasil e trouxe consigo toda a ideologia da contracultura, disseminando o uso de drogas alucinógenas entre os jovens da classe média e alta.

Até então, o uso de drogas, significava a oportunidade de experimentar, em grupo, novas sensações, outras percepções do universo, da vida, da interioridade humana. Proclamar idéias de um mundo colorido e harmonioso, baseado nos sentimentos de amor, paz e beleza. Negando o sistema vigente, que acabará de se instalar com o fim da Guerra Fria e a predominância do modelo capitalista, fato que provocou profundas mudanças nessa forma de “encarar” os desprazeres da vida, “relegando ao segundo plano a procura sossegada de prazeres floridos e de convivências mais harmoniosas”. (BUCHER, 1992, p. 28)

Diante da realidade do impacto da crise econômica, o movimento hippie desarticulou-se e suas ideologias foram sucumbidas pelo novo modelo consumista que exigia novas posturas de vida em sociedade. No entanto, as drogas continuaram a existir e embora não permitissem “um mundo novo”, possibilitavam além do prazer o esquecimento das amarguras e frustrações.

Nesse contexto, a cocaína tornou-se a “droga dos anos 80”, ganhando destaque não somente pelo seu poder sedutor, mas pela sua grande periculosidade, onde na escala das drogas perde somente para a heroína. Novamente reina os padrões de consumo, não somente no modo de organização da vida moderna, mas também nos modos de transgressões.

Se a maconha, possuía um papel de agente socializador e era usada por camadas pobres da sociedade, à cocaína era atribuído o papel de agente mistificador, devido ao seu grande potencial de sedução, mobilização e principalmente discrição, logo que surgiu era denominada a “droga da elite”. A cocaína, surgiu com a promessa de combater o *stress* da vida moderna.

Desse modo, a cocaína se apresentou na década de 1980 como um estimulante relativamente inocente e eminentemente urbano. O alto custo da substância, seu snob papel e reputação de “droga da elite” conferiram-lhe uma imagem de algo desejável. O estilo de vida de uma nova geração nascida durante os anos efervescentes do movimento hippie, mas ideologicamente oposto a esse, estava associado à cocaína: essa geração ficou conhecida como yuppies, jovens profissionais bem sucedidos e totalmente integrados ao sistema de produção vigente, possuíam empregos invejáveis e identificavam-se com os ícones do consumismo. O consumo de cocaína inalada era visto como provedor de energia, auto-estima e ambição social, atributos essenciais para esses jovens executivos. “Em suma, o *uso crescente da cocaína* nas sociedades ocidentais se coaduna com a ideologia que coloca a *produtividade* acima de tudo[...]” (BUCHER, 1992, p. 135)

O consumo de cocaína atravessou os anos 80, popularizou-se e atingiu estratos sociais mais baixos, faixas etárias cada vez menores e preços mais acessíveis. No entanto, a cocaína trouxe em sua bagagem a decadência física e moral, a violência, a marginalização e a solidão.

O ambiente de violência e criminalidade pronunciado, pode ser explicado devido ao fato do novo negócio, fomentando a competitividade entre os grupos produtores e fornecedores da cocaína, que utilizavam jovens marginalizados e excluídos do mercado de trabalho que sem perspectiva de vida econômica entravam para o tráfico de drogas, naturalmente mais imaturos e impulsivos e muitas vezes fazendo uso da substância envolviam-se com mais facilidade nos “negócios sujos”, como cobrança de dívidas, utilização de armas de fogo para resolver disputas de pontos de venda e outros.

1.3.1 As drogas no Brasil de hoje: estatísticas da realidade.

O Relatório de I Fórum Nacional Antidrogas (1998), apresentou alguns aspectos quanto ao uso de drogas no Brasil, os custos sociais decorrentes do uso indevido de drogas foi de 7,9% do Produto Interno Bruto (PIB) por ano, cerca de 900 milhões de reais, só em internações hospitalares foram gastos 300 milhões de reais.

O alcoolismo ocupa o 4^a lugar no grupo de doenças que incapacitam. As Psicoses alcoólicas e por drogas, bem como as Síndromes de Dependência do álcool e de outras drogas são o primeiro motivo de internações psiquiátricas.

É evidente a associação entre drogas e violência, especialmente no que se refere ao tráfico. O aumento da violência e da criminalidade, especialmente nos grandes centros urbanos está diretamente vinculado a fatores como o desemprego, a distribuição desigual de riquezas.

As investigações do Departamento de Investigações sobre Narcóticos (DENARC) de São Paulo, em pesquisa com 980 traficantes, usuários e dependentes de drogas, constatou que de cada 100 traficantes, 75 estavam desempregados e de cada 100 usuários ou dependentes, 76 estavam desempregados. Dentre os usuários dependentes detidos, a maioria estava na faixa etária de 15 a 30 anos e possuía o Ensino Fundamental incompleto, justamente a fase em que o desemprego se intensifica, arriscados a entrar no círculo vicioso da marginalidade que faz crescer o exército do tráfico. Não podemos ignorar, que o desemprego atinge camadas mais pobres da população pelo fato da baixa escolaridade e pouca qualificação profissional.

Quanto ao uso de bebidas alcoólicas, os dados comprovaram que 2/3 dos casos de espancamento de crianças, ocorre por pais alcoolizados, o mesmo ocorrendo nas agressões entre marido e mulher.

Em 1996, o CEBRID, analisou 19.000 laudos cadavéricos no IML Central de São Paulo, comprovaram que de cada 100 corpos, vítimas de morte não natural, 95 tinham alta taxa de álcool no sangue.

Os acidentes de trânsito estão entre as principais causas externas de morte, comprovou-se através de pesquisas que há grande relação dos acidentes com o uso de drogas, constatou-se a média de 61% de casos em que houve presença de drogas, especialmente álcool, entre os envolvidos em acidentes.

Os dados do “Projeto Brasil” indicam que em cidades como Santos (SP) e Itajaí (SC), os casos de portadores do HIV entre usuários de drogas injetáveis perfazem 68% dos casos identificados.

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, publicou dados referentes ao período de 1984 a 2000 identificando casos notificados de AIDS em indivíduos com 13 anos ou mais. Dos 5.447 casos do sexo masculino, 2.546 têm como causa o uso de drogas injetáveis. Dos 2.383 casos do sexo feminino, 483, da mesma forma, são usuários de drogas injetáveis. O total de 3.025 casos, resultando numa porcentagem de 39% dos casos.

A transmissão através do compartilhamento de seringas é, também, um dos fatores responsáveis pelo crescimento do número de AIDS entre as mulheres, parceiras sexuais dos usuários e, conseqüentemente, da AIDS pediátrica.

A situação do uso indevido de drogas no Brasil toma proporções alarmantes, as pesquisas realizadas demonstram que os resultados obtidos nem sempre são condizentes com a realidade, e mais, a última pesquisa domiciliar sobre o consumo de drogas nas 24 maiores cidades do Brasil (com mais de 200 mil habitantes), revelou que ao contrário do que se imagina o consumo de drogas ilícitas representa apenas 19,4% da população total pesquisada em números corresponde a 9.109.0000. A seguir, serão mostrados os resultados do I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2001).

Resultados Gerais do Brasil

1. A prevalências do *uso na vida*. De qualquer droga (exceto álcool e tabaco) teve a maior porcentagem na Região Nordeste, onde 29,0% dos entrevistados já fizeram uso de alguma droga. A região com menos *uso na vida* foi a Norte, com 15,9%. No Brasil, o *uso na vida* para qualquer droga (exceto álcool e tabaco) foi de 19,4%.
2. O *uso na vida* de álcool, nas 107 maiores cidades do país, foi de 68,7%. O menor uso na vida de álcool ocorreu na Região Norte (53%) e o maior na Região Sudeste (71,5%). A estimativa de dependentes de álcool foi de 11,2% para o Brasil, sendo que, no nordeste, as porcentagens atingiram cerca de 16%. Em todas as regiões, observaram-se mais dependentes de álcool para o sexo masculino, numa proporção de 3:1.
3. Dentre os sinais/sintomas que determinam o diagnóstico de dependência de álcool, os mais citados foram o desejo de diminuir ou de parar o uso, com 14,5%, seguido pela perda do controle em beber, com 9,4%. A relação entre *uso na vida* e dependência mostrou que, de cada seis pessoas que fizeram *uso na vida* de álcool, uma delas tornou-se dependente. A proporção para o sexo feminino dobra nessa relação, sendo 12:1.
4. O uso da vida de tabaco foi de 41,1% no total. Quanto à dependência de tabaco, 9% preencheram critérios para um diagnóstico positivo. As maiores porcentagem de dependentes de tabaco aparecem na Região Sul (12,8%) e as menores foram observadas nas regiões Nordeste (8,3%) e Sudeste (8,4%).
5. Quanto aos critérios que determinam a dependência de tabaco, os sinais/sintomas que mais aparece é o desejo de diminuir ou de parar o consumo de cigarros. Esse desejo aumenta com a idade. Por outro lado, os riscos físicos sob o efeito do tabaco não foram detectados, o que parece óbvio para o caso de tabaco. A relação entre o *uso na vida* e a

dependência de tabaco teve proporções idênticas, ou seja, de cada quatro homens ou de cada quatro mulheres que fizeram *uso na vida* de tabaco, um de cada sexo tornou-se dependente.

6. O *uso na vida* de maconha, nas 107 maiores cidades, foi de 6,9%. A Região Sul foi à campeã em porcentagem de uso na vida (8,4%); teve também prevalência de dependentes de maconha, com 1,6%. A menor porcentagem de dependentes apareceu na Região Sudeste.
7. A prevalência de ***uso na vida*** de cocaína, nas 107 maiores cidades do país, foi de 2,3%. A Região Sul foi aquela onde se verificaram as maiores porcentagens (3,6%). A menor foi a Região Norte, com 0,8%.
8. O ***uso na vida*** de crack foi de 0,7%, cerca de três vezes menor que estudos americanos. O uso de merla (uma forma de cocaína) apareceu na Região Norte com 1%, a maior do Brasil.
9. O *uso da vida* de medicamentos sem prescrição médica teve um fato em comum: mais mulheres usaram do que os homens, para qualquer das faixas etárias estudadas. Os estimulantes aparecem com 3,3%, porcentagem bastante próxima à observada nos Estados Unidos (5,8%). A dependência de benzodiazepínicos foi estimada em 1% no Brasil, sendo que as maiores porcentagens são da Região Nordeste, com 2,3% de dependentes.
10. Surpreendeu o *uso na vida* de orexigênos (medicamentos utilizados para estimular o apetite) com 4,3% de *uso na vida*. No Nordeste, as porcentagens atingiram 11,2%, sendo as maiores do Brasil. As menores são as porcentagens da Região Sul, com 1%.
11. A heroína, droga tão citada na mídia, teve porcentagem de *uso na vida* de 0,04%, ou seja, apenas quatro pessoas, sendo três relatos na Região Nordeste e um na Região Sul.

12. A maconha seria a droga mais facilmente encontrada, segundo a percepção dos entrevistados, superando os 60% das respostas. A cocaína aparece em segundo lugar, com 45,8%, e o LSD-25 tem porcentagem idênticas à de heroína, com 21%.
13. Em relação à percepção do tráfico de drogas, 15,3% do total de entrevistados afirmaram ter visto alguém vendendo drogas. Quanto à percepção de compra de drogas, as porcentagens foram de 15%, o que mostra coerência dos entrevistados ao responderem esses itens. Se há quem vende, há quem compra.
14. Quase a totalidade da população estudada considerou um risco grave o uso diário de qualquer das quatro drogas pesquisadas quanto a este aspecto (álcool, maconha, cocaína e crack).

Resultados de Santa Catarina.⁴

1. O resultado obtido em relação ao uso de tabaco na vida totalizou 51%, sendo que a idade de início de uso, segundo gênero, está para homens entre os 15 anos e para as mulheres na média de 17 anos.
2. A idade que começou a fumar todos os dias, segundo gênero, esta entre os 14 anos para os homens e 17 anos para as mulheres. Em linhas gerais 41,55% fumam com frequência, ou seja diariamente. Quanto ao uso de álcool, o uso na vida corresponde a 87,8% do total pesquisado. A idade início de uso de álcool, segundo gênero, esta na faixa etária de 15 anos para os homens e 17 anos para as mulheres.
3. A frequência no consumo de álcool representa 48,6%, do total dos entrevistados.
4. Referente às drogas que usou ou experimentou uma vez na vida, os resultados revelaram que 79% afirmaram nunca ter usado nenhum tipo de droga ilícita, 15,6%

já fumaram maconha, 12,7% já fizeram uso de inalantes, 5,7% usaram cocaína, 2,8% fizeram uso de alucinógenos, 0,3% consumiram pasta de cocaína e a temida heroína aparece com percentual de 0,1%. Os resultados excedem 100% devido ao fato de alguns entrevistados relatarem que usam mais de uma droga.

5. Quanto ao uso de maconha, 84,4% nunca usaram tal droga e 15,65 fizeram *uso na vida*.
6. Quanto ao uso de cocaína, a pesquisa revelou que 94,4% dos entrevistados afirmaram nunca ter usado cocaína e 5,6% já fizeram *uso na vida*.
7. A idade início de uso de drogas, exceto álcool e tabaco, considerando as drogas que mais apareceram, entre os homens a maconha começa a ser usado por volta dos 17 anos e entre as mulheres por volta dos 19 anos de idade. Os inalantes aparecem como a segunda droga mais usada, destacando que o uso entre as mulheres é mais precoce, por volta dos 17 anos, mantendo-se a mesma faixa etária para homens.
8. Sobre o risco de saúde por consumir drogas, 61,9% responderam que consideram de alto risco usar drogas por mais de duas vezes na semana, levando a possível dependência.
9. Quanto às facilidades de se conseguir drogas, 39,5% responderam que facilmente conseguem comprar maconha caso desejassem, 40,7% afirmaram o mesmo para a cocaína. O que demonstra que o comércio ilegal é de fácil acesso.
10. Em relação à frequência que vêm pessoas alcoolizadas ou drogadas na vizinhança, 47,3% afirmaram que costumam ver freqüentemente.

⁴ I Levantamento Nacional sobre o Consumo de Substâncias psicoativas na população geral: projeto piloto/Coordenação de: Ângelo A. M. Campana, Francisco C. B. Neto. Florianópolis: CONAD, SENAD, 1998. 116 p.

11. Já em relação ao tráfico, 63,6% responderam que nunca viram pessoas vendendo drogas na vizinhança. O que supõe uma contradição entre as respostas dadas.

Se compararmos os dois levantamentos sobre substâncias psicoativas realizados, cujos resultados foram sinteticamente apresentados aqui, percebemos que os resultados obtidos não são condizentes com a realidade, devido a toda notoriedade dada as drogas ilícitas e estas representarem um número bastante inferior ao uso de drogas lícitas, também não podemos desconsiderar que o fato de abordar tais questões que envolvem o uso de substâncias proibidas pode resultar em respostas não confiáveis, devido ao sistema repressivo que vivenciamos. Como aconteceu nos resultados referente ao tráfico, onde em aproximadamente 40% dos entrevistados afirmaram conseguir drogas com facilidades caso desejassem, mas, quando questionados sobre o tráfico de forma explícita 63,6% afirmaram nunca ter visto pessoas vendendo drogas.

1.4 Do século XIX ao século XX: A Legislação no Brasil

Carvalho (1996, p. 19), resgata a história das Leis de Drogas no Brasil, nos mostrando que a Política Brasileira de combate às drogas, existe desde as eras mais remotas, o que nos faz perceber que a preocupação com a problemática acompanha e assola o país. Resgate, que nos faz julgar a ineficácia das ações, estratégias e Leis existentes desde remota época, refletindo nos dias de hoje de maneira devastadora, pois, a realidade simplificada e quantificada em estatísticas nos revela que as questões relacionadas às drogas aumentaram em proporções astronômicas.

Seguindo os passos do autor, buscaremos fazer uma síntese dessas legislações, que assumiram a incriminação das drogas, enquanto uso, porte e comércio.

Segundo o autor, o primeiro Código Penal Brasileiro surgiu em 1830, intitulado de Código Imperial, no entanto possuía o caráter de organizar a ordem criminal, mas nada mencionava sobre drogas. Somente em 1890, o Código Penal Republicano, trouxe para a dimensão jurídica a questão, onde proibia de maneira abrangente a utilização de substâncias tóxicas, sendo considerado delito, “expôr à venda ou ministrar substâncias venenosas sem legítima autorização e sem as formalidades previstas nos regulamentos sanitários.”

Em meados de 1900, a “onda” Européia de consumo de substâncias como o ópio e o haxixe, invadiu as principais capitais do Brasil, exigindo das autoridades a “criação de medidas legislativas que regulamentassem o uso e a venda de tais substâncias.” Diante dessas necessidades, criou-se em 1932 a Consolidação das Leis Penais, cujo artigo 159, reprimia e determinava como delito o uso e a comercialização de drogas.

O grande impulso, contra a disseminação da toxicomania, como era definido o uso de drogas na época, se dá pelo Decreto Lei nº 2.953 de agosto de 1938.

Fato que evidenciou que a Política Criminal Brasileira, no que tange as drogas, buscava seguir uma identificação com os modelos políticos transnacionais de controle social.

No mesmo ano, criou-se o Decreto Lei nº 891 (novembro de 1938), elaborado de acordo com as disposições da Convenção de Genebra de 1936, criminalizava a produção, o tráfico e o consumo de substâncias tóxicas.

Novas investidas foram necessárias e em 1942, entrou em vigor o novo Código Penal que veio disciplinar a matéria em seu artigo 281, “Importar ou exportar, vender ou expor à venda, fornecer, ainda que a título gratuito, transportar, trazer consigo, ter em depósito, guardar, ministrar ou de qualquer maneira entregar ao consumo substância entorpecente.”

Embora, a questão já tivesse sido reconhecida como um problema mundial, as Leis demonstravam que as principais penalidades eram determinadas apenas em relação ao

consumo e tráfico, caindo no esquecimento o principal meio de existência das drogas, o cultivo.

Todavia, não por muito tempo, “a partir de 1842, quando o Decreto Lei nº 4.720 dispõe sobre o cultivo e, principalmente, após 1964, momento em que a Lei nº 4.451 introduz ao tipo do artigo 281 a ação de plantar[...]” (CARVALHO, (1996, p. 21)

O ano de 1964, tornou-se um marco na história do Brasil, através do Decreto Lei nº 54.216 de 27 de agosto, que estabeleceu a Convenção Única de Entorpecentes, o país ingressou definitivamente no cenário internacional de combate às drogas.

A década de 1960, também representou avanços não só legislativos, mas principalmente no consumo de drogas, como friza o autor, o consumo “alcança amplitude generalizada e o controle torna-se extremamente difícil para as agências de poder dos Estados”.

Os movimentos contestatórios passam a utilizar as drogas como instrumento de protesto contra o imperialismo, base da política externa norte-americana para a América Latina [...] O uso de drogas ilícitas passa a ter, neste preciso momento histórico, sentido literário, adquirindo caráter de manifestação política. (CARVALHO, 1996, p. 23)

Diante dessa “epidemia”, que na verdade representava uma contracultura, um descontentamento a ordem estabelecida, como citado anteriormente, estratégias mais energéticas e punitivas foram necessárias, exigindo intervenções internacionais, principalmente norte-americanas de combate às drogas.

A Convenção Única sobre Estupefacientes, de acordo com Olmo apud Carvalho (1996), gerou uma nova maneira de intitular as drogas conceituando como modelo médico-jurídico, que trata a questão num duplo discurso.

A principal característica deste discurso, é traçar distinção entre consumidor e traficante, ou seja, entre doente e delinqüente. Assim, sobre os ‘culpados’ recai o discurso jurídico que define o estereótipo criminoso. Sobre o

consumidor, devido a sua condição social, incidirá o discurso médico, que difunde o estereótipo da dependência.

Nessa perspectiva, as drogas assumiram o papel de vilã, o combate a ela se apresentava como uma batalha entre o bem e o mal, o problema nessa época era visto como um perigo social e econômico a toda a humanidade e para vencer essa luta eram necessárias estratégias conjuntas e universais, de acordo com os “princípios idênticos e objetivos comuns” a todos os países. “Dessa forma, a Convenção viria “substituir os tratados existentes sobre entorpecentes”, estabelecendo a política internacional de controle de substâncias tóxicas.” (CARVALHO, 1996, p. 24)

Além da “demonização” da droga e do estabelecimento da ideologia da diferenciação, outra decorrência do uso político dos entorpecentes foi sua visualização, pelas agências de poder, no que tange à matéria de segurança interna, como “inimigo interno”. (CARVALHO, 1996: 24)

A década de 1970, é marcada por Leis coerentes. A Lei nº 5.726/71 é considerada um exemplo em termos de avanço legislativo, substituindo o modelo repressivo. “O fato de não mais considerar o dependente como criminoso, porém, escondia a faceta ainda perversa da Lei, que é de não diferenciar o usuário eventual (ou experimentador) do traficante.” (CARVALHO, 1996, p. 27)

No entanto, a “necessidade de incrementar a repressão e criar nova estratégia político-criminal, voltada para a década de oitenta, fomenta o surgimento da Lei nº 6.368 de 1976. Tal Lei, “instaura, no final dos anos setenta, novo modelo de controle que acompanha, novamente, as tratativas internacionais.” (CARVALHO, 1996, p. 28)

Antes de adentrarmos nas Leis específicas e atuais que tratam das questões relacionadas às drogas no Brasil, é necessário fazer algumas considerações sobre essas regras que regulam o convívio social.

As Leis, são normas de cumprimento obrigatório, sob pena de punição pela autoridade competente, refere-se àqueles padrões de comportamento considerados mais importantes para o grupo social, embora, as Leis resultem dos fatos e normas sociais, muitas vezes atendem a interesses dos grandes dominantes dentro da sociedade.

Em nossa sociedade, o indivíduo que faz uso de drogas, representa perante a Lei uma ameaça as ordens estabelecidas, pois fragiliza a estrutura comportamental que deve ser seguida para manter a paz social, a continuidade da espécie humana e principalmente a produção econômica. Tudo o que foge as regras é considerado anormal e portanto prejudicial, sendo estigmatizado fica a margem do sistema social e econômico, representa o “mau”, a desorganização e produz conseqüências extremamente graves a sociedade.

Por essas e outras questões a importância de se criar regras, como formalização de um comando superior. As regras são uma expressão “popular” das Leis, que por sua vez possuem o objetivo de garantir direitos e definir deveres. Representam a organização de um país e do povo que o constitui.

No Brasil, a Lei maior é a Constituição Federal promulgada em 1988. Juridicamente, Constituição deve ser entendida como a Lei fundamental e suprema de um Estado. Ela é o conjunto de regras ou princípios que têm por objetivo a estrutura do Estado, a organização dos órgãos superiores e a definição de suas competências, da ordem social, dos direitos sociais e dos direitos e garantias fundamentais.

Assim, a Lei Maior num país define parâmetros gerais de organização, e as demais Leis existentes devem estar de acordo com as normas constitucionais, pois do contrário julga-se inconstitucionais e como tal não possuem validade jurídica.

No que tange a temática em questão, a legislação existente é extremamente repressiva e punitiva, quando se trata do consumo de drogas ilícitas, obviamente necessárias, mas não

totalmente eficazes. Não se pretende aqui analisar as Leis pertinentes, mas publicizá-las na intenção que se torne um instrumento conhecido e utilizado, não só num patamar jurídico, mas principalmente societário, já que a manutenção da ordem social depende de todos.

A legalidade ou ilegalidade das diferentes drogas varia de acordo com a época e os costumes de cada país. Drogas hoje proscritas na maioria dos países, como a cocaína e a heroína, já foram aceitas como medicamentos ou como hábitos sociais admitidos e até comuns em muitas sociedades. (www.einstein.br/alcooledrogas)

A nível nacional, as medidas de prevenção e repressão ao tráfico de drogas e o seu uso estão reunidas nos seguintes instrumentos legais, asseguradas pelo Direito Penal Brasileiro, que seguem.

A Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, essa lei era considerada o instrumento legal mais importante a respeito do assunto. Recebeu diversas emendas, entre elas, a de nº 9.804, de 30 de junho de 1999, que alterou a redação do artigo 34 da Lei anterior, que dispunha sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinavam dependência física ou psíquica. Vejamos agora o que previa tal Lei, em vigor até meados de 2002.

A Lei de Tóxicos (nº 6.368/76), no seu artigo 1º estabelece a todos a responsabilidade de colaborar na prevenção e repressão ao tráfico ilícito de drogas e uso indevido de substância entorpecente.

Referente a prevenção, reconhece que é dever da Educação adotar estratégias preventivas do tráfico e uso indevido de entorpecentes nos estabelecimentos escolares, sob orientação técnica especializada no assunto, conforme artigo 4º da referida lei.

Os artigos 12 ao 18 dispõem de medidas punitivas, referentes aos crimes de tráfico e porte de substâncias entorpecentes.

Aqui estamos diante da figura do infrator e da vítima. A vítima é a coletividade. O Direito Penal lida, geralmente, com danos concretos, mas, em se tratando de crimes relacionados às drogas, o que leva em conta é o perigo que tais ações acarretam para a saúde pública. (CARVALHO, 2003, p. 90)

Atualmente, diante da ineficácia dessa Lei, novas propostas foram aprovadas. Em janeiro de 2002 foi aprovada pelo Congresso Nacional a nova Lei de Tóxicos (nº 10.409/2002). No entanto, alguns dos seus artigos foram vetados. Isso impediu que a nova lei entrasse em vigor. Diante disso, o Poder Executivo enviou ao Congresso o Projeto de Lei nº 6.108, que recoloca em discussão as controvérsias que ocasionaram os vetos presidenciais.

A nova Lei antidrogas pretende aumentar as penas para o tráfico. O porte de drogas também continua criminalizado. A diferença é a possibilidade da substituição da pena por tratamento, nesse caso nada constará na ficha de antecedentes criminais do usuário. No entanto, caso o usuário recuse o tratamento, o Juiz poderá revogar a substituição e aplicar uma pena de reclusão que varia de três meses a um ano.

Em síntese, o texto aprovado ficou assim constituído, a pena máxima aos traficantes de drogas aumenta de 15 para 20 anos de reclusão, que ainda ficarão sujeitos a multas. Os traficantes que usarem os serviços dos menores de 18 anos terão suas penas aplicadas em dobro. Há ainda a possibilidade do arresto de bens patrimoniais de terceiros suspeitos de serem “laranjas” de traficantes, invertendo o ônus da prova (os proprietários dos bens é que terão que provar que eles são legítimos e obtidos de forma lícita). Aos usuários de drogas, o relatório determina que a pena de detenção de três meses a um ano seja substituída por medidas terapêuticas-educativas, a serem determinadas pelo Juiz. Entre elas, destacam a prestação de serviços à comunidade, a internação em estabelecimento hospitalar para tratamento e a frequência a programas de reeducação, curso ou atendimento psicológico. No

caso de o usuário recusar-se a cumprir essas medidas, o Juiz poderá revogar a substituição. Se o usuário as cumprir, o crime não será considerado para efeito de antecedentes penais.

Em relação ao tabaco e às bebidas alcoólicas, a própria Constituição Federal prevê que a propaganda esteja sujeita a restrições legais e advertências sobre os malefícios decorrentes do seu uso. Conforme Título VIII – Da Ordem Social, capítulo V – Da Comunicação Social, artigo 220, inciso 4º, que segue:

A propaganda comercial de tabaco, bebidas alcoólicas, agrotóxicos, medicamentos e terapias estará sujeita a restrições legais, nos termos do inciso II do parágrafo anterior, e conterá, sempre que necessário, advertência sobre os malefícios decorrentes de seu uso.

Já em relação ao álcool, embora haja uma preocupação com a questão do abuso de álcool, as leis não reprimem por tratar-se de uma droga lícita e aceita socialmente, mas que traz sérios agravos à sociedade.

No Brasil, o álcool pode ser comercializado livremente, se tomarmos a legislação como referência, existem poucos regulamentos restritivos e os existentes são raramente mantidos em vigor. O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.068/1990), estabelece restrições para publicações destinadas ao público infanto-juvenil, que não poderão conter ilustrações, fotografias, legendas crônicas ou anúncios de bebidas alcoólicas, tabaco, armas e munições⁵. Proíbe também a venda de bebidas alcoólicas às crianças e aos adolescentes menores de 18 anos.

Código de Trânsito Brasileiro (1997), proíbe a todo o condutor de veículo dirigir sob a influência de álcool em nível superior a 0,6g (seis decigramas) por litro de sangue ou de qualquer substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica. A infração,

⁵ Art. 81 – É proibida a venda à criança ou ao adolescente de:

II – bebidas alcoólicas;

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

neste caso é considerada de natureza gravíssima, sujeitando o infrator às penalidades de multa, de apreensão do veículo e de suspensão do direito de dirigir.

No Estado de Santa Catarina, conforme pesquisa realizada junto ao Conselho Estadual de Entorpecentes (CONEN), foi criado o Decreto nº 18.505, de 29 de novembro de 1982, que institui o sistema de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e também determina a criação do Conselho Estadual de Entorpecentes. Conforme o disposto do artigo 8º, inciso VIII, da Constituição Federal. Cujos objetivos além destes, é a criação de locais próprios à recuperação de dependentes, sendo de responsabilidade do Estado, órgãos e entidades da administração pública estadual.

Artigo 4º - Compete ao Conselho Estadual de Entorpecentes, propor a Política Estadual de Entorpecentes; elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica, bem como exercer outras funções, tudo na conformidade dos objetivos definidos no artigo 2º. (Decreto Lei nº 18.505/82)

Dentre essas competências, podemos citar também como responsabilidade do Conselho Estadual de Entorpecentes ministrar palestras de prevenção ao uso indevido de drogas, cursos e seminários, capacitar e qualificar palestrantes, estabelecer requisitos básicos para o credenciamento de clínicas, fazendas ou comunidades terapêuticas, que prestem serviços de tratamento a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de drogas visando a sua recuperação e ressocialização, bem como exercer o monitoramento, fiscalização e avaliação periódica quanto ao funcionamento, conforme prevê a Resolução – RDC nº 101, de 30 de maio de 2001.

Em âmbito estadual, a Resolução nº 02, de 06 de abril de 1999, estabelece requisitos básicos para o credenciamento de clínicas, fazendas ou comunidades terapêuticas, onde são listados diversos documentos necessários ao credenciamento e funcionalidade desses locais.

No entanto sem elencar os recursos humanos, físicos e materiais que deveriam permitir uma melhor qualidade na prestação dos serviços oferecidos.

A Resolução nº 01, de 24 de outubro de 2000, estabelece o procedimento interno do Conselho Estadual de Entorpecentes para a solicitação da suspensão dos serviços prestados por clínicas, fazendas ou comunidades terapêuticas.

A Lei nº 11.697, de 08 de janeiro de 2001, com base no art. 243 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, proíbe a venda de cigarros e produtos similares a menores de 18 anos, sujeito às penalidades previstas no referido artigo, em todo o Estado de Santa Catarina.

No âmbito municipal, conforme pesquisa realizada junto ao Conselho Estadual de Entorpecentes, não há Leis que proíbam o uso de drogas ou que regulem a funcionalidade de locais destinados a desintoxicação e recuperação de pessoas dependentes de substâncias psicoativas.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO E APOIO SÓCIO FAMILIAR – POASF.

2.1 Entendendo o momento: olhando o passado para entender o presente e projetar o futuro.

A história de toda a sociedade tem sido, até os nossos dias, a história das lutas de classes. Homem livre e escravo, patrício e plebeu, barão e servo, em duas palavras, dominantes e dominados, em constante oposição, têm vivido numa guerra ininterrupta, ora franca, ora disfarçada; uma guerra que terminava sempre, ou por uma transformação revolucionária da sociedade inteira, ou pela destruição das duas classes em luta.

Entretanto, a nossa época, a era da burguesia, caracteriza-se por ter simplificado os antagonismos de classe. A sociedade divide-se cada vez mais em dois grandes campos opostos, em duas classes inimigas: a burguesia e o proletariado.

Com o desenvolvimento do comércio e o aumento da produção, no final da Idade Média, surgiram condições propícias ao desenvolvimento do capitalismo. Os comerciantes, chamados burgueses por viverem em burgos ou cidades, compravam as mercadorias a um preço e as vendiam a preços mais altos. Sobrava dinheiro, o lucro, que utilizavam para comprar mais mercadorias. A criação de pequenas indústrias, gerou o surgimento dos bancos, que começaram a emprestar dinheiro a juro, obtendo mais lucros.

Ao dinheiro utilizado para fazer mais dinheiro chama-se capital. O que resulta a mais desse emprego de capital é o lucro. O sistema econômico baseado na aplicação do capital com o objetivo de obter sempre mais lucro denomina-se capitalismo.

Desse crescimento desenfreado, surgiram as grandes fábricas; o trabalho assalariado e com ele uma nova mercadoria e uma nova fonte de lucro: o trabalho passou a ser encarado como mercadoria pelo capitalista.

Daí, uma conclusão lógica: quanto menos o capitalista pagasse pelo trabalho do operário, mais sobraria para ele, como excedente, como lucro. Formaram-se, então as duas classes sociais opostas: de um lado a burguesia e do outro o proletariado, cada uma lutando por seus interesses.

No campo social, as conseqüências do capitalismo estão à vista de todos, especialmente nos países subdesenvolvidos: salários de fome, exploração trabalhista, condições precárias de trabalho, desemprego, falta de assistência à saúde, educação insuficiente e deficiente, condições miseráveis de vida, concentração dos recursos em poucas mãos e outras.

Na medida em que foi se desenvolvendo, a sociedade foi se estruturando politicamente, isto é, foi estabelecendo regras para a vida coletiva, para a convivência entre os indivíduos.

A partir do nascimento, o ser humano é obrigado a submeter-se a um conjunto de regras e procedimentos que lhe são impostos pela sociedade. Tais regras chegam por meio dos grupos sociais. Inicialmente, é a família, que representa a sociedade junto ao novo ser. É a família que procura educar a criança de acordo com as normas vigentes, estabelecidas pelo governo, pelos costumes e tradições da comunidade e outros.

Segundo Bucher (1992), há duas espécies de normas, as internas e as externas. As internas correspondem às tradições familiares que são passadas de gerações para gerações e as externas são aquelas aprendidas nos grupos sociais.

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, a saúde, a alimentação, a educação, ao esporte, ao lazer, a profissionalização, à cultura, a dignidade, ao respeito, a liberdade e a convivência familiar e comunitária. (Estatuto da Criança e do Adolescente, art. 4º)

No entanto nem toda criança, ao nascer, dispõe de um lar bem “organizado”. Principalmente nas últimas décadas, por influência das condições sócio-econômicas e por outros fatores, o grupo familiar sofreu importantes mudanças. Não sendo mais possível reconhecer a família como um modelo único, aquele que permeia o imaginário do ideal, mas sim reconhecer que novos arranjos familiares são a realidade da sociedade que vivemos.

Para tanto, o Estatuto assegura que não tendo a família meios de proporcionar as condições necessárias ao pleno desenvolvimento da criança e do adolescente, isto é, desenvolver a função de cuidado e proteção, tradicionalmente definidas como de responsabilidade da família, o Estado deve através de políticas públicas, garanti-las. (LIMA, 2000, p. 20)

Nessa nova forma de olhar a sociedade, e principalmente as “famílias” encontram-se os Programas de Orientação e Apoio Sócio Familiar, que possuem como principal objetivo auxiliar a família na sua auto-gestão sem criar dependência, fortalecendo os vínculos familiares para a superação das dificuldades econômicas e sociais.

2.2 Apresentação do Programa de Orientação e Apoio Sócio Familiar – POASF.

Em meio a várias discussões, a família continua sendo considerada como espaço privilegiado de cuidado e proteção ao ser humano, sendo indispensável para a garantia de sobrevivência, do desenvolvimento e da proteção integral das crianças, adolescentes e jovens, independente do arranjo familiar ou da forma pela qual de estrutura.

A partir da Constituição Federal (1988), a Lei Orgânica da Assistência Social (1993) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), que a família passou a ser reconhecida como fundamental no crescimento e desenvolvimento de seus componentes. Por esse motivo, as famílias necessitam de aportes sociais, culturais, psicológicos e econômicos para que possam auxiliar no desenvolvimento de suas crianças e adolescentes. Entretanto, não tendo a família condições para que isso ocorra, o Estado, através de políticas públicas, deve garantir

programas para que esses direitos sejam cumpridos, como explicita o Estatuto da Criança e do Adolescente no artigo 90:

As entidades de atendimento são responsáveis pela manutenção das próprias unidades, assim como pelo planejamento e execução de programas de proteção e sócio-educativos destinados à criança e ao adolescente, em de: I- **orientação e apoio sócio-familiar**; II- apoio sócio-educativo em meio aberto; III- colocação familiar; IV- abrigo; V- liberdade assistida; VI- semi-liberdade; VII- internação. (Estatuto da Criança e Adolescente, 1990, artigo 90)

Nesta perspectiva, foi implantado em março de 1998 o Programa de Orientação e Apoio Sócio Familiar, no município de Florianópolis/SC, localizado no Complexo Ilha Criança - Bairro Agrônômica. Vinculado à Secretaria de Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social, Gerência de Assistência Social e Divisão de Atenção à família, sendo financiado pelos Fundos Municipais da Criança e do Adolescente e da Assistência Social. O Organograma encontra-se disponível no Anexo A, p. 90.

O Programa tem como objetivo acompanhar e orientar as famílias, que são encaminhadas pelos Conselhos Tutelares - setores ilha e continente e pelo Juizado da Infância e Juventude, visando favorecer a sua auto-gestão e os suprimentos de suas necessidades básicas, garantindo os direitos das crianças e adolescentes previstos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA. Sendo seus principais objetivos⁶.

Objetivo Geral

Acompanhar e orientar a família visando a sua autogestão e o suprimento das necessidades básicas, tendo em vista a reorganização da dinâmica familiar para que seja assegurado os direitos da criança e do adolescente, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente.

⁶ Os referidos objetivos constam no Projeto de criação do Programa de Orientação e Apoio sócio-Familiar do município de Florianópolis/SC.

Objetivos Específicos:

- Conhecer as necessidades e possibilidades da família
- Fornecer benefícios materiais
- Promover auto-estima e autoconfiança bem como os direitos de cidadania.
- Estabelecer vínculo de confiança entre o profissional e a família, servindo de apoio à mesma.
- Desenvolver um trabalho articulado à rede de atendimento as crianças, adolescentes e suas famílias.

O atendimento do Programa abrange o município de Florianópolis/SC, principalmente em comunidades de baixa renda, tendo como meta manter em acompanhamento 100 (cem) famílias/mês. Sua equipe profissional esta organizada por técnicos da área social e de psicologia, sendo composta de 08 Assistentes Sociais, 03 Psicólogas, 03 Estagiárias de Serviço Social e um motorista, através de instrumentos técnico-operativos como entrevistas, visitas domiciliares, reuniões de equipe, com as famílias em atendimento e com a rede municipal de assistência. O Fluxograma do Programa, encontra-se no Anexo B, p. 91.

Na ação profissional compete ao Assistente Social, fazendo uso do instrumental técnico-operativo, traçar um diagnóstico familiar visando identificar as possíveis expressões da questão social. Após tais levantamentos feitos, o profissional conduz sua intervenção numa dimensão sócio-assistencial proporcionando a família com suas questões específicas e dificuldades a serem superadas um acompanhamento profissional e sistemático, orientando e socializando informações quanto aos direitos, bem como deveres e responsabilidades junto ao núcleo familiar.

2.2.1 Descrição e análise da relação entre a questão das drogas e as ações profissionais.

Na especificidade do Programa, o grupo familiar é sempre aquele que contém criança e /ou adolescente com direitos violados, visando assegurar e resgatar esses direitos busca-se realizar uma ação profissional em conjunto, ou seja, a família no seu contexto como um espaço a ser cuidado e não só de cuidados.

A primeira fase do acompanhamento se caracteriza pelo conhecimento da dinâmica familiar e das demandas apresentadas por seus membros, para a partir de um estudo social elaborar o plano de intervenção, inserindo a família em projetos específicos de acordo com o plano elaborado.

O Programa desenvolve projetos de intervenção que são traçados de acordo com o perfil familiar identificado, acontecem em três linhas de atuação de forma paralela e complementar, são :

* **Projeto Banco de Recursos**, objetiva garantir o acesso das famílias a recursos materiais para o atendimento de direitos básicos, em caráter de emergência. Sendo que, através do estudo social e acompanhamento das famílias o Programa fornecerá benefícios materiais, os quais serão administrados de acordo com a realidade vivenciada.

* **Projeto Inserir**, pretende possibilitar a inserção dos mantenedores das famílias no mercado formal de trabalho. O projeto é desenvolvido através do conhecimento do perfil das famílias para o mercado de trabalho, o que deve se manter atualizado em um banco de dados. Bem como, o conhecimento da oferta de emprego oferecida pelas empresas da cidade, encaminhando-os para a seleção. Deve-se também manter um trabalho articulado com a Divisão de Capacitação Profissional. É feito também o encaminhamento das famílias para cursos profissionalizantes e/ou de grupos de produção.

Famílias com Crianças em Situações de Rua: objetiva fortalecer o vínculo da criança e/ou adolescentes que está na rua, com sua família, possibilitando o retorno ao convívio familiar e comunitário, bem como, atuar para que a família tenha condições de acolhê-los. O trabalho é realizado através do acompanhamento sócio-terapêutico, através de atendimentos individuais e familiares pelo serviço social e psicologia, visitas familiares, articulação com a rede de serviços assistenciais, bem como da sua rede de apoio e da família ampliada, reuniões com grupos de famílias, entre outros.

Famílias em Situação de Negligência: busca-se possibilitar condições às famílias para que elas possam assumir os cuidados e a proteção dos filhos. O trabalho é realizado através do acompanhamento sócio-terapêutico, através de atendimentos individuais e familiares pelo serviço social e psicologia.

Famílias em Situação Econômica Crítica: pretende-se desenvolver ações que promovam a auto-organização e a gestão da vida familiar, atendendo-os no suprimento das necessidades básicas e na busca pela garantia dos direitos de cidadania.

* **Projeto Passo a Passo à Escola:** pretende-se através deste acompanhar a frequência e o desenvolvimento das crianças e adolescentes na escola.

Às famílias que estão em acompanhamento, são famílias que diretamente refletem todas as mudanças ocorridas nessas últimas décadas, em termos econômicos, sociais, políticos, de valores e outros. Todo esse processo, contribui para o aumento de famílias empobrecidas que não conseguem suprir suas necessidades básicas.

Segundo Carvalho (1997) apud Silva (2001, p. 10), a globalização da economia e os ajustes econômicos ocorridos nos últimos dez anos, no Brasil, têm acelerado o empobrecimento das famílias, alterando sua estrutura, seu sistema de relações, papéis e formas de reprodução social.

Todo esse processo resulta em momentos de crises e de novas formas de articulação social e sobrevivência que coloca as famílias em situação de vulnerabilidade social. Por não cumprirem com o papel que lhes é determinado nas Leis que regem este País, as famílias hoje, segundo a ótica do Estado necessitam de capacitação para exercer suas funções.

Frente a esta realidade, o envolvimento com as drogas torna-se uma saída propícia como forma de transgressão das regras impostas e como forma de esquecimento, mesmo que temporário, dessas problemáticas que afligem e comprometem as relações familiares.

As demandas identificadas como objeto da ação profissional, estão entrelaçadas, dentre elas surge a questão da dependência química, ou melhor colocando, o uso de drogas na família.

Foram pesquisadas 92 famílias que estavam em atendimento, ressaltando que numa mesma família há a identificação de mais de uma situação problema. O gráfico a seguir, apresenta as demandas identificadas no mês de agosto de 2003 levantadas a partir de um formulário preenchido pelos profissionais responsáveis pelo acompanhamento familiar.

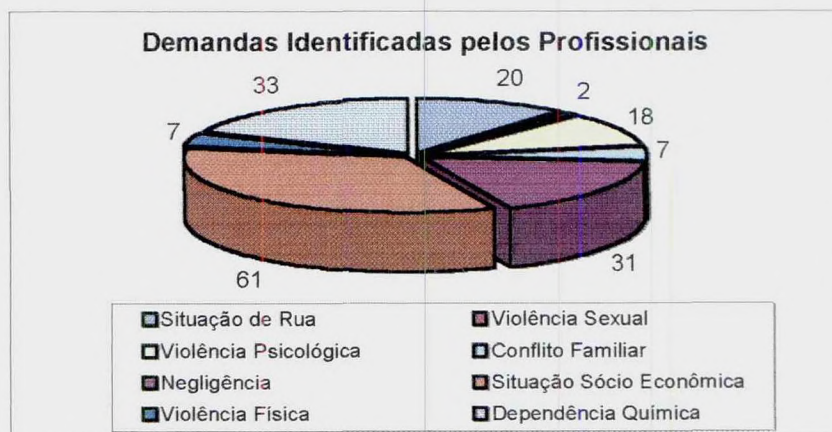


Gráfico 01 – Demandas Identificadas pelos Profissionais em Agosto/2003.

Tal expressão da realidade, torna-se para o Serviço Social um campo vasto de ação profissional, desde que capacitado para trabalhar com esta demanda, que exige não só conhecimento, mas principalmente isenção de valores ideológicos.

A abordagem do Programa em relação às drogas, ainda esta em segundo plano devido ao pouco conhecimento que se tem dessa questão. A atuação profissional efetiva-se muito mais na linha de encaminhamentos e orientações quanto aos malefícios e os problemas decorrentes do uso de drogas, tanto na saúde como na família. Os encaminhamentos são no sentido de propor uma desintoxicação e possível recuperação.

Neste sentido, percebe-se que o Programa intervém quando a família não está mais suportando tal “carga”, ou quando o adolescente sente a necessidade de ser ajudado e recorre ao Programa para que isso seja feito. As experiências vividas durante o Estágio Curricular Obrigatório e agora no não obrigatório, me permitiram essa leitura da realidade. Comumente as questões ligadas às drogas, seja uso ou o envolvimento com tráfico, são trazidas a tona, somente quando o adolescente está em risco eminente de vida o que obviamente inclui a família.

Nesse caso, a intervenção profissional é de viabilizar a retirada do adolescente do seu contexto sócio-familiar e encaminhá-lo ao tratamento para dependência química em regime de internação, conforme disponibilidade e critérios das Comunidades Terapêuticas.

Devido o fato das drogas estar relacionado à criminalidade, alguns profissionais julgam que esta questão é uma problemática a ser trabalhada pelo Ministério Público e Juizado da Infância e Juventude, seguindo a linha da culpabilidade e repressão. Não percebendo a droga como conseqüência de um contexto sócio-familiar e econômico insuficiente ao desenvolvimento pleno da criança e do adolescente. Também não podemos desconsiderar que

o envolvimento com drogas originam outros problemas que fragilizam e dificultam ainda mais as relações familiares.

2.3 Perfil das famílias acompanhadas pelo Programa de Orientação e Apoio Sócio Familiar no ano de 2003, que vivenciam o uso de drogas.

Este item possui o objetivo de caracterizar as famílias, em acompanhamento, que possuem algum membro usuário de drogas, para traçar um perfil fidedigno foram colhidos dados existentes nos prontuários (pastas de acompanhamento familiar) e informações dos profissionais que atendem as referidas famílias. Do total de 102 famílias, 20 se enquadram nos critérios adotados, ou seja, que possuíssem algum membro usuário de droga, lícita ou ilícita, a coleta dos dados ocorreram durante o mês de novembro de 2003.

As famílias em acompanhamento pelo Programa vivenciam situações de vulnerabilidade, devido às diversas transformações políticas, econômicas, sociais e culturais sofridas nessas últimas décadas. Foram encaminhadas por motivos diversos, sendo que a carência sócio-econômica aparece de forma explícita na maioria das famílias, outras situações também comprometem a dinâmica familiar, dentre elas a negligência; a dependência química, a violência e suas modalidades; situação de rua vivenciadas por crianças/adolescentes e adultos; saúde familiar comprometida e outras. Ressalta-se que tais situações podem acontecer isoladamente ou associadas.

Estes dados se confirmam, quando verificamos que das 20 famílias pesquisadas, 17 apresentam como principal demanda depois da dependência química, a carência sócio-econômica, seguida pelos conflitos familiares vivenciados por 15 famílias, a negligência apresenta-se em 11 e as famílias em situação de rua, totalizam 10, outra manifestação das situações limítrofes que identificam as famílias como segmentos sociais vulneráveis é a

crescente violência no seio familiar, a violência psicológica e a física são comumente vivenciadas e a violência sexual aparece somente em 01 família. O gráfico abaixo nos mostra estes dados em termos de valores concretos.

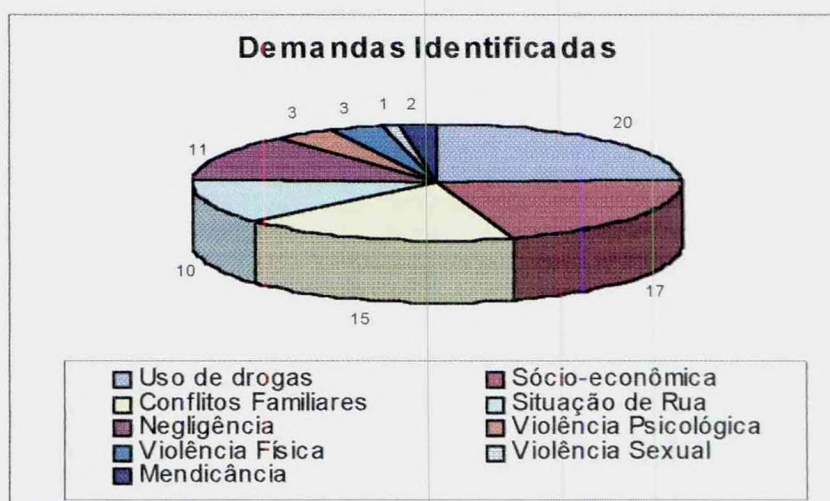


Gráfico 02 – Demandas Identificadas pelos profissionais em Nov./2003

Diante das informações apresentadas, chega-se aos dados que caracterizam essas famílias, que serão apresentados por categorias, que são: Constituição do núcleo familiar (quem é o responsável pela família, faixa-etária e escolaridade do responsável); Características familiar (etnia, religião, procedência e o endereço atual); Renda familiar (provedor do sustento familiar, mercado de trabalho e os tipos de ocupação); Habitação Familiar e Saúde Familiar.

Constituição do núcleo familiar.

Do total pesquisado, constatou-se 09 dos responsáveis por crianças, adolescentes e jovens são representados pela figura materna, ou seja, são famílias chefiadas por mulheres na faixa-etária de 35 a 45 anos e não possuem o Ensino Fundamental concluído, sendo que a escolaridade do responsável concentra-se até a 4ª série. O gráfico abaixo nos mostra os dados referente ao responsável pela família.

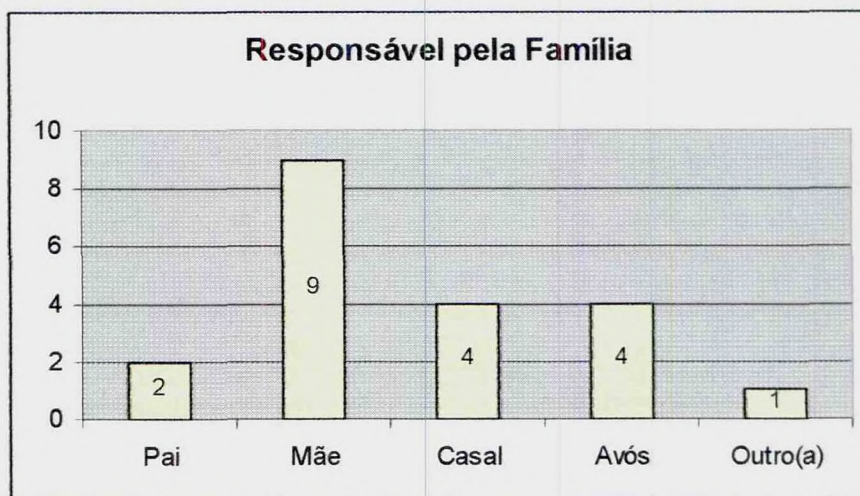


Gráfico 03 – Responsável pela Família

Característica Familiar.

Em relação à etnia familiar, contatou-se que 07 famílias são da raça branca, 07 famílias da raça negra e 06 são pardas. A religião praticada é desconhecida pelos profissionais que acompanham essas famílias.

Sobre a procedência familiar, constatou-se que a maioria é originária do município de Florianópolis, totalizando 11 das 20 famílias pesquisadas (gráfico abaixo).

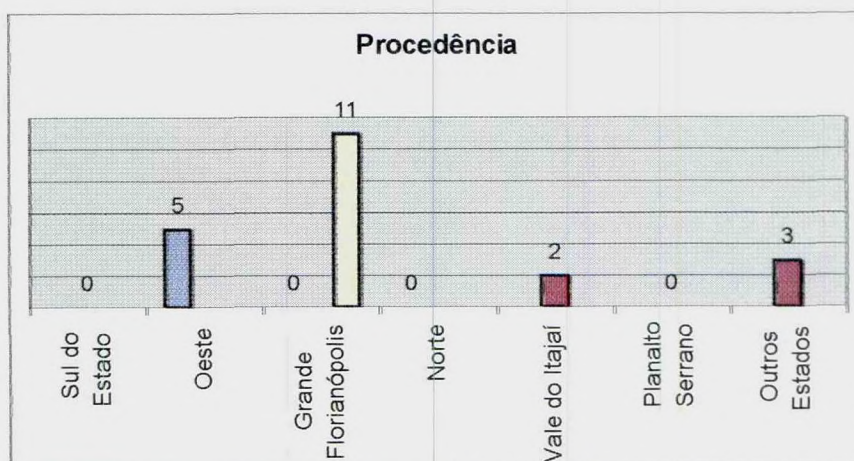


Gráfico 04 – Procedências das Famílias

Essas residem em locais com maior concentração de pobreza, em decorrência da própria situação econômica que impede acesso às melhorias habitacionais. O continente da ilha, abriga um total de 12 famílias, destas 07 residem na região do Monte Cristo e o restante reside nos bairros próximos. Nas comunidades que compõem o maciço do Morro da Cruz, estão localizadas 03 famílias; no norte da Ilha, totalizam 02 famílias e 03 famílias estão distribuídas nos bairros localizados no sul da Ilha, conforme demonstra o gráfico 05.

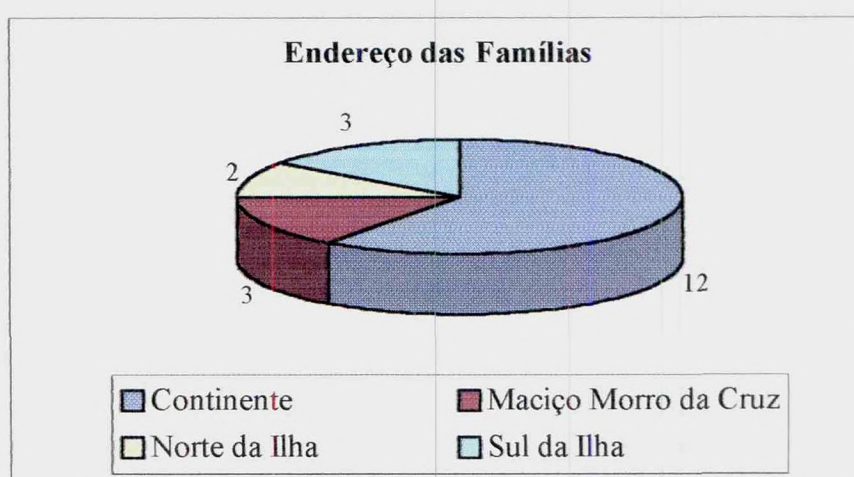


Gráfico 05 – Endereço das Famílias

Renda familiar

A mulher além de ser a responsável também é a provedora na maioria das famílias pesquisadas, contabilizando 25% de famílias mantidas por mulheres e em 22% o sustendo do orçamento familiar é mantido pelos avós. O que acarreta uma sobrecarga de responsabilidades à mulher, devido aos papéis culturalmente atribuídos pela nossa sociedade.

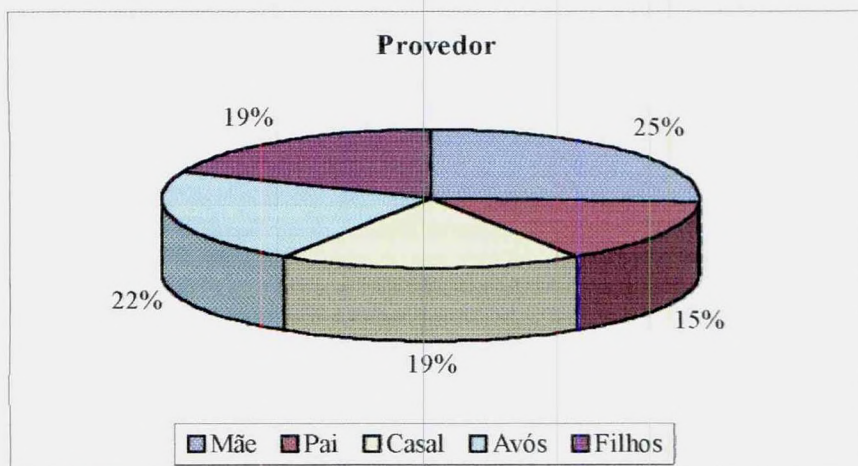


Gráfico 06 – Provedor

Em relação ao mercado de trabalho, a pesquisa nos revelou que a maioria dos trabalhadores não possui acesso ao emprego formal, sendo que apenas 11% são empregados com Carteira Profissional registrada, 48% encontram-se na informalidade e não possuem seus direitos trabalhistas assegurados, 30% estão desempregados e 11% são aposentados, conforme o gráfico abaixo.

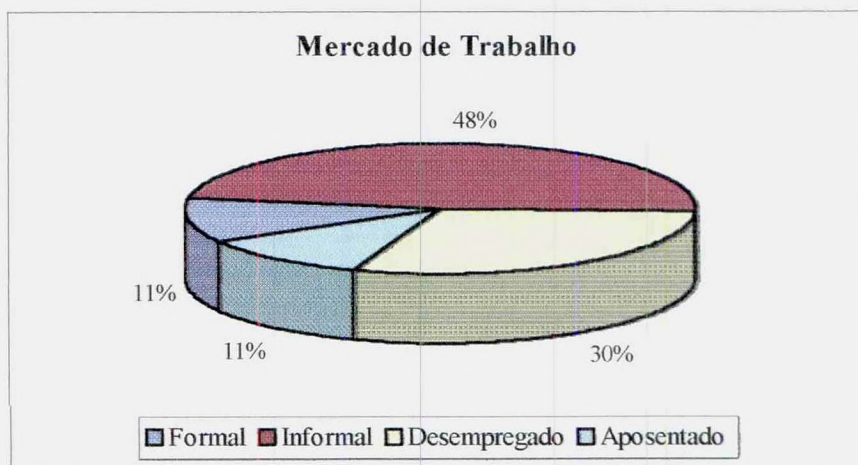


Gráfico 07 – Mercado de Trabalho

Justamente por não possuírem acesso ao mercado de trabalho formal e aos direitos trabalhistas, não conseguem suprir as necessidades básicas familiares e vivenciam constantemente situações de vulnerabilidade social, e por conta disso tornam-se usuários dos serviços de assistência social. Obviamente que alguns fatores contribuem para que estes trabalhadores estejam fora do mercado de trabalho, um deles é a baixa escolaridade, os avanços tecnológicos e outros.

As alternativas encontradas para prover o sustento familiar percorrem os mais variados tipos de ocupação, como serviços domésticos, serviços gerais, catadores, biscates, construção civil e outros, oficializando a informalidade como única via de acesso à renda. Como veremos no gráfico, que segue abaixo.

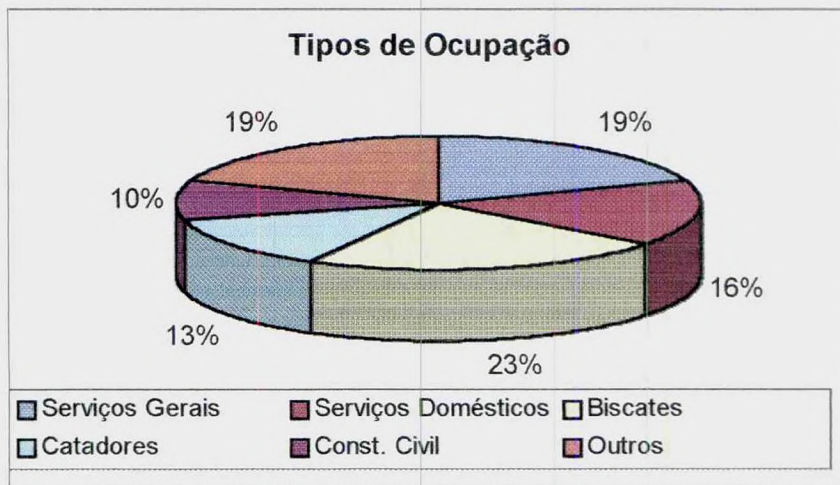


Gráfico 08 – Tipos de Ocupação

Todos esses fatores contribuem para o empobrecimento das famílias, trazendo conseqüências uma mudança nos padrões familiares, na delimitação dos papéis nas formas de reprodução social, conduzindo muitas vezes as situações limites, uso de drogas, conflitos e violências familiares.

Habitação Familiar

A pesquisa nos revela, que em relação à moradia, 65% das famílias possuem casa própria e de alvenaria, de 03 a 04 cômodos, em condições boas de habitação, com banheiro, energia elétrica, abastecimento de água e rede de esgoto. No entanto, devemos ressaltar que o fato de possuírem casa própria não significa que tenham boas condições econômicas, pois muitas dessas casas estão localizadas em áreas ilegais, em locais de difícil acesso e/ou em encostas de morros, construídas por etapas ou em forma de mutirões.

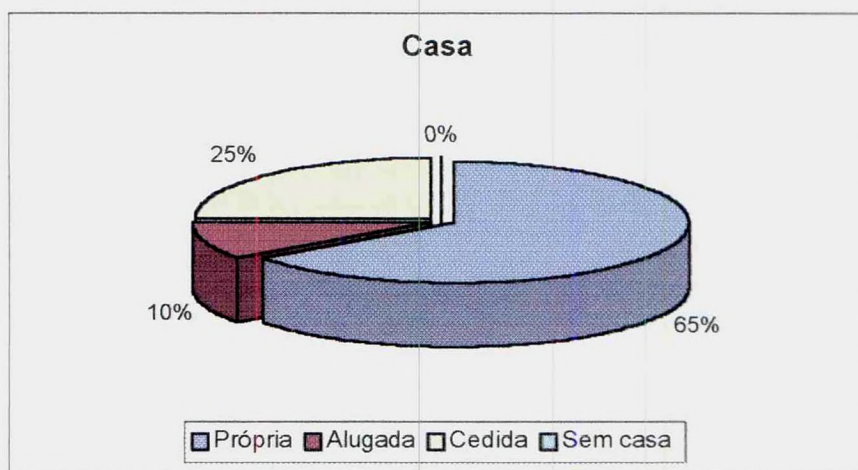


Gráfico 10 – Casa

Saúde Familiar

A saúde familiar é extremamente comprometida, evidenciando-se principalmente a dependência química, tanto por adultos como adolescentes⁷.

⁷ O número de usuários de drogas ultrapassa o número de famílias pesquisadas, pelo fato de na mesma família haver mais de um usuário.

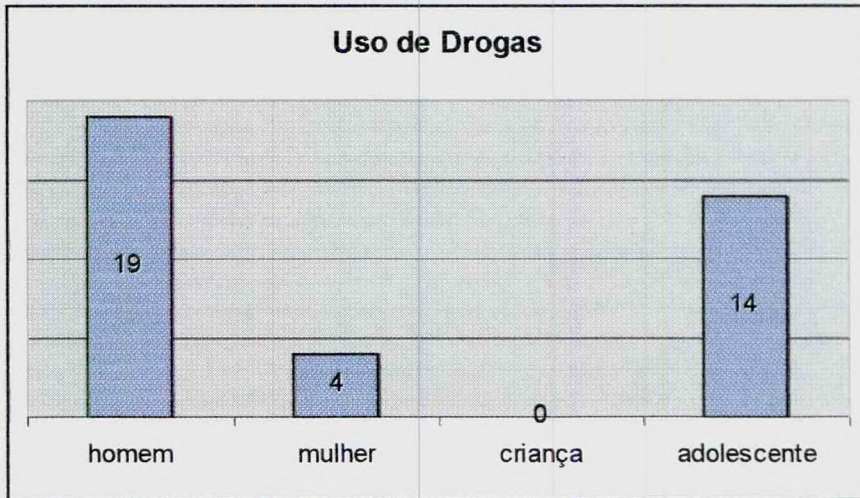


Gráfico 11 – Uso de Drogas na família

Observa-se que as drogas ilícitas são freqüentemente mais usadas, totalizando o uso em 22 casos relatados pela profissional responsável pelo acompanhamento familiar e 16 casos para as drogas lícitas, como álcool principalmente.

Não há registros de portadores do vírus HIV nessas famílias pesquisadas, os transtornos psiquiátricos aparecem em 03 famílias, 02 apresentam necessidades especiais de natureza física e mental e em 05 famílias evidenciou-se outras patologias, como câncer, doenças do coração, frisando que os 05 casos são em mulheres.

Novamente a figura feminina aparece como destaque, evidência que comprova a sobrecarga atribuída à mulher, que nos tempos atuais precisa suportar diversas responsabilidades, como o cuidado e proteção dos filhos, um lar bem organizado, prover o sustento familiar e outras funções.

Dessa forma, os dados demonstrados nesse perfil serviram de subsídios para a elaboração da pesquisa central que trata este trabalho, apresentados de forma mais aprofundada no capítulo 3.

2.4 Definições quanto o uso de drogas.

Falar em abuso de drogas significa que houve um uso, fato que pode levar a dependência ou não. De acordo com Bucher (1992, p. 30), o “National Drug Abuse Council”, instância americana do mais alto nível de estudos sobre drogas, ressalta a importância de não confundir os dois tipos de usuários. Apesar do estreito caminho que leva do uso ao abuso e conseqüentemente a dependência, inúmeros fatores pessoais determinam essa relação.

Certamente, o nível de toxicidade das substâncias consumidas são fatores determinantes, mas não são únicos. Há que se considerar outros fatores que facilitam a entrada no mundo das drogas e a escalada rumo a dependência. Bucher (1992, p. 31), cita que em primeiro lugar devemos considerar a pessoa, sua fragilidade, seus conflitos individuais e familiares inscritos na sua historicidade, em segundo lugar o contexto sócio-cultural e econômico que pode induzir a entrega às drogas.

Nessa entrega às drogas, cabe-nos fazer algumas distinções em relação ao uso. A classificação do uso de drogas segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), define-se em seis etapas, que seguem:

- **Uso na vida:** o uso de drogas pelo menos uma vez na vida;
- **Uso no ano:** o uso de drogas pelo menos uma vez nos últimos doze meses;
- **Uso recente ou no mês:** o uso de drogas pelo menos uma vez nos últimos trinta (30) dias;
- **Uso freqüente:** uso de drogas seis (06) ou mais vezes nos últimos trinta (30) dias;
- **Uso de risco:** padrão de uso que implica alto risco de dano à saúde física ou mental do usuário, mas que ainda não resultou em doença orgânica ou psicológica;

- **Uso prejudicial:** padrão de uso que já está causando dano à saúde física ou mental.

Quanto à frequência do uso de drogas, segundo a OMS, os usuários podem ser classificados em:

- **Não-usuário:** nunca utilizou drogas;
- **Usuário leve:** utilizou drogas no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana;
- **Usuário moderado:** utilizou drogas semanalmente, nas não todos os dias, durante o último mês;
- **Usuário pesado:** utilizou drogas diariamente durante o último mês.

A Organização Mundial da Saúde (2003), considera ainda que o abuso de drogas não pode ser definido apenas em função da quantidade e da frequência do uso. Assim, uma pessoa somente será considerada dependente se o seu padrão de uso resultar em pelo menos três dos seguintes sintomas ou sinais, ao longo dos últimos doze meses.

- Forte desejo ou compulsão de consumir drogas;
- Dificuldades em controlar o uso, seja em termos de início, término ou nível de consumo;
- Uso de substâncias psicoativas para atenuar sintomas de abstinência, com plena consciência dessa prática;
- Estado fisiológico de abstinência;
- Evidência de tolerância, quando o indivíduo necessita de doses maiores da substância para alcançar os efeitos obtidos anteriormente com doses menores;

- Estreitamento do repertório pessoal de consumo, quando o indivíduo passa, por exemplo, a consumir drogas em ambientes inadequados, a qualquer hora, sem nenhum motivo especial;
- Falta de interesse progressivo de outros prazeres e interesses em favor do uso de drogas;
- Insistência no uso da substância, apesar de manifestações danosas comprovadamente decorrentes desse uso;
- Evidência de que o retorno ao uso da substância, após um período de abstinência, leva a uma rápida reinstalação do padrão de consumo anterior.

Embora o uso de drogas represente um momento de transgressão, de fuga ou de puro prazer. Devemos ter a clareza que sua função social é denunciar que algo está errado, seja na família, na comunidade ou na sociedade.

Hygino e Garcia (2003, p. 32), elencam algumas reflexões quanto ao enfrentamento das drogas:

- a) Distinção e definição entre droga, drogadicto e drogadição, “nota-se a freqüente superposição desses termos, na interpretação depreciativa e condenatória”, fato que pode induzir a um julgamento valorativo e a discriminação. Nas abordagens preventivas, o que muitas vezes dificulta um entendimento real da mensagem transmitida;
- b) O uso de drogas, como já mostrado neste trabalho, faz parte da história do homem em sociedade. No entanto, “para diferentes sociedades e diferentes contextos históricos, significados diferenciados”. Para ações eficazes é fundamental desvendar

- e compreender os significados quanto ao uso de drogas. Ações e estratégias generalistas, dificilmente conseguirão atingir os objetivos de combate às drogas;
- c) A distinção entre as drogas legalmente permitidas ou não, são fatores de aceitação social que dificultam a eficácia das abordagens preventivas ou de combate ao uso indevido. As drogas lícitas, embora permitidas, “não representam menor impacto destrutivo do ponto de vista biológico, psíquico ou social.”;
 - d) Desmistificar que o uso de drogas é um problema exclusivo das classes mais populares;
 - e) Esse último é definido como o aspecto mais organizado em relação às drogas. Representam os interesses econômicos, “vender droga é um empreendimento altamente lucrativo. Sejam as lícitas ou ilícitas”, são organizações ramificadas pelo mundo, que movimentam todo esse comércio e se articulam de maneira a manter essa prática.

Outros fatores contribuem para o consumo de drogas e principalmente o aumento desse comércio ilegal, como as causas de ordem social e econômica e pessoal que conduzem o indivíduo ao envolvimento, tais como: curiosidade, busca do prazer, auto-afirmação, poder e prestígio, influência dos amigos, entre outros.

No que se refere aos fatores determinantes ligados ao meio, percebe-se que a disponibilidade, incluindo a facilidade na compra pelo baixo valor e outras condições para obtenção, o círculo social em que está inserido o usuário é um recurso muito dinâmico e que facilita e incentiva diretamente o seu envolvimento, como já especificado anteriormente, nesse contexto também situa-se a família que pode possuir via de mão dupla, ou seja, pode prevenir ou influenciar, dependendo da maneira como vivencia essa problemática.

Associados a esses fatores, encontram-se as situações de risco, que se entende como circunstâncias que oferecem riscos a toda uma comunidade.

2.4.1 Prevenção, Tratamento e Recuperação.

Como vimos anteriormente, a década de 1960 foi marcada pelo crescente uso de drogas, tentou-se conter esse fenômeno através da repressão e fiscalização da comercialização das drogas, estratégias que não repercutiram com sucesso. Diante da ineficácia desses meios, em relação à expansão do consumo, novas medidas foram adotadas, dentre elas medidas preventivas através da educação, mostrando os danos causados à saúde pela introdução de drogas no organismo.

A década seguinte foi extremamente promissora, já que o problema tornou-se uma ameaça mundial reconhecida pela sociedade e principalmente pelos governos. A partir de 1972, a Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO, destacou como prioridade mundial o investimento em educação, para prevenir o abuso de drogas. Considerando o papel da informação como meio mais eficaz para combater esse fenômeno.

No ano de 1998, foi criada pelo então Presidente da República Sr. Fernando Henrique Cardoso, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), órgão executivo do Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) criado através do Decreto Lei nº 3696 de 21 de dezembro de 2000, para combater as drogas, dando maior unidade às políticas de controle e ao desenvolvimento de uma ação articulada tanto no campo da repressão contra o narcotráfico quanto nas áreas de prevenção e recuperação. É de responsabilidade da SENAD, implantar um plano de ação para a redução da demanda por drogas, integrando ao Plano Nacional de Segurança Pública (PNSP)

e ao Plano de Integração e Acompanhamento de Programas Sociais de Prevenção e Violência (PIAPS).

Para garantir a eficácia de suas ações, a Secretaria Nacional Antidrogas desenvolveu uma estratégia visando à prevenção, para isso primeiramente compreendendo as raízes do uso de drogas no país, foram implantadas campanhas nacionais objetivando a conscientização da sociedade brasileira quanto à problemática. Não podemos desconsiderar que os fatores que envolvem o uso de drogas devem ser compreendidos em sua totalidade. A uso de drogas precisa ser entendida como um sistema de um momento histórico em que a humanidade busca uma saída para a frustração existencial.

A ação preventiva, de acordo com Büchelle (2001), precisaria considerar o contexto histórico, econômico e sócio-cultural, nos quais está inserida a população alvo, bem como o conhecimento objetivo da realidade do consumo e das motivações que a sustentam. Intervir nas raízes, na base se sustentação de toda essa lógica, e não somente atacar uma das conseqüências, pois se há consumo, obviamente há fornecedores.

No sentido de esquematizar e representar paradigmas e modelos de prevenção ao uso de drogas. Bucher (1992) aponta em seu livro os modelos de prevenção fundamentados por H. Nowlis, que são quatro: Modelo Jurídico-Moral, Modelo de Saúde Pública, Modelo Psicossocial e o Modelo Sócio-cultural. Esses modelos resultam da diversidade de hipóteses formuladas a respeito da interação entre drogas, homem e sociedade, sendo que cada uma destas hipóteses acarreta determinadas conseqüências na ação social, na educação, no tratamento jurídico, terapêutico e político da questão das drogas.

Modelo Jurídico-Moral:

A posição Jurídico-Moral corresponde à perspectiva mais tradicional que a sociedade atribui as drogas, a resposta repressiva. Os programas educacionais baseados nesse modelo

priorizam o produto, adotam o critério da legalidade, excluindo uma série de drogas “legais”, como o álcool, que embora cause danos a saúde seu uso é tolerado pela sociedade. A estratégia utilizada apela, prioritariamente, para uma ampla divulgação de informações sobre os perigos decorrentes do uso, tanto em nível de saúde como em nível da legislação.

Mantendo-se de propósito o equívoco entre o perigo que ameaça a saúde, e aquele que decorre da infração à lei, transparece uma outra preocupação: a de proteger a sociedade e duas instituições contra o perigo das drogas.
(BUCHER, 1992, p. 148)

Modelo de Saúde Pública

Esse modelo não faz distinção entre legalidade e ilegalidade das substâncias. A droga é definida como um agente ativo, o indivíduo como um hospedeiro e o contexto sócio-cultural no qual está inserido é o próprio meio ambiente, formulando um esquema do modelo de uma doença infecciosa. Nesse a droga assume o papel mais importante entre os três elementos.

Para prevenir a vulnerabilidade excessiva de certas pessoas, adotam-se medidas baseadas na orientação para a prevenção, contendo informações quanto aos riscos do uso indevido, assumido como um problema médico. Cabe lembrar os três níveis de prevenção, enfocados pela medicina, que são a prevenção primária, secundária e terciária, que seguem:

Prevenção Primária tem como objetivo intervir antes que surja algum problema; intervir na educação de crianças e adolescentes que ainda não se envolveram com drogas ou apenas estão na fase de experimentá-las. O objetivo é evitar a ocorrência do problema-alvo, isto é, evitar o máximo possível a incidência de novos casos de uso de drogas, os esforços são no sentido de oferecer o maior número possível de opções saudáveis como atividades culturais, recreativas, esportivas e tantas outras que facilitem a inserção dos jovens na vida da comunidade.

Prevenção Secundária é um prolongamento da prevenção primária. Quando o adolescente está em dificuldades, pessoais, familiares ou sociais, ou já esta usando drogas, por curiosidade, ou iniciando o uso habitual, a intervenção deve ser feita, por meio do diálogo, informando sobre melhor sobre as conseqüências do consumo de drogas contando com a ajuda dos pais.

Prevenção Terciária ocorre quando a dependência já esta instalada no indivíduo. Aqui os esforços são no sentido de incentivar para a procura de terapias adequadas para cada pessoa. Incentivar para o diálogo franco e aberto com o dependente e com a família.

Modelo Psicossocial

O modelo Psicossocial, foi desenvolvido a partir da década de 50, sua linha de atuação trabalha com as três definições do modelo de Saúde Pública porem da ênfase ao indivíduo, enquanto agente ativo responsável pelo consumo.

Nessa perspectiva, o uso de drogas e o seu usuário são considerados fatores complexos e dinâmicos, tornando-se, assim o ponto central das ações de intervenções, muito mais do que as substâncias utilizadas. Esse modelo considera que o uso é um comportamento que só persistirá enquanto desempenhar uma função para o indivíduo.

Modelo Sócio-cultural

Esse modelo acentua o contexto sócio-cultural, “são os padrões sociais que definem o uso e os usuários de drogas”, ou seja, as drogas ganham relevância pela maneira como uma dada sociedade define o seu uso e os seus usuários.

Salienta que o uso de drogas evidencia as condições sócio-econômicas e ambientais que cercam o indivíduo, nessa linha possui como objetivo a redução dessas condições através de mudanças no contexto, o que implicaria uma redução do consumo.

Existem muitas propostas para o tratamento da dependência de drogas. Todas as propostas devem levar em consideração o indivíduo como um ser humano único; os critérios e métodos contemplados no processo de tratamento devem considerar possibilidades médicas, psicoterápicas e sociais, centrados na família.

Convém ressaltar que a possibilidade de sucesso de uma intervenção é maior quando o usuário procura ajuda e quando participa ativamente do estabelecimento de um projeto terapêutico. O Conselho Estadual de Entorpecentes do Estado de Santa Catarina, levanta diferentes intervenções terapêuticas que deverão ser usadas de acordo com o perfil da família e do usuário.

a) Proposta de Farmacoterapêutica:

São propostas de controle e acompanhamento farmacológico (uso de medicamentos). São também conhecidos como “modelo médico”, desenvolvido comumente em Hospitais gerais ou Institutos Psiquiátricos, clínicas, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) e consultórios médicos.

b) Propostas de Psicoterapia Individual

Normalmente desenvolvidas por Psicólogos e/ou Psicoterapeutas, caracteriza-se pelo atendimento individualizado.

c) Propostas de Psicoterapia de Grupo

Caracterizado pelo atendimento de grupos. Os usuários são incluídos em programas de sessões grupais coordenados por terapeuta habilitado ou capacitado, com o propósito de modificar os comportamentos.

d) Psicoterapia Familiar

O foco de atenção é o usuário nas relações com sua família. Nesta proposta, a família aprende as interações entre os seus propósitos mecanismos de defesa e os do membro usuário;

a lidar com os estigmas, com os mal-entendidos nas relações e papéis. Recebe informações em relação às diversas dimensões do problema do uso indevido de drogas.

e) Terapia Ocupacional

O foco de atenção é ocupar o dependente com atividades dirigidas para resgatar o prazer de viver e restabelecer vínculos.

f) Terapias Cógnito-comportamental

O foco é trabalhar intervenções em grupo que permitam se os usuários são capazes de transformar as informações cognitivas aprendidas em comportamento operante.

Este processo privilegia a interdependência entre os integrantes, tendo como meta o estabelecimento de relações sociais saudáveis, voltadas para a abstinência e a reabilitação.

g) Grupos Comunitários de Ajuda-Mútua

Os grupos de ajuda mútua como os Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA), Amor Exigente (AE), e todos os outros são associações de pessoas que por terem problemas comuns buscam através de normas internas e passos norteadores, a busca da sobriedade.

h) Propostas de Comunidades Terapêuticas

Modelo de terapia comunitária desenvolvida em internos de Comunidades Terapêuticas.

i) Propostas Alternativas

Outras formas de tratamento alternativos começam a ser apresentados e já atingem um número significativo de pessoas. Tendem a apresentar formas não ortodoxas (tradicionais) de atendimento. Ex.: GAM - Grupo Alternativo de Ações Mútua da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

No atendimento a dependentes químicos podemos caracterizar duas etapas principais: a desintoxicação, objetivando a retirada da droga do organismo e a reabilitação, objetivando a reorganização da vida do indivíduo sem a interferência prejudicial das drogas.

Em se tratando de ações governamentais a nível municipal, Florianópolis/SC não dispõe de uma política municipal antidrogas, nem tampouco Leis que contemple tal temática, sendo que apenas duas das ações de redução da demanda, a prevenção que ocorre através de palestras nas escolas, para grupos interessados, seminários realizados pelos membros que compõem o Conselho Municipal de Entorpecentes e o tratamento.

Quanto ao tratamento, a Prefeitura Municipal de Florianópolis mantém convênio com seis (06) Comunidades Terapêuticas. Vinculado a Secretaria de Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social, Gerência de Assistência Social, Divisão de Atenção Especial, está o Projeto Abordagem de Rua, responsável pelos encaminhamentos referentes à dependência química no que tange ao tratamento.

A reinserção social é um processo no qual o indivíduo, sua família, a comunidade e o Estado se envolvem, visando criar novas redes de relações sociais, de forma saudável. Concretiza-se com a conscientização do indivíduo no aprendizado ou no resgate de valores morais e éticos, devendo a família, a sociedade e o Estado prestar-lhe apoio, criando mecanismos de educação, saúde, trabalho, esporte, lazer, cultura, apoio psicológico para o exercício de sua cidadania. É uma ação prevista como etapa da redução da demanda, cujo objetivo fundamental é a progressiva ressocialização do dependente químico em um ambiente que reforce suas potencialidades.

O que prevê a Política Nacional Antidrogas, no que tange a reinserção social, seria eficaz se vivêssemos numa sociedade humanitária e principalmente igualitária, o que não

acontece. O próprio contexto sócio-cultural é um fator de risco, os atrativos encontrados como alternativas de convívio social influenciam diretamente no comportamento dos jovens.

As próprias políticas sociais que deveriam subsidiar os pressupostos dessa política pública que visa combater o fenômeno do uso indevido de drogas, não possibilitam ao indivíduo um retorno diferente, já que não disponibiliza na rede social um pós-tratamento adequado ao ex-dependente, e tampouco alternativas concretas de mudanças sócio-econômicas.

3. FAMÍLIAS, POASF E DROGAS

3.1 Apresentação do Projeto de Pesquisa e os procedimentos metodológicos adotados para a investigação.

A pesquisa que será apresentada e analisada neste capítulo, surgiu da prática como estagiária de Serviço Social no Programa de Orientação e Apoio Sócio Familiar – POASF do município de Florianópolis/SC, foi iniciada no mês de outubro de 2003 e concluída em dezembro do mesmo ano. O interesse de pesquisar sobre a temática em questão surgiu a partir de um levantamento de dados sobre as famílias, cujo objetivo principal era traçar um perfil das famílias acompanhadas pelo Programa servindo de base para uma ação profissional mais eficaz. Tal procedimento, foi realizado no mês de agosto de 2003, onde se constatou um número elevado de famílias que possuíam algum membro usuário de drogas, como nos revela o gráfico 01, pg. 50, onde das 92 famílias que usufruíam os serviços prestados pelo Programa, 33 dessas apresentavam situações de envolvimento com drogas.

Os objetivos que orientam essa pesquisa, foram: 1) Identificar os elementos utilizados pelas famílias e pelos profissionais do Programa de Orientação e Apoio Sócio Familiar na redução da demanda por drogas⁸, e 2) Mapear a rede de serviços assistenciais para essa demanda específica.

Considerando os objetivos estabelecidos, foram necessárias duas abordagens diferentes mas essencialmente complementares, uma realizada com as famílias que se enquadravam nos

⁸ Termo usado pela Política Nacional Antidrogas para agrupar as ações e programas de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social.

critérios adotados e outra com os profissionais do Programa que prestam serviços a essas famílias.

Nesse sentido, foram adotados os seguintes critérios para a realização da pesquisa: famílias que possuíam adolescentes usuários de drogas ilícitas. A escolha dessa característica se deu pelo fato de compreendermos que o adolescente está numa fase de descobertas, e com isso torna-se um alvo fácil para as drogas e obviamente devido ao contexto social e econômico em que está inserido; 01 família de cada região do município, sendo 01 do Continente da Ilha, 01 do Maciço do Morro da Cruz, 01 do Leste da Ilha, 01 Norte da Ilha e 01 do Sul da Ilha, totalizando 05 famílias, para caracterizar os diferentes elementos utilizados na redução da demanda do uso indevido de drogas e os serviços disponíveis referentes à temática em questão; as entrevistas foram realizadas com a pessoa responsável pela família e que tivesse conhecimento sobre o problema relacionado ao uso de drogas pelo adolescente; os profissionais entrevistados foram aqueles que acompanhavam as respectivas famílias entrevistadas, sendo no total de 08 Assistentes Sociais somente 04 fizeram parte do trabalho e das 03 Psicólogas, 02 colaboraram com a pesquisa.

Do universo de 92 famílias pesquisadas em agosto de 2003, identificou-se que 33 possuíam membros usuários de drogas, seja lícita ou ilícita. No entanto, da data desse levantamento até o início da aplicação da pesquisa algumas famílias foram desligadas⁹ do Programa, com isso o universo da pesquisa limitou-se ao de 20 famílias, sendo que de acordo com os critérios adotados somente 01 família de cada região do município foi entrevistada.

⁹ Termo utilizado para definir o encerramento dos serviços prestados pelo Programa de Orientação e Apoio Sócio Familiar- POASF.

Ao propor um estudo sobre as drogas, esta pesquisa buscaria a compreensão de um fenômeno social complexo e a partir da coleta de subsídios para auxiliar no entendimento mais amplo da questão, estaria assim contribuindo para uma ação profissional mais capacitada.

Tentando introduzir um ordenamento mínimo na enorme multiplicidade de fatores que facilitam as primeiras experiências com drogas entre os adolescentes, determinantes que não se exprimem em variáveis quantificáveis, e cuja análise exige um grau maior de aprofundamento sobre a família, a comunidade, os órgãos e instituições de apoio. Considerando todos estes fatores, os procedimentos metodológicos adotados neste trabalho constituíram-se na aplicação de uma pesquisa de campo, onde foram adotadas técnicas qualitativas por apresentarem-se mais adequadas ao fenômeno em questão.

Nesta perspectiva, o processo de coleta de dados, “cujo objetivo principal é obter informações da realidade” (RUDIO, 1978, p. 89) acerca do fenômeno estudado, utilizamos como instrumento de pesquisa, consulta ao acervo documental existente sobre as referidas famílias, entrevista individual com perguntas abertas. E a aplicação de um questionário com perguntas abertas aos profissionais do Programa, preenchidas por eles devido à complexidade do tema.

No processo de coleta de dados, foram realizadas 04 das 05 entrevistas propostas com as famílias, em decorrência de uma família no momento da entrevista negar o fato do filho adolescente estar envolvido com drogas, sendo que já havia trazido esta questão ao conhecimento da profissional que acompanha a família, o que prejudicou um mapeamento mais abrangente sobre as drogas. Dessa forma, os locais contemplados foram à região do Continente da Ilha, representada pela comunidade Chico Mendes; região do Maciço Morro da Cruz, comunidade do Monte Serrat; região do sul da ilha, representada pela comunidade do Ribeirão da Ilha e a região leste, bairro Monte Verde.

Após a obtenção dos dados, a etapa seguinte correspondeu à análise e interpretação dos resultados obtidos conforme as categorias definidas que responderam aos objetivos propostos neste trabalho, tal fase corresponde ao item 3.2, que segue.

3.2 Análise e interpretação dos dados coletados na Pesquisa.

A organização dos dados colhidos na pesquisa parte da compreensão estabelecida por Gil (1995, p. 167), a respeito de categorias. O autor compreende que o estabelecimento de categorias às respostas obtidas é necessário devido as mais variadas respostas, pois facilita a análise por agrupar ordenadamente os resultados.

Considerando isso, os resultados da pesquisa serão apresentados primeiro em relação aos profissionais e, em seguida, em relação às famílias pesquisadas e num terceiro momento, que corresponde ao mapeamento dos serviços assistenciais disponíveis para atender essa demanda, de acordo com o conhecimento dos profissionais e das famílias.

Profissionais (Assistentes Sociais e Psicólogas)

- **Estratégias utilizadas para abordar o assunto do uso de drogas.**

A percepção dos sinais que permitem uma identificação quanto ao uso de drogas por algum membro da família em acompanhamento, foram elencados pelos profissionais de acordo com a experiência profissional adquirida no exercício da profissão, a identificação é possível na medida que a família traz queixas sobre o comportamento do “membro problema” mas sem denunciar explicitamente o seu envolvimento com drogas, o profissional fazendo uso dos relatos existentes e informações sobre a história da família consegue perceber que a situação denunciada esta relacionada ao uso de drogas e a outras questões associadas, segundo os profissionais os principais sintomas são: hábitos de rua, prática de atos infracionais,

comportamento agressivo, mudança abrupta de humor, não cumpre compromissos, intensificação dos conflitos familiares e outros.

Todos esses indícios permitem a identificação pelo profissional de mais uma demanda para a ação profissional, que requer um trabalho conjunto e intensificado com a família. Foi apresentado como um recurso eficaz o estabelecimento de vínculo baseado na confiança na medida que permite uma abertura dos segredos existentes na família, auxiliando numa ação reflexiva proposital, cujo objetivo principal é o reconhecimento do problema associado às drogas no meio familiar que necessita uma intervenção profissional mais direcionada para a questão, buscando a família como um recurso importante enquanto elemento fundamental para a redução da demanda, seja através da prevenção do uso indevido de drogas ou através de encaminhamentos para tratamento e recuperação, são exemplos os depoimentos abaixo que ilustram essa interpretação:

“É importante criar um bom vínculo com a família para que se estabeleça a confiança e assim a família traga a situação para ser trabalhada...” (Relato 03 - A.S.)

“[...] estabelecendo uma relação de confiança para abordar com a família sua problemática com transparência. Assumir o problema para enfrentá-lo.” (Relato 01 - A.S.)

Quando a família explicita claramente essa problemática, as intervenções realizadas inicialmente são de cunho exploratório, onde procuram identificar quais as drogas usadas e a frequência do uso para identificar o grau de comprometimento e como a família vivencia esta questão e os recursos já utilizados para auxiliar numa possível redução das conseqüências adversas do uso indevido de drogas pelo adolescente. Fazendo uso dessas informações, o profissional juntamente com a família busca disponibilizar ao adolescente encaminhamentos para grupos de ajuda-mútua e conforme o grau de comprometimento com as drogas viabiliza um tratamento em regime de internação em local apropriado, desde que o adolescente sinta

desejo de não usar mais drogas, caso recuse o tratamento e os encaminhamentos o trabalho efetiva-se através de orientações quanto as conseqüências adversas do uso indevido de drogas e os risco a saúde e ao todo orgânico (cognitivo, afetivo, social, biológico, mental e espiritual), abaixo segue os relatos de profissionais que confirmam essa informação:

“Inicialmente abordamos a família quanto ao tipo de drogas, frequência do uso. E depois intervimos junto ao usuário na possibilidade de realizar um tratamento de desintoxicação, quando existe essa possibilidade, quando não trabalhamos mais a conscientização dos riscos e danos que causam na vida deste usuário.” (Relato 02 - A.S.)

“Trabalhamos a questão através de atendimentos sociais e psicológicos. Encaminhamentos para grupos de auto-ajuda (A.A., N.A.) e se necessário e a pessoa dependente aceitar encaminhamos para internação[...].” (Relato 03 - A.S.)

A intervenção externa acontece quando o adolescente manifesta desejo de parar de usar drogas, ou quando se encontra em situação de risco pessoal e/ou familiar, em decorrência do envolvimento com traficantes, dívidas adquiridas pelo uso de drogas, participação em gangs que disputam o poder territorial na comunidade ou na prática de atos infracionais, são exemplos que confirmam as interpretações realizadas:

“Geralmente quando o usuário corre algum risco e ele mesmo pede ajuda ou quando outras pessoas da família estejam correndo algum tipo de risco por causa deste usuário.” (Relato 02 - A.S.)

“[...] quando o adolescente esta em risco e/ou colocando outras pessoas em risco, neste caso buscamos a intervenção da Justiça da Infância e Juventude, do Conselho Tutelar, etc.” (Relato 03 - A.S.)

- **O POASF como órgão público intervindo na questão das drogas.**

As limitações trazidas pelos profissionais a respeito do Programa, como órgão público que presta serviços a estas famílias conforme a lógica do Estado, mostram-se insuficiente para essa problemática que demanda capacitação e articulação de diversos organismos sociais, devido aos problemas familiares e sociais que denuncia e origina, veja o relato de um dos profissionais que representam o Programa:

“Encaminha dados estatísticos para a Secretaria (SHTDS) a fim de mostrar a demanda existente,[...]. No entanto, fica atrelada a burocracia da instituição, detendo-se ao atendimento direto as famílias.” (Relato 01 - A. S.)

Percebe-se que a responsabilidade compartilhada que estabelece a Política Nacional Antidrogas a nível municipal não esta sendo efetivada, a ausência de projetos e programas, bem como uma política municipal não permite que a redução da demanda por drogas torne-se efetiva devido a não implantação de tal política a nível municipal e a falta de articulação entre os programas existentes, o que nos demonstra a fragilidade da rede de serviços específicos para essa demanda. Embora o Programa revele através de dados estatísticos a necessidade de uma atenção especial à problemática que afeta diversas famílias.

- **Aspectos dificultadores da ação profissional.**

Por aspectos dificultadores compreende-se o fator inerente a profissão e ao sistema social, que impede a ação profissional mais ampla e eficaz. Elencamos alguns aspectos apontados pelas profissionais, que serão apresentados em tópicos para facilitar uma melhor visualização.

- A inexistência de uma rede de serviços de redução da demanda por drogas (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social);
 - Falta de capacitação profissional sobre as drogas;
 - Locais para tratamento e recuperação sem atender os requisitos da Resolução nº 101/01 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, como um Programa Terapêutico onde deveria ser contemplado: rotinas de funcionamento e tratamento definindo atividades obrigatórias e opcionais; garantia de vínculo familiar e social através de visitas; profissionais capacitados em dependência química, da área da saúde ou serviço social, com formação superior, coordenador administrativo. Registro de funcionalidade aprovado pelo CONEN ou COMEN; registro e documentação de todos os residentes; infra-estrutura física com setor de hospedagem (alojamento) suficiente para o número de residentes, local próprio aos profissionais, setor de terapia/recuperação, sala de TV/música, área externa para deambulação, setor administrativo e setor de apoio logístico (cozinha, refeitório...);
 - Violência Social e urbana;
 - Vínculo com a rua e os atrativos propiciados pelo tráfico de drogas, enquanto mercado empregador;
 - Famílias sem perspectivas de mudança;
 - Normalidade atribuída às drogas, que permite uma aceitação do consumo de drogas.
-
- **Aspectos facilitadores da ação profissional.**
 - Comprometimento profissional;
 - Vínculo entre família e o profissional;

- Quando a família se percebe como o recurso essencial no enfrentamento da questão;
- Trabalho em equipe.

Os aspectos elencados, demonstram que a família é o ponto central, na medida que permite uma possível resolução dessa problemática relacionada às drogas. Por ser parte responsável no envolvimento do adolescente com o uso de drogas atrelado a outras questões que afetam a família, como desemprego, violência doméstica, péssimas condições habitacionais e outros.

Famílias acompanhadas no POASF.

- **Os elementos usados pela família para reduzir as conseqüências do uso indevido de drogas.**

O assunto drogas, segundo os relatos obtidos nas entrevistas, fazia parte das conversas familiares, como forma de prevenção ao uso de drogas, as quatro mães entrevistadas foram unânimes o afirmar que sempre estabeleceram uma relação compreensiva e aberta, e advertiam seus filhos dos perigos do uso de drogas e do envolvimento com pessoas ligadas ao tráfico. Devido o contexto em que vivem, consideram o diálogo extremamente importante na resolução de problemas. No entanto, informações baseadas somente no senso comum podem surtir um efeito contrário e despertar a curiosidade daqueles que são informados, é o que confirma este estudo, se a prevenção e conversas sobre a questão eram realizadas em casa, o envolvimento com drogas por parte desses adolescentes confirma que tal estratégia não é totalmente eficaz. Abaixo seguem alguns relatos:

“Quando descobri que ele usava drogas, comecei a advertir dos perigos. Procurei ajuda no Conselho Tutelar, que fez a internação dele no CRETA, ficou lá por 09 meses, e quando saiu recaiu e voltou a usar mais drogas ainda”. (Relato 01)

“Antes de ele usar, eu conversava sobre os perigos do uso das drogas e dos envolvimento com o tráfico, mas não adiantou.” (Relato 02)

Quando as conversas em família não são suficientes para evitar que um filho se envolva com drogas e corra o risco de tornar-se dependente dessas substâncias, outras alternativas são necessárias para ajudar na solução ou minimização do problema já instalado no meio familiar, lembrando que as drogas podem representar a denúncia de questões familiares muito mais constantes, como crises financeiras, desafetos, conflitos conjugais e outros.

Este é o quadro que muitas famílias se encontram, buscam ajuda em diversos meios, com vizinhos, com a rede familiar, nas atividades recreativas e educativas como possibilidade de entretenimento preenchendo o tempo livre dos filhos, mas quando todos estes elementos falham, as famílias recorrem aos profissionais e serviços especializados, como os locais destinados ao tratamento e recuperação, são as fazendas, comunidades terapêuticas, clínicas e grupos de ajuda-mútua.

Por outro lado, embora todas as tentativas de amenizar o uso de drogas sejam recorridas, dificilmente haverá um abandono definitivo das drogas, pois a reinserção social tornar-se comprometida pelo fato do adolescente retornar ao mesmo contexto social e familiar, vivenciando as mesmas problemáticas anteriores e principalmente porque os programas de redução de demanda trabalham desarticulados e focam somente na questão do uso indevido de drogas e do usuário, tais interpretações se confirmam nos relatos obtidos nas entrevistas, que seguem:

“Ele deseja se tratar, mas muitas vezes a comunidade influencia, atualmente ele esta mais em casa e quando sai não tem levado o irmão junto, mas continua voltando quando amanhece.” (Relato 01)

“É muito complicado, mesmo tendo iniciativa de parar de usar droga, os amigos sempre convidam e ele não consegue parar.” (Relato 04)

- **As drogas na dinâmica familiar**

A adolescência compreende não uma fase problemática, mas uma fase de descobertas provocada pela entrada no mundo adulto. O grupo social é o meio responsável por facilitar o acesso e esse mundo de descobertas e novas experiências, é composto pela família, pelos colegas da escola, pela comunidade e naturalmente continua se ampliando.

O uso de drogas pelo adolescente representa questões profundas, com causas e conseqüências na própria história da família.

Nas famílias entrevistadas, confirmou-se esse entendimento quando atribuem como possível motivo que impulsionou o adolescente a envolver-se com as drogas, os conflitos existentes no meio familiar e também atribuído ao grupo de amigos e a própria comunidade.

“O próprio pai é alcoólatra, mas o meu filho usou drogas por causa dos amigos.”
(Relato 02)

“O mau exemplo do padrasto também influenciou, mais aqui na comunidade a droga é fácil de conseguir.” (Relato 01)

“As brigas conjugais entre eu o pai dele” (Relato 04)

Certamente os grupos sociais, aqui representados pelos amigos, exercem influência sobre o adolescente que só se torna viável na medida que há uma identificação entre aqueles que fazem parte do grupo. O adolescente torna-se membro daquele grupo porque se percebe como igual aos demais, compartilham problemáticas e angústias comuns.

O uso de drogas causa mudanças não só no comportamento do adolescente, mas principalmente na dinâmica familiar, instala-se um clima de desconfiança e temor. Se os

problemas que afligiam a família anteriormente as drogas exigiam entendimento e compartilhamento de todos na superação destes, as drogas afetam diretamente as relações já abaladas, na medida em que um único membro torna-se o centro do problema. Veja os relatos seguintes:

“Depois que ele começou a usar drogas, as atenções se voltaram somente para ele, que vivia na rua, sumia por dias, era agressivo[...]. Muitas vezes eu acordava no meio da noite e saía atrás dele.” (Relato 01)

“O problema crescia como uma bola de neve, mas nunca abandonei meu filho[...].”
(Relato 02)

“Na falta da droga, ela agredia eu e a irmã, tentei ajudar, ficou internada várias vezes, mas sempre voltava a usar.” (Relato 03)

O perfil elaborado no item. 2.3, Capítulo 2, sobre a figura de a mulher ser a principal responsável pela família confirma-se nesse trabalho de pesquisa. Todas as entrevistas foram realizadas com a mãe do adolescente, por ser ela a pessoa de referência e que mais se empenha em colaborar para que o filho abandone o uso de drogas.

- **O POASF e a sua colaboração na redução da demanda no uso de drogas.**

As famílias ao citarem o Programa como um dos principais recursos utilizados na colaboração da redução da demanda por drogas, se deu pelo fato de poderem contar com profissionais e o acesso aos serviços especializados viabilizados pelo Programa, através dos encaminhamentos realizados. Como exemplos, seguem alguns relatos:

“O Programa sempre ajudou quando precisei, mas muitas vezes ele não queria ser ajudado, a vontade passava e não queria mais ser internado.” (Relato 01)

“Ah sim, ela (Assistente Social) sempre ofereceu o tratamento, mas nem sempre ele queria, só quando a coisa tava feia, é com ameaça.” (Relato 03)

“Hoje, ele ta internado, lá na fazenda, porque ela (Assistente Social) ajudou a convencer ele, e também porque ele tava com medo de ser morto[...].” (Relato 02)

A colaboração do Programa no enfrentamento do problema, tem sido visto como um recurso de suma importância, revela a pesquisa. Foram unânimes as respostas, que atribuíram aos profissionais do POASF uma fonte de recursos através do acompanhamento e dos encaminhamentos realizados.

Mapeamento da Rede de Serviços Assistenciais.

As quatro famílias entrevistadas, uma de cada região do município de Florianópolis/SC, elencaram como os serviços disponíveis os seguintes:

- Região Continente da Ilha: Projeto Casa Chico Mendes, realiza reuniões educativas sobre as drogas para adolescentes que participam das atividades realizadas no projeto;
- Região Maciço do Morro da Cruz: Espaço Cultural Escrava Anastácia, realiza palestras para as crianças e adolescentes e na escola do Monte Serrat que faz palestras sobre as drogas para os alunos;
- Região Leste: Centro Comunitário do Monte Verde, realiza palestras para as famílias;
- Região Sul da Ilha: Não tem conhecimento.

Percebe-se que mesmo o assunto drogas sendo um tema tão complexo, ainda hoje há poucos projetos, instituições e organizações que trabalham com essa problemática. São realizadas ações pontuais, geralmente focadas no efeito que as drogas produzem sobre o

organismo e destinadas apenas para um segmento social, seja a família ou as crianças e adolescentes.

Os profissionais do Programa, enquanto representantes de um órgão público, demonstram comprometimento ao atender todas as demandas identificadas, em especial as que estão relacionadas às drogas já que causam extremas mudanças na dinâmica familiar, no entanto as limitações do Programa e da própria rede não permitem uma superação dessa situação problema, o que dificulta uma intervenção mais efetiva. Também por se tratar de um tema complexo que envolve muitas outras questões familiares, como já mencionado. Percebe-se que as famílias possuem interesse e empenho em buscar soluções para reduzir as conseqüências adversas do uso de drogas, mas os recursos são escassos dificultando ainda mais as ações realizadas, tanto pela família, como pelo profissional.

Devemos voltar a atenção, para a família e a sociedade como um todo, pois, estas instituições são responsáveis pelo desenvolvimento biopsicossocial do adolescente garantindo condições de equilíbrio emocional e maturação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecemos uma sociedade pelos males existentes nela, que infeliz colocação, pessimista, porém, muito realista. Nessas últimas décadas vivemos a era de todos os males, consumo desenfreado, política transviada, inversão de valores, violências múltiplas e muitos outros, que se elencados aqui bastariam para encerrar este trabalho e justificariam o caos social não declarado em que vivemos. As drogas são uma doença social, cujas causas é o sistema desigual e excludente, um dos sintomas é a criminalidade a violência urbana; como diagnóstico temos a intensa busca de felicidade e de prazer, a fuga da realidade miserável. Os tratamentos oferecidos são a repressão, discriminação, o julgamento moral e a prisão. Tratam as conseqüências e não as causas, e a doença continua se alastrando por todo o organismo social.

O estudo bibliográfico sobre o tema em destaque, nos revelou que o uso de drogas pela Humanidade atravessa séculos até mesmo milênios, resistindo as mais distintas eras. No entanto, foi no século XX que tal questão tornou-se um problema, pois até então o uso de drogas fazia parte da tradição cultural e religiosa de diversos povos. Tragicamente somos hoje o reflexo da ganância pelo dinheiro e poder, expressão do capitalismo selvagem, transformando uma herança cultural num fenômeno social que avassala sociedade e destroem famílias já abaladas por diversas crises sofridas decorrentes da modernidade, que trouxe um turbilhão de mudanças.

Todas essas mudanças, colocaram as famílias empobrecidas em situação de total abandono social, uma vez que não conseguem romper com os ciclos sócio-culturais herdados

por gerações. Tornam-se mais vulneráveis e conseqüentemente expostas aos riscos sociais, vivem na fronteira de um mundo alucinado entre a normalidade determinada socialmente e a realidade vivenciada diariamente, nesse paradoxo situam-se as gerações futuras, os adolescentes, que diante de tantas incertezas encontram nas drogas uma alternativa prazerosa, mesmo que momentânea, de fuga desse mundo de exclusões e desigualdades.

A pesquisa realizada, revelou que as famílias percebem o uso de drogas como um problema extremamente prejudicial e complexo, com raízes profundas nas relações familiares, e por isso recorrem aos profissionais e serviços especializados na esperança de minimizar as conseqüências adversas desse uso pelo adolescente. Entretanto, responsabilizam a comunidade e o grupo de amigos como a principal influência causadora do uso de drogas, sem se dar conta que estes são reflexos do que os adolescentes vivenciam no seio familiar.

O Programa, como Medida de Proteção prevista no artigo 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente, frente a essa problemática tão complexa, limita-se a conduzir suas intervenções numa dimensão sócio-educativa, atuando através de orientações e encaminhamentos, muitas vezes não condizentes com a realidade vivenciada pelas famílias e adolescentes. Sujeito a insucessos devido à falta de melhor capacitação dos profissionais e a falta de articulação entre a rede de serviços específicos a essa demanda, principalmente a área da saúde, politicamente responsável por abordar as questões referentes às drogas, já que estas são tratadas como problema de saúde pública e jurídica.

Diante dessas percepções, torna-se cada vez mais necessário a existência de programas, projetos e ações públicas e/ou privadas, com profissionais capacitados para enfrentamento dessa questão, com uma visão ampla sobre esse fenômeno social que se intensifica em nossa sociedade.

Trazendo essa questão para o âmbito político, o Estado, o município e a sociedade como um todo, precisam urgentemente coordenar esforços com base no princípio da Responsabilidade Compartilhada, como preconiza a Política Nacional Antidrogas, implantando atividades, ações e programas de redução da demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução da oferta de drogas.

Até a implantação da Política Nacional Antidrogas (2002), o Brasil atacava o combate às drogas de três formas, a primeira frente era reprimir a oferta das drogas, ou seja, acabar com os narcotraficantes e fornecedores, através de Leis severas como medida de repressão ao tráfico de drogas não legalizadas. A segunda forma, era através da redução da demanda, onde se pretendia convencer o usuário a não usar drogas. As estratégias usadas eram campanhas que mostravam a droga como a vilã, o usuário como um condenado a morte, a prisão ou a internação, tentativa que fracassou, uma vez que não se estava educando, dos maléficos causados ao organismo humano e social, do usuário e sim o reprimindo pelo uso de drogas. E a terceira frente de combate, era o tratamento como última instância de cura e de esperança do abandono as drogas. Das três estratégias apresentadas, a que mais recebia atenção e recurso era o combate a oferta.

Atualmente, o Governo Federal através da efetivação da Política Nacional Antidrogas, pretende atacar o problema relacionado às drogas, seja o uso ou o tráfico, em cinco grandes linhas de combate (Prevenção; Tratamento, Recuperação e Reinserção Social; Redução dos Danos Sociais e à Saúde; Repressão e Estudos, Pesquisas e Avaliações), estabelecendo parcerias entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira, municípios e Estados, com base no princípio da Responsabilidade Compartilhada. Cabendo ao município, enquanto célula-máter, adequar a política estabelecida à realidade local.

Todo esse estudo bibliográfico realizado, proporcionou-me um conhecimento amplo da Política existente sobre drogas, bem como os princípios da Responsabilidade Compartilhada que devem reger todas ações, programas e projetos a serem implantados na realidade local, a superação dessa problemática que afeta nossa sociedade somente será possível no momento em que haja uma tomada de consciência sobre os insucessos de combate as drogas, até agora obtidos.

Buscar soluções, livre de julgamentos morais, é responsabilidade de todos aqueles que encontram nos problemas relacionados às drogas uma fonte do fazer profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMOVAY, M.. Guangues, **Galeras, Chegados e Rappers: Juventude, Violência e Cidadania nas Cidades Periféricas de Brasília**. Rio de Janeiro. Gramond, 1999.
- ALCOOL E DROGAS SEM DISTORÇÃO. Disponível em: < <http://www.einstein.br/alcooledrogas>>. Acesso em: 20 outubro 2003.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal, 8069/90, de 13 de junho de 1990.
- BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federativa do Brasil**. 1988.
- BRASIL. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Lei Federal, 8742/93, de 07 de dezembro de 1993.
- BRASIL. **Política Nacional Antidrogas**. Secretaria Nacional Antidrogas, Brasília, 2002.
- BRASIL. **Lei de Tóxicos**. Lei nº 6368, 1976.
- BRASIL. **Lei de Tóxicos**. Lei nº 10409, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Regulamento técnico para o funcionamento das comunidades terapêuticas – serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial**. Resolução nº 101, de 30 de maio de 2001 Brasília, 2001
- BECHER, Daniel. **O que é adolescência**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo. Brasiliense, 1986.
- BUCHER, Richard. **Drogas e Drogadição no Brasil**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- CARLINI, E. A.. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, UNIFESP, São Paulo, 2002.
- _____. **Drogas Psicotrópicas – o que são e como agem**. São Paulo. Revista IMESC, 2001, p. 09-35.
- CARVALHO, G. S.. **Drogas no contexto do Direito Penal Brasileiro**. São Paulo, Revista IMESC, 2001, p. 43-64.
- CARVALHO, M. do C. B. de. **Assistência Social: uma política pública convocada e moldada para constituir-se em “governo paralelo da pobreza”**. In Serviço Social & Sociedade. N° 46, São Paulo, Cortez, 1994.

CARVALHO, S. de C.. **A Política Criminal de Drogas no Brasil, do discurso às razões da discriminação**. Rio de Janeiro. Luam, 1996.

COELHO, A. B. de S. R.. **Política de Proteção à infância e adolescência e descentralização**. In Serviço Social & Sociedade. N° 60, São Paulo, Cortez, 1999.

EISENSTEIN, Evelyn; SOUZA, R. P.. **Situações de Risco à saúde de crianças e adolescentes**. Petrópolis. Vozes, 1993.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis/SC. Secretária de Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social. Gerência de Assistência Social. Divisão de Atenção à Família. **Programa de Orientação e Apoio Sócio Familiar**. 1998.

GALDURÓZ, J. C. F.. **Uso e Abuso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**. São Paulo, Revista IMESC, 2001, p. 37-42.

GARCIA, J.; HYGINO, A. **Drogas: a permanente (re) encarnação do mal**. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo, Cortez, 2003, p. 31-41.

Gil, A. C.. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. Atlas. São Paulo, 1995.

GORGULHO, Mônica. **Adolescência e Toxicomania**. São Paulo, Revista IMESC, 2001, p. 65-72.

GRAÇA, J. R. da. **Tóxicos**. Série Problemas Brasileiros. Rio de Janeiro. Renes, 1971.

KOPP, P.. **A economia das drogas**. Bauru, EDUSC, 1998.

LEITE, M. C. **Aspectos Básicos do Tratamento da Síndrome de dependência de substâncias psicoativas**. Série Diálogo. 3ª Ed. Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas. Brasília, 2002.

LIMA, E. M.. **Famílias e Programas de atendimento a crianças e adolescentes: uma relação que esta em construção**. Monografia de Especialização em Metodologia de Atendimento a Criança e Adolescente em Situação de Risco. FAED/UEDESC. Florianópolis, 2000.

MAFRA, M.. **As famílias na era da Globalização: Breve Perfil dos grupos familiares atendidos no Projeto de Orientação e Apoio Sócio-Familiar**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

MARQUES, A. C. P. R.. **O uso de álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamentos**. São Paulo, Revista IMESC, 2001, p.73-86.

MIOTO, R. C. T.. Novas propostas e velhos princípios: Subsídio para a discussão da assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sócio-familiar. **Revista Katalysis**, 1998.

NETO, F. B. N.. **A geração dos Anos 90 (perfil dos adolescentes)**. Florianópolis. Promover, 1990.

OLIVEIRA, H. M. J. de. Controle Social e Assistência Social: O Desafio (im) possível. **Revista Katalysis**, nº 04. 1999.

OSÓRIO, L. C.. **Adolescente Hoje**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado do Desenvolvimento Social e da Família, Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania. **Diretrizes para a implantação e funcionamento de Conselhos Municipais Antidrogas**. CONEN. UNISUL, Florianópolis, 2001.

SANTOS, L. J.. **Drogas Psicologia e Crime**. Porto Alegre, Sagra Luzzatto, 1997.

SEDA, Edson. **Infância e Sociedade: Terceira Via, o novo paradigma da criança na América Latina**. Edição Adês, Brasil, 1998.

II Fórum Catarinense da Adolescência e Juventude. Fórum A.. 2003. Florianópolis, outubro/2003.

SILVA, P. E.. **Caracterização das famílias atendidas pelo Projeto de Orientação e Apoio Sócio Familiar em relação ao uso de drogas**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

SPOZATI, A. **Os desafios da municipalização do atendimento à criança e ao adolescente: o convívio entre a LOAS e o ECA**. In: Serviço Social & Sociedade. Nº 46, São Paulo, Cortez, 1994.

TAKASHIMA, G. M. K.. O desafio do Serviço Social na construção da cidadania-criança, adolescente e família. **Revista Katálisis**. Florianópolis, Editora da UFSC, 1998, p. 29-40.

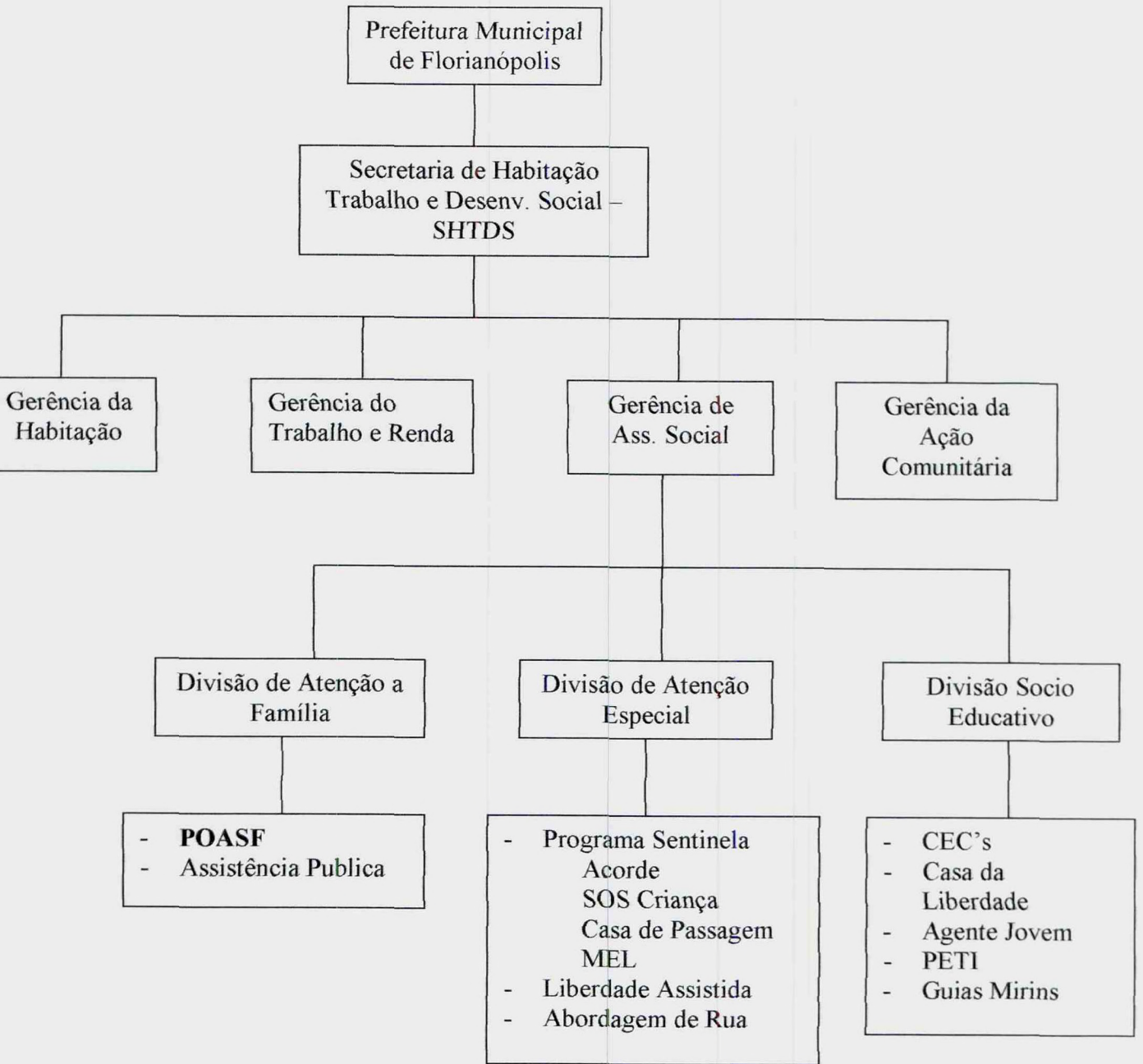
VERGARA, R.. **Drogas o que fazer a respeito**. Revista Super Interessante. São Paulo, v. 1, ed. 172, janeiro/2002, p. 40-50.

YASBEK, M. C.. **A Política Social Brasileira nos anos 90**. Cadernos de Textos. Brasília: MPA, 1995.

ZEMEL, M. L. S.. **O papel da família no tratamento da dependência**. São Paulo, Revista IMESC. 2001, p. 43-64.

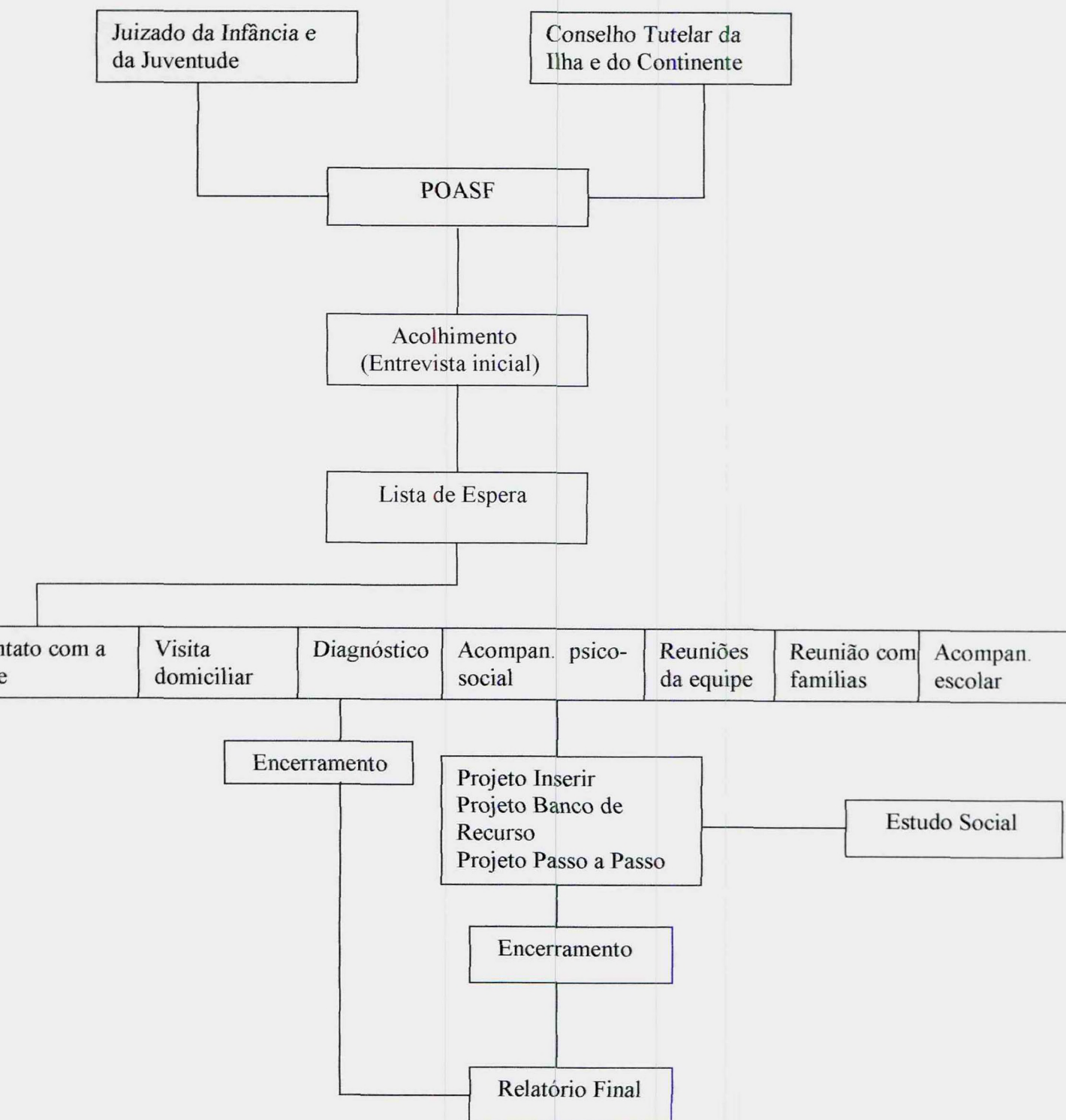
ANEXO A

Organograma da SHTDS.



ANEXO B

Fluxograma do POASF:



ANEXO C

PERFIL FAMILIAR DO PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO E APOIO SÓCIO-FAMILIAR

TOTAL DE FAMILIAS:

Responsável pela família:

Pai*	Mãe	Casal	Avós	Outro(a)
------	-----	-------	------	----------

* Considera-se pai aquele que convive junto e tem pelo menos um filho na família

Faixa Etária do Responsável:

Homem	Mulher
15 a 25 anos	15 a 25 anos
25 a 35 anos	25 a 35 anos
35 a 45 anos	35 a 45 anos
Acima de 45 anos	Acima de 45 anos

Escolaridade do Responsável:

Fundamental	Ensino Médio	Não Alfabetizada
1ª a 4ª série	2º grau	
5ª a 8ª série	Superior	

Número de Filhos (em casa):

Escolaridade dos Filhos:

Crianças (00 a 11 anos)	Creche	Escola
Adolescentes (12 a 17 anos)	Sim	Sim
Adultos (18 ou mais)	Não	Não

Outros Membros (em casa):

Crianças (00 a 11 anos)
Adolescentes (12 a 17 anos)
Adultos (18 ou mais)

CARACTERÍSTICA FAMILIAR:**Etnia Familiar:**

Branca	Negra	Branca + Negra
--------	-------	----------------

Religião:

Católica:	Evangélica:	Outro:
Sem Informação:	Sem religião:	

Procedência do responsável:

Sul	Norte	Outros Estados
Oeste	Vale do Itajaí	
Grande Florianópolis	Planalto Serrano	

Endereço Atual da Família (Bairro/ Comunidade):

RECONSTITUIÇÃO FAMILIAR:**União Conjugal do Responsável:**

01 a 02
03 a 04
Acima de 04

RENDA FAMILIAR:**Provedor:**

Casal	Pai	Mãe	Avós	Filhos	Outros
-------	-----	-----	------	--------	--------

Remuneração:

1 a 2 salários
3 a 4 salários
Acima de 4 salários

Benefícios (LOAS, Bolsa Escola, Auxilio Gás, PETI, Agente Jovem, etc) :

Sim	Não
-----	-----

Mercado de Trabalho:

Formal	Informal	Desempregado
--------	----------	--------------

Tipos de Ocupação:

Serviços Gerais	Serviços Domésticos
Catadores	Biscates
Construção Civil	Outros (Profissional do Sexo, trafico, mendicância) 1

HABITAÇÃO FAMILIAR:

Casa:

Própria	Alugada	Cedida	Sem casa:
Madeira	Alvenaria	Mista	Outros Materiais

Cômodos:

1 a 2 cômodos
3 a 4 cômodos
acima de 4 cômodos

Condições Habitacionais:

a) Banheiro

Sim 1	Não 1
-------	-------

b) Energia Elétrica

Sim	Não	Rabicho
-----	-----	---------

c) Abastecimento de Água

Sim		Rabicho
-----	--	---------

d) Esgoto

Sim	Não	
-----	-----	--

e) Condições da casa:

Boa	Ruim	Péssima
-----	------	---------

SAÚDE FAMILIAR:

HIV/AIDS - na família	Sim	Não
Homem		
Mulher		
Criança		
Adolescente		

Dependência Química na família	Sim	Não
Homem		
Mulher		
Criança		
Adolescente		

Doença Psiquiátrica na família	Sim	Não
-----------------------------------	-----	-----

Homem
Mulher
Criança
Adolescente

Necessidades Especiais na família	Sim	Não		
Física	Mental	Visão	Auditiva	Múltipla
Homem				
Mulher				
Criança				
Adolescente				

Outras patologias na família	Sim	Não		
Homem				
Mulher				
Criança				
Adolescente				

MEDIDAS JUDICIAIS:

Abrigo	Tutela
Guarda Legal	Guarda Provisória
Liberdade Assistida	Prestação Serviços na Comunidade

SITUAÇÕES APRESENTADAS (o que foi identificado pelo profissional):

Situação de Rua <input type="checkbox"/>	Situação Sócio-Econômica <input type="checkbox"/>
Negligência	Violência Psicológica
Violência Sexual	Violência Física

Técnico Responsável: _____

Data: ____/____/____

ANEXO D

Entrevista

Questionário para os profissionais (Assistentes Sociais e Psicólogos)

Profissional:.....

1. Como conduzem a intervenção quando identificam na família o uso de drogas, sem que a família explicita esse problema?
2. Quais os sinais que permitem tal identificação?
3. Quando o problema é trazido pela família quais as intervenções realizadas?
4. O POASF, enquanto poder público, como tem trabalhado essa questão?
5. Possui conhecimento da rede que dispõe de serviços para a prevenção e recuperação no uso de drogas, costuma fazer uso?
6. Em que momento do acompanhamento se fez necessário uma intervenção externa?
7. Trabalha a prevenção? Como?
8. Quais os fatores dificultadores e facilitadores para trabalhar essa temática?

ANEXO E

Entrevista

Questionário para as famílias

Região:

- 1- O que fizeram ao perceber que seu filho estava usando drogas?
- 2- Quando o uso tornou-se um problema?
- 3- Na sua concepção, quais as razões que levaram o adolescente a usar drogas?
- 4- O assunto sobre drogas já era discutido em casa, como forma de prevenção?
- 5- Quem da família se empenha em ajudar a recuperar-se?
- 6- E o adolescente, manifesta desejo de recuperar-se, quer ser ajudado? Em caso de não o que alega para negar?
- 7- Possui conhecimento dos serviços disponíveis no bairro para essa demanda?
- 8- Obteve ajuda quando a procurou?
- 9- O POASF, tem colaborado para que esse problema seja superado?