

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

FÁTIMA PRESSI

**Os Caminhos da Prevenção e do tratamento:
uma visão a partir do perfil do paciente,
internado na UDQ do IPq-SC**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 07 / 12 / 04

TKL

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

**Florianópolis
2004**

FÁTIMA PRESSI

**Os Caminhos da Prevenção e do tratamento:
uma visão a partir do perfil do paciente,
internado na UDQ do IPq-SC**

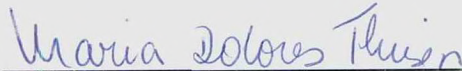
**Trabalho de conclusão de curso,
apresentado como requisito parcial para
Obtenção do título de Bacharel em
serviço Social, Departamento de Serviço
Social, Centro Sócio-econômico,
Universidade Federal de Santa Catarina.
Orientadora: Prof^ª Maria Dolores
Thiesen.**

**FLORIANÓPOLIS
2004**

FÁTIMA PRESSI

**Os Caminhos da Prevenção e do tratamento:
uma visão a partir do perfil do paciente,
internado na UDQ do IPq-SC**


Trabalho de conclusão de curso, apresentado como requisito parcial para Obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Centro Sócio-econômico, Universidade Federal de Santa Catarina. Orientadora: Profª Maria Dolores Thiesen.



Profª. Maria Dolores Thiesen
Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC
Orientadora
Presidente da banca Examinadora



Edaléa Maria Ribeiro
Professora do Departamento de Serviço Social – UFSC
1ª Examinadora



Salete Coelho da Silva
Assistente Social do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina
2º Examinadora

Florianópolis, Dezembro de 2004

**Dedico este, a todos que de alguma forma contribuíram
para a sua realização, em especial a meu pai (*in
memoriam*), que de onde estiver, sei que está guiando meus
passos, e a minha mãe que apesar da distância, sempre
expressou palavras de incentivo e amor.**

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de esboçar o quanto difícil foi à conclusão deste curso. Muitos obstáculos estiveram permeando no decorrer, não só dos quatro anos, como desde minha chegada a Florianópolis. As dificuldades no âmbito financeiro, emocional, entre outras, foram muitas, destarte pude superá-las com uma grande rede de amigos conquistados nesta bela cidade e com muita dedicação e garra, para atingir o objetivo traçado.

Sendo assim agradeço em primeiro lugar a Deus, que como diz o verso, “Pegadas na Areia”, “pensei que ELE havia me abandonado, mas ELE estava me carregando nos braços”, e nunca me deixou só.

Em segundo lugar a meu pai, que no decorrer da caminhada partiu para junto de DEUS, mas tenho certeza que está iluminando meu caminho, com sua bondade e sabedoria, a minha amada mãe, que apesar dos 650 km de distância, sempre senti sua presença bondosa e amiga. Ainda a todos os meus irmãos, cunhadas (os) e o grande número de sobrinhos, que felizmente existem para formarmos uma grande família.

Aos amigos antigos e ao grande número de novos amigos conquistados no decorrer da caminhada. Em especial aos amigos que contribuíram de forma direta para a construção deste trabalho, como o meu primo Vanio Gandolfi e esposa, Danielle de Souza Correia, que com muita paciência parava de realizar suas tarefas para me ouvir. A Ellen Prin, Maria Fernanda Cabra, Terezinha, Vanessa Carvalho Pereira, Max William Godes, Luciano Tartare, e a todos os outros que fazem parte da minha vida, que não listo os nomes, mas que com certeza saberão. Ainda, as várias pessoas que por muitas vezes me deram carona ou para a Universidade ou para o Instituto de Psiquiatria.

Ao meu ex-marido Junior e sua família, pelo incentivo nos diversos âmbitos, no decorrer de 10 anos de relacionamento.

Ao Instituto de Psiquiatria, por ter me dado oportunidade de realizar meu estágio curricular obrigatório, a Unidade de Dependência Química, a todos os integrantes da equipe e ao Serviço Social, em especial a grande amiga e supervisora de estágio Salete Coelho da Silva, por ter compartilhado seu conhecimento sem restrições, e a outra amiga conquistada nesta instituição, que tenho muito apreço e admiração, Assistente Social, Juçara Couto de Lima.

Aos pacientes que me deram a oportunidade de entrevista-los, permitindo a realização da pesquisa e divulgação dos dados.

A minha orientadora pedagógica, Maria Dolores Thiesen, que sem ela este trabalho não seria concluído como foi, obrigado por sua dedicação e atenção, que foi além de um trabalho docente.

A corpo docente da Universidade Federal de Santa Catarina, em especial a prof. Simone Matos Machado e Edaléa Maria Ribeiro.

Ao Conselho de Entorpecentes Estadual, em especial ao Dr. Carlos Henrique do Amaral e Silva.

A equipe que compõe o SANPS – (Serviço de atendimento as necessidades Psicossociais do Departamento da Enfermagem da UFSC).

Em fim a todos que fazem parte do meu contexto, que estiveram presentes no decorrer da minha vida, impulsionando para meu crescimento.

Muito Obrigada!

CARTA A UM DROGADO

De todos os pássaros, os beija-flores são os que mais me fascinam. Suas cores brilhantes: verde, azul, preto. Nunca vi, mas sei que alguns têm cores vermelhas. Flutuam no espaço como nenhum outro pássaro, suas asas batendo com uma velocidade tal que as torna invisíveis. E a velocidade do seu vôo: pairam no ar, imóveis, sugando a flor. De repente se transformam em flechas que disparam pelo ar. Vivem do mel das flores, suas pequenas línguas saem e sugam o néctar doce.

Foi assim a primeira vez: como o beijo manso e inofensivo de um beijo-flor. Você sentiu aquela língua doce entrando no seu corpo. De repente tudo ficou colorido, brilhante, leve. Alegre. Como se você estivesse sendo tocado pelos deuses. Que bom se a vida fosse sempre assim!

O beija-flor se foi e sua vida voltou ao que era, o cotidiano de sempre que lhe parecia bobo e sem sentido. A vida ficava muito mais bonita com o beijo do beija-flor! O beija-flor voltou. Você ficou alegre. A experiência se repetiu. Você pediu que ele lhe enfiasse seu fino bico como da primeira vez. Esses beija-flores sempre obedecem. Você não percebeu que a lingüinha do beija-flor estava um pouquinho maior, entrava mais fundo em você. Mas que importância tinha isso diante da alegria que o beija-flor lhe trazia?

Aí o beija-flor se transformou no seu pássaro encantado. Você pensava nele durante sua ausência e sua vida passou a ser uma espera do seu retorno.

Cada vez que ele voltava, sua língua ficava um pouco maior. Ia mais fundo. Dividiu-se em várias. Passou a entrar em muitas direções do seu corpo e da sua alma ao mesmo tempo. O beija-flor já não era o passarinho inofensivo do primeiro dia. Cresceu. Você percebeu que havia garras nos seus pés. E havia anzóis em suas línguas. Você começou a querer livrar-se dele. Mas ele já havia cavado buracos profundos no seu corpo e na sua alma. Na ausência do beija-flor, esses buracos doíam com uma dor insuportável. Mas ele sempre voltada – tão diferente! – e fazia a dor passar. Agora o que o ligava ao beija-flor não mais era prazer do primeiro dia. Era o prazer (tolo) de ver a dor passar.

A mitologia grega conta de um herói, Prometeu, que desafiou os deuses, roubou o fogo e deu-o aos homens. Como castigo, ele foi acorrentado numa rocha e um abutre vinha diariamente comer um pedaço do seu fígado.

Prometeu é você. O beija-flor o enganou. Disse-lhe que era possível ter a felicidade dos deuses sem fazer esforço: basta aceitar seu beijo. Você – menino bobão – acreditou. Agora você está acorrentado num rochedo. Você já notou que o beija-flor deixou de ser um beija-flor? Que ele se transformou num abutre? Vá diante de um espelho. Olhe-se com atenção. Veja a que lixo você foi reduzido!

O caminho em que você está tem apenas três fins possíveis.

O primeiro deles, o melhor, o que tem menos sofrimento, é a morte.

Ah! Elis Regina! Você cantava tão bonito! Alegria para tanta gente! Mas as alegrias comuns da vida não lhe bastaram! Você queria alegrias maiores! Afinal de contas, os artistas bem que a merecem! Não sei se foi acidente ou se foi de propósito. O fato é que o beija-flor a matou.

Ah! Chet Baker! Você não sabe quem é Chet Baker? Aconselho-o a ir a uma loja de CDs e procurar por ele. Você vai ouvir o pistão mais veludo, mais suave, mais triste, mais bonito que você já ouviu. Que felicidade poder tocar pistão daquele jeito! Que felicidade ser amado do jeito como ele era, pela música que ele fazia. Mas ele não suportou as exigências do beija-flor que já havia se apossado do seu corpo. Incapaz de quebrar as

correntes, ele achou que o único caminho era morrer. Somente a morte colocaria um fim ao seu sofrimento. A morte, freqüentemente, é a única saída.

O outro caminho é a loucura. O seu hardware e o seu software não agüentam a luta e você enlouquece. Será que há situações em que a pessoa deseja ficar louca? Sei que há situações em que a pessoa deseja ficar doente. Doente, a gente deixa de ter responsabilidades. Os outros cuidam da gente. Se você ficar louco, não adianta o beija-flor vir. Os outros não vão deixar que ele entre. Dói muito a principio. Se você não estivesse louco, você deixaria que o abutre comesse mais um pedaço do seu fígado. Mas você está louco. Os médicos e enfermeiros o defendem.

O último caminho, eu acho, é o mais terrível. Por causa do beija-flor-abutre você é capaz de fazer qualquer coisa. E você vai entrando cada vez mais fundo num mundo sinistro e escuro do qual é muito difícil sair. Até que você comete um crime que o levará à prisão. Aí você passará sua vida atrás das grades, no meio de criminosos cruéis – e você nem imagina a que humilhações você será submetido.

Esta carta, eu a escrevo admitindo a hipótese de que você queira quebrar as correntes. Se você não quer, nem precisa continuar a ler. Será uma perda de tempo.

Há uma coisa que recebe o nome de “síndrome de abstinência”: ela é a dor que se sente na ausência do beija-flor-abutre. É a dor física, é ansiedade, é angústia, é pânico, é desespero – tudo junto. Para se livrar da dor, você será capaz de fazer qualquer coisa: você perde a razão. Aí, para que você não faça essa “qualquer coisa”, pessoas que o amam – se é que elas existem – tomam uma providência: internam você numa clínica. Internação em clínica é um artifício de força a que se recorre para impedir que você faça a tal “qualquer coisa”, na esperança de que, depois de muito sofrimento, a dor vá passando e as correntes fiquem mais fracas. De fato, com o tempo, as dores passam. Como passam também as dores que se tem quando uma pessoa querida morre. Com uma diferença: quem sofre a perda de uma pessoa amada sabe que não há nada que se possa fazer para que ela volte. Então, ela nem tenta. Convive com sua dor. Não há outra alternativa.

Mas esse não é seu caso. O buraco parou de doer. Mas ele continua lá. Continuam as memórias das experiências divinas. E as memórias tentam. Ah, como tentam! E você diz: “Já estou livre! Só uma vez! Só uma última vez, vez de despedida. Não haverá outra....”.

Aconselho que você se empregue numa oficina mecânica, numa construtora, como auxiliar de pedreiro, numa madeireira, numa carpintaria, como agricultor, como jardineiro, como enfermeiro, como lixeiro. Será inútil que você se dedique aos seus próprios hobbies. Você precisa de alguém, ligado aos trabalhos corporais, que saiba da sua situação, e que o aceite como aprendiz.

E é preciso não estar sozinho. Batalha que se batalha sozinho é batalha perdida. Batalha que se batalha com outros é batalha que pode ser ganha. Os AA sabem disso. Os vigilantes do Peso sabem disso.

A vida, com todas as suas limitações e frustrações, merece ser vivida. Às margens do caminho esburacado há morangos que podem ser colhidos e comidos. Trate de viver. Trate de comer os morangos. Esforce-se por ser feliz!

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objeto de estudo, dependência química. Seu objetivo geral consiste em traçar o perfil do paciente internado na Unidade de Dependência química no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, e proporcionar aos técnicos um *feedback* do seu trabalho, bem como elaborar proposições em relação ao tratamento quanto em relação a prevenção. Depois de uma breve introdução no assunto e da realidade atual sobre o problema das drogas, apresentamos seus conceitos, origem, nomes populares, possíveis efeitos e as diferenças e semelhanças das drogas lícitas e ilícitas. Ainda no primeiro capítulo, veremos as políticas aplicadas neste campo, mundialmente, nacionalmente e no Estado catarinense. Num segundo momento iremos abordar a trajetória histórica do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. Conheceremos a Unidade de Dependência Química, onde realizamos estágio curricular obrigatório e um pouco da sua história, como também vamos entender o processo da dependência química, diagnóstico e tratamento. E ainda, apresentamos a atuação do Serviço Social nesta unidade e sua metodologia de trabalho. No terceiro capítulo apresentaremos nossa pesquisa, a metodologia aplicada para realiza-la, que consistiu em entrevistas estruturadas, de forma descritiva, através de interrogação direta aos entrevistados, em forma de amostragem sistemática. Esta apresentou como resultado o perfil do paciente internado na UDQ, no que diz respeito ao contexto primário e secundário em que ele está inserido, sua motivação para o tratamento, expectativas em relação a alta e os aspectos que interferiram no processo do tratamento. Por último apontamos algumas propostas para o tratamento e prevenção de drogas lícitas e ilícitas no contexto nacional, estadual e municipal.

Palavras-chave: Dependência química; substâncias psicoativas; políticas no campo das drogas, perfil do paciente dependente químico; tratamento e prevenção de drogas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Drogas que diminuem a atividade mental.....	23
Ilustração 2 – Drogas que aumenta a atividade mental.....	25
Ilustração 3 – Drogas que produzem distorções da percepção	26
Ilustração 4 – Relação de funcionários do IPq-SC	42
Ilustração 5 – Drogas mais usadas.....	60
Ilustração 6 – Estado Civil.....	62
Ilustração 7 – Relação Familiar atual.....	63
Ilustração 8 – Com quem reside	64
Ilustração 9 – Perdeu o vínculo familiar.....	65
Ilustração 10 – Grau de escolaridade.....	67
Ilustração 11 – Profissões relatadas.....	67
Ilustração 12 – Vínculo empregatício	69
Ilustração 13 – Ocupação atual	70
Ilustração 14 – Porque decidiu fazer tratamento	71
Ilustração 15 – Expectativas em relação à alta.....	73
Ilustração 16 – Motivo da alta.....	76

LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

AFDM – Associação dos Familiares, Amigos e Doentes Mentais do Brasil.

AL-Annon – Sigla americana, traduzida para o português como, familiares e amigos de alcoolistas.

ASAM – Sociedade Americana da Medicina da Adicção.

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CARS – Centros administrativos e Regionais de Saúde

CICAD – Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas

CID – Classificação internacional de doenças

COMADs – Conselho Municipal de Álcool e outras drogas

COMENs – Conselho Municipal de Entorpecentes

CONAD – Conselho Nacional Antidrogas

CONEN/SC – Conselho Estadual de Entorpecentes

CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes

COSAM – Coordenação de Saúde Mental

FAO – Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação

HCS – Hospital colônia Sant’Ana

IPq-SC – Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina

MEM – Mecanismo de Avaliação Multilateral

NA – Narcóticos Anônimos

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

OEA – Organização dos Estados Americanos

ONU – Organização das Nações Unidas

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SISNAD – Sistema Nacional Antidrogas

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNC – Sistema Nervoso Central

SUS – Sistema Único de Saúde

UCA – Unidade Clínica de Alcoolismo

UCE – Unidade de cuidados especiais de alcoolismo

UD – Unidade de desintoxicação

UDQ – Unidade de Dependência Química

UGP – Unidade de Gestão Participativa

UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a
Cultura

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNODC - Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 PANORAMA NO CAMPO DAS DROGAS.....	20
1.1 Substâncias psicoativas.....	20
1.2 Políticas no campo das drogas, sua evolução	27
1.2.1 Política no campo das drogas, sua evolução no Brasil.....	31
1.2.2 Política no campo das drogas, sua evolução em Santa Catarina.....	34
2 CONTEXTUALIZANDO A INTERVENÇÃO PÚBLICA DO PROBLEMA DA DROGA DEPENDÊNCIA EM SANTA CATARINA: O INSTITUTO DE PSIQUIATRIA	37
2.1 Trajetória Histórica do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPq-SC.....	37
2.1.1 Unidade de Dependência Química (UDQ).....	44
2.1.1.1 Dependência, Diagnóstico e Tratamento.....	49
2.1.1.2 Serviço Social na Unidade de Dependência Química do IQq-SC	54
2.1.1.2.1 Metodologia de trabalho do Serviço Social na Unidade de Dependência Química.....	54
3 DEPENDÊNCIA QUÍMICA E O CONTEXTO QUE O PACIENTE ESTÁ INSERIDO – A PESQUISA	57
3.1 Metodologia de pesquisa.....	57
3.2 Apresentação, análise e discussão dos resultados	59
3.2.1 Contexto primário e secundário que o paciente está inserido.....	61
3.2.1.1 Rede primária	62
3.2.1.2 Rede secundária	66
3.2.2 Motivação para o tratamento.....	70
3.2.3 Expectativas em relação à alta.....	72
3.2.4 Aspectos que interferem em seu tratamento.....	75

4 PROPOSTAS - DO MACRO PARA O MICRO COM PARTICIPAÇÃO	78
4.1 Políticas públicas, no território Brasileiro	78
4.2 Ações no Estado ao IPq-SC	80
4.2.1 A intervenção interdisciplinar como possibilidade de avançar na atenção a droga dependência.....	82
4.3 Proposta para o município – Prevenção.....	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS	92
ANEXO A	96
ANEXO B	100
APÊNDICE A	103
APÊNDICE B	106

INTRODUÇÃO

De forma geral, observa-se que o século XX é um período no qual o consumo de substâncias psicoativas¹ tomou proporções preocupantes. Atualmente reconhece-se a dependência química² como um dos principais problemas de saúde, com aspectos físicos, psíquicos e sociais.

Para tratar este problema de saúde, vamos nos reportar a classificação geral das doenças que, existe desde o ano de 1893. A partir da sexta revisão, a de 1948 e posta em uso em 1950, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a ser a responsável pela revisão, publicação e divulgação da CID:

Cujo o nome completo é “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde” e simplificado para CID-10. A CID-10 é uma Classificação internacional de Doenças que tem um código alfanumérico, que permite a análise sistemática, a interpretação e a comparação dos dados de morbidade e mortalidade coletados nos diferentes países, em diferentes épocas. Ela também é usada para traduzir diagnósticos de doenças e outros problemas de saúde à partir desta codificação alfanumérica.
(<http://asempre.hypermart.net/newpage12.htm>)

Em 1997 o Ministério da Saúde baixou a Portaria nº 1.311 de 12 de setembro, determinando a implantação da CID-10 em todo território nacional, para atender os compromissos internacionais, como também, para

¹ “As substâncias psicoativas podem ser classificadas em: a) depressoras do sistema nervoso central: álcool, benzodiazepínicos, barbitúrbicos, opióides, etc; b) estimulantes do sistema nervoso central: cocaína, anfetaminas, nicotina, etc; c) alucinógenos e psicomiméticos: cannabis, LSD, etc.” (ITO, 1998, p. 107)

² A ASAM (Sociedade Americana da Medicina de Adicção) define dependência química como uma doença crônica, primária, cujo desenvolvimento e manifestação são influenciados por fatores genéticos, psicossociais e ambientais. A doença é freqüentemente progressiva e fatal. (Caracteriza-se por uma continua ou periódica perda do controle, pela obsessão, ou uso das substâncias psicoativas e distorções na maneira de pensar, principalmente a negação). (BURNS 2002, p. 24)

ordenar o uso dos documentos que utilizam os códigos da CID, além de normatizar seu uso no SUS.

A CID-10 reconhece que o abuso de substâncias psicoativas pode causar “transtornos mentais e comportamentais”, esses transtornos estão relacionados entre as categorias F10 ao F19, do mesmo, com os mais diversos diagnósticos. Aquelas categorias vão ao encontro com o relatório divulgado pela OMS, onde diz que:

“A dependência não é falta de caráter ou de vontade. É um transtorno crônico e recorrente, que afeta a capacidade do indivíduo controlar o consumo e elaborar julgamentos. É uma doença determinada por aspectos psicossociais e biológicos [...]” (Marques, 2004, p. 56).

Sendo assim, embora a dependência seja mundialmente classificada entre os transtornos psiquiátricos, ela tem repercussões que abrangem diversas áreas, que não somente a médica, como a social, educacional, legal e criminal, psicológica, familiar, etc.

As políticas nacionais e/ou internacionais na sua maioria preconizam a prevenção como a melhor forma de tratar o problema “drogas”. Acredita-se, que desenvolver ações de prevenção se constitui como melhor solução, tanto para os sujeitos como para a sociedade em geral.

Hoje não se pode ignorar que muitas pessoas já vivenciam este contexto, onde o consumo de substâncias psicoativas escapa ao controle dos usuários, e o indivíduo adquire uma doença crônica, tal qual a hipertensão arterial e o diabetes, e se faz necessário oferecer tratamento, objetivando propiciar recuperação e qualidade de vida e minimizando assim os prejuízos decorrentes do acometimento desta doença, para tanto, apresentamos o trabalho que segue nas próximas linhas.

Através de análise bibliográfica, e de uma pequena experiência na Unidade de Dependência Química do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, verificou-se ser primordial conhecer o contexto que o paciente está inserido, quanto à rede primária e secundária:

As redes primárias são consideradas como a encruzilhada da vida “privada” e “pública” e são formadas pelo conjunto de indivíduos que se relacionam a partir de laços afetivos. Habitualmente, a rede primária é definida a partir de uma pessoa. É constituída por parentes, amigos e vizinhos e se transforma no decorrer da vida de acordo com a idade, as circunstâncias e a posição social. As redes secundárias se definem a partir de instituições e são formadas pelo conjunto de pessoas reunidas em torno de uma mesma função, dentro de um marco institucionalizado. (MIOTO, 2002, p 55)

Portanto, ao oferecer tratamento, é de suma importância conhecer sua rede primária e secundária, tendo como ponto de partida que a substância psicoativa que o paciente faz uso pode não ser o cerne da problemática. Somado ao contexto que ele estava inserido, o uso das drogas resulta na situação vivenciada. Lembrando ainda que, muitas vezes o uso de substâncias psicoativas surge como tentativa de amenizar um problema de ordem emocional, que estão inter-relacionadas.

Nesta perspectiva, há o reconhecimento crescente de que tais problemas não são realidades vinculadas apenas ao pequeno mundo dos sujeitos que os expressam. Ao contrário, estão diretamente relacionados ao impacto social dos ajustamentos estruturais de uma sociedade “globalizada”, que submete grande parte da população a contínuos processos de deterioração das condições de vida e de trabalho, além da perda de direitos fundamentais como a crise do Estado de Bem-Estar Social. (Idem, 2002, p 52)

Levando em consideração os dados supracitados, verificou-se ser importante, conhecer o motivo que levou o paciente a buscar tratamento, pois são inúmeros os fatores que levam o indivíduo a internar-se em uma instituição a fim de realizar um tratamento para dependência química.

A priori, a maioria dos pacientes ao internar-se, não tem claro que os mesmos são portadores de uma doença progressiva e incurável, como salienta o livro do Narcotics Anonymous (1993, p. 03):

A maioria de nós não se considera adicta³ antes de chegar ao Programa de Narcóticos anônimos. A informação de que dispúnhamos provinha de pessoas mal informadas. Pensamos que estaríamos bem, enquanto conseguíamos parar de usar por um tempo. Focávamos o parar de usar, não o uso. À medida que a nossa adicção progredia, pensávamos cada vez menos em parar. Somente em desespero, nós nos perguntávamos: “Será que é por causa das drogas?”

A partir desta premissa, é importante identificar quais as expectativas do paciente em relação ao término do tratamento. Tendo em vista, que a Unidade de Dependência Química do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina tem como objetivo, “Intervir e trabalhar junto ao paciente e familiares a conscientização da doença frente ao processo de recuperação, durante o período de internação”. Assim, desta forma, pode se observar a eficiência e eficácia do tratamento realizado nesta, e avaliar os aspectos que interferiram no processo de tratamento, durante a internação do paciente.

Sendo assim, através dos objetivos específicos, relatados anteriormente, podemos traçar o perfil do paciente internado na UDQ do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, e proporcionar aos técnicos um *feedback*⁴ do seu trabalho⁵, como também elaborar algumas proposições que

³ Segundo o Narcóticos Anônimos: A Adicção é uma doença que envolve mais do que o uso das drogas. Alguns de nós acreditamos que nossa doença já estava presente muito antes de termos usado pela primeira vez. Nossa Adicção nos escravizara. É uma doença crônica, progressiva e fatal. No entanto é uma doença tratável.

⁴ A palavra *feedback* já é amplamente conhecida dentro da maioria das organizações. Significa realimentar ou dar o retorno. Nas empresas essa ferramenta é indicada para auxiliar o desenvolvimento profissional de cada indivíduo, independente do seu nível hierárquico. [...] O *feedback* é uma ferramenta que também deve ser usada por todo funcionário para descrever as áreas onde a empresa falhou em prover o apoio necessário, o quanto ele se sente satisfeito, enfim

consideramos pertinentes ao estudo, tanto em relação ao tratamento quanto em relação a prevenção.

Após realizados alguns apontamentos, apresentaremos o trabalho da seguinte forma:

No primeiro capítulo abordaremos um panorama no campo das drogas. Vamos conhecer o significado das drogas, sua história e seus efeitos. Também veremos as políticas aplicadas neste campo, mundialmente, nacionalmente e no Estado catarinense.

No segundo capítulo iremos abordar a trajetória histórica do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. Conheceremos a Unidade de Dependência Química, onde realizamos estágio curricular obrigatório e um pouco da sua história, como também vamos entender o processo da dependência química, diagnóstico e tratamento. E ainda, apresentamos a atuação do Serviço Social nesta unidade e sua metodologia de trabalho.

No terceiro capítulo apresentaremos nossa pesquisa, que já introduzimos anteriormente. Uma pesquisa que busca entender o paciente em seu contexto geral, traçando um perfil da demanda atendida na Unidade de Dependência Química.

E por último, no quarto capítulo, sugerimos algumas proposições para o problema das drogas. Estas buscam atingir a população em geral, como também o público atendido na Unidade de realização da pesquisa.

1 PANORAMA NO CAMPO DAS DROGAS

1.1 Substâncias psicoativas

Ao longo da sua história, a humanidade sempre recorreu ao uso de substâncias psicoativas com as mais variadas finalidades. Diferentes substâncias têm sido utilizadas. Com exceção relativamente raras, o uso dessas substâncias tem sido regulado por normas sociais ou conjuntos de práticas onde se manifestam os valores intrínsecos à cultura circundante, entre eles a manutenção da coesão social e o bem-estar físico e psíquico de seus integrantes, conforme relata Ito, (1998, p. 105): “Todas as culturas conhecidas utilizam algum tipo de substância psicoativa. Em nossa sociedade, freqüentemente, o consumo dessas substâncias escapa ao controle dos usuários, acarretando graves conseqüências.” Essas substâncias podem ser desde, medicamentos, substâncias naturais ou sintéticas produzidas em laboratórios, que promovam alguma alteração de pelo menos uma das funções mentais ou orgânicas.

As substâncias também podem ser chamadas de fármacos, tóxico, e/ou drogas, sendo assim, podemos dizer que: “as drogas são substâncias utilizadas para produzir alterações, mudanças nas sensações, no grau de consciência e no estado emocional”. (SILVEIRA, 2003, p. 07). Essas alterações causadas por substâncias, dependem das características das pessoas, da quantidade utilizada, de qual droga está sendo consumida e as circunstâncias em que é consumida.

Primeiramente podemos classificar as drogas como lícitas e ilícitas. Em geral as pessoas acreditam ser drogas somente as ilícitas⁶, que somente essas causam prejuízos diversos. As drogas ilegais não são as únicas substâncias a provocar dependência, além

⁶ Cocaína, crack, cannabis, anfetaminas, ecstasy, etc.

delas temos no “topo” a nicotina e o álcool, as duas substâncias que mais causam problemas à saúde, conforme relatório divulgado pela Organização da Mundial de Saúde, em Genebra:

Entre os dez principais fatores de risco, em termos da carga das doenças evitáveis, o tabaco era o quarto e o álcool quinto em 2000, e continuam no alto da lista nas previsões para 2010 e 2020. O tabaco e o álcool continuam com 4,1% e 4,0% respectivamente, para a carga das doenças em 2000, enquanto as substâncias ilícitas contribuíram com 0,8%. (www.who.int/substance_abuse/publication/em/neuroscience_PDF, acesso em agosto de 2004).

O álcool e o tabaco são semelhantes em vários aspectos, ambos estão largamente disponíveis na maior parte do mundo, são substâncias lícitas e os dois são comercializados de maneira agressiva por companhias multinacionais com o objetivo maior de atingir jovens, como podemos observar na mídia. Atualmente as empresas de tabaco estão proibidas de promover e propagar os produtos derivados, somente tem autorização deste nas redes de televisão e rádio brasileiras, pela lei 9.294/96. Essa lei define: “que propaganda de cigarro só podem ser vinculadas por meio de pôsteres, painéis e cartazes em ambiente interno de pontos de venda” (retirado do site www.abead.com.br/asp/adm_05_III.asp em 19 de setembro de 2004) . Mas as multinacionais de etílicos ainda estão com força total no mercado e na mídia televisionada.

Quanto às substâncias ilícitas podemos dizer que, segundo relatório da Organização Mundial da Saúde (2004, p. 9):

Dados provenientes do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC) mostram capturas em grande escala de cocaína, heroína, cannabis (maconha) e estimulantes do tipo anfetaminas em diversas partes do mundo. A disponibilidade de cocaína, heroína e cannabis depende do nível de cultivo nos países produtores e no êxito ou fracasso de organizações de traficantes. Contudo, mesmo com melhor aplicação das leis, os usuários parecem sempre ter disponibilidade suficiente.

Ainda, esse relatório aponta um levantamento relatando que 200 milhões de pessoas consomem alguma droga ilícita e na sua maioria são homens jovens. Sendo que, a

maconha é a mais utilizada, por 2,7% da população mundial, 3,5% acima de 15 anos, a seguir as anfetaminas e os opióides.

Droga é uma palavra com vários significados na língua portuguesa. “O termo droga teve origem na palavra *droog* (holandês antigo), que significa folha seca. Isto porque antigamente quase todos os medicamentos eram feitos a base de vegetais” (<http://www.sgcp.com.br/drogas/classificacao.htm> acesso em 26/08/04). Ainda hoje, o termo, pode significar medicamento de uso medicinal, receitado pelo médico e comercializado na farmácia, tanto que, a medicina define droga como sendo: “qualquer substância que é capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento” (<http://www.sgcp.com.br/drogas/classificacao.htm> acesso em 26/08/04)

Na linguagem comum, a palavra droga pode significar, algo ruim, que não presta, sem qualidade: “Isto é uma droga”. Entretanto, neste trabalho iremos tratar das drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas, que são aquelas que normalmente “atuam no cérebro afetando a atividade mental, sendo por essa razão denominadas psicoativas” (SILVEIRA, 2003, p. 07)

Outra forma de classificação das drogas é como seus efeitos incidem sobre o sistema nervoso central (SNC). Classificação das principais substâncias:

- ✓ Depressoras: drogas que diminuem a atividade mental. Afetam o cérebro fazendo com que funcione de forma mais lenta, diminuem a atenção, a concentração, a tensão emocional e a capacidade intelectual. No entanto é comum um efeito euforizante inicial e um posterior aumento da sonolência. Exemplos: Ansiolíticos (tranqüilizantes), álcool, inalantes (cola), narcóticos (morfina, heroína)

- ✓ Estimulantes: drogas que aumentam a atividade mental. Afetam o cérebro fazendo que funcione de forma mais acelerada. Produzem aumento do estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos.⁷ Exemplos: cafeína, tabaco, anfetamina, cocaína, crack; e
- ✓ Alucinógenas: drogas que alteram a percepção. Provocam distúrbios no funcionamento do cérebro, fazendo com que ele passe a trabalhar de forma desordenada, produzindo diversos fenômenos psíquicos anormais, como alterações sensorceptivas (alucinações, ilusões e delírios). Exemplos: LSD, ecstasy, cannabis (maconha), e outras substâncias derivadas de plantas.

A partir do exposto, para melhor entender a ação das substâncias relatadas anteriormente, apresentaremos um quadro com a origem, nomes populares e os possíveis efeitos das drogas mais “usadas” na atualidade.⁸

Drogas que diminuem a atividade mental – Depressoras do SNC

Substância	Origem	Conhecidas como	Possíveis efeitos	Possíveis efeitos
Ansiolíticos ou Tranquilizantes	Substâncias sintéticas produzidas em laboratório	Sedativos, calmantes, Valium, Lexotan, Diazepan, Dienpax, Librium, Lorex, Rohypnol, Dalmadorm	Alívio da tensão e da ansiedade, relaxamento muscular, sonolência, pastosa, descoordenação dos movimentos, falta de ar.	Em altas doses podem causar queda da pressão arterial. Quando usadas com álcool, aumentam os seus efeitos, podendo levar a estado de coma. Em grávidas podem causar mal formação do feto
Álcool etílicos	Obtido a partir	Álcool.	“birita”.	Em pequenas doses: O uso excessivo pode

⁷ O uso dessas substâncias estão muito relacionadas à criminalidade, justamente pelo fator estimulador, acaba exacerbando personalidades dos indivíduos.

⁸ Os quadro que se apresentam a seguir foram retirados de: SILVEIRA, Dartiu Xavir. Um guia para a família / Dartiu Xavier da Silveira, Evelyn Doering Xavier da Silveira. – 4ª Ed. Reimp. Ver – Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2003.

		de cana-de-açúcar, cereais ou frutas, através de um processo de fermentação ou destilação	“mé”, “mel”, “pinga”, “cerva”	desinibição, euforia, perda da capacidade crítica; Em doses maiores: sensação de anestesia, sonolência, sedação.	provocar náuseas, vômitos, tremores, suor abundante, dor de cabeça, tontura, liberação da agressividade, diminuição da atenção, da capacidade de concentração, bem como dos reflexos, o que aumenta o risco de acidentes. O uso prolongado, pode ocasionar doenças graves, por exemplo, cirrose no fígado e atrofia (diminuição) cerebral.
Inalantes solventes	ou Substâncias químicas		Cola de sapateiro, esmalte, benzina, lança –perfume, “loló”, gasolina, acetona, éter, tiner, aguarrás e tintas	Euforia, sonolência, diminuição da fome, alucinações. Tosse coriza, náuseas, e vômitos, dores musculares. Visão dupla, fala enrolada, movimentos desordenados e confusão mental.	Em altas doses, pode haver queda da pressão arterial, diminuição da respiração e dos batimentos do coração, podendo levar a morte. O uso continuado pode causar problemas nos rins e destruição dos neurônios (células do sistema nervoso), podendo levar à atrofia cerebral. O uso prolongado está frequentemente associado a tentativas de suicídio.
Narcóticos (ópio e seus derivados: heroína, morfina e codeína)	Extraídos da papoula ou produtos sintéticos obtidos em laboratório	da ou em	Heroína, morfina e codeína (xaropes de tosse, Belacodid, Tylex, Elixir paregórico, Algafan). Dolantina, Meperidina e Demerol.	Sonolência, estado de torpor, alívio da dor, sedativo da tosse. Sensação de leveza e prazer. Pupilas contraídas.	Pode haver queda da pressão arterial, diminuição da respiração e dos batimentos do coração, podendo levar a morte. Na abstinência (interrupção do uso): bocejos, lacrimejamento, coriza, suor abundante, dores musculares e abdominais. Febre, pupilas dilatadas e pressão arterial alta.

Ilustração 1 – Drogas que diminuem a atividade mental

Fonte: SILVEIRA, 2003, p. 8.

Drogas que aumentam a atividade mental – Estimulantes do SNC

Substância	Origem	Conhecidas como	Possíveis efeitos	Possíveis efeitos
Anfetaminas	Substâncias sintéticas obtidas em laboratório	Mentafetamina, “ice”, “bolinha”, “rebite”, “boleta”. Moderex, Hipofagin, Inibex, Desobesi, Reactivan, Pervertin, Preludin	Estimulam atividades físicas e mental, causando inibição do sono e diminuição do cansaço e da fome.	Podem causar taquicardia (aumento dos batimentos do coração), aumento da pressão sanguínea, insônia, ansiedade e agressividade. Em doses altas podem aparecer distúrbios psicológicos graves como paranóia (sensação de ser perseguido) e alucinações. Alguns casos evoluem para complicações cardíacas e circulatórias (derrame cerebral e infarto do miocárdio), convulsões e coma. O uso prolongado pode levar à destruição e tecido cerebral.
Cocaína	Substâncias extraídas da folha de coca, planta encontrada na América do Sul.	“pó”, “brilho”, “crack”, “merla”, pasta-base.	Sensação de poder, excitação e euforia. Estimulam a atividade física e mental, causando inibição do sono e diminuição do cansaço e da fome. O usuário vê o mundo mais brilhante, com mais intensidade.	Pode causar taquicardia, febre pupilas dilatadas, suor excessivo e aumento da pressão sanguínea. Podem aparecer insônia, ansiedade, paranóia, sensação de medo ou pânico. Podem haver irritabilidade e liberação da agressividade. Em alguns casos podem aparecer complicações cardíacas, circulatórias e cerebrais (derrame cerebral e infarto do miocárdio). O uso

					prolongado pode levar à destruição de tecido cerebral.
Tabaco (nicotina)	Extraído da folha do fumo	Cigarro, charuto e fumo	Estimulante, sensação de prazer		Reduz o apetite, podendo levar a estados crônicos de anemia. O uso prolongado causa problemas circulatórios, cardíacos e pulmonares. O hábito de fumar está freqüentemente associado ao câncer de pulmão, bexiga e próstata, entre outros. Aumenta o risco de aborto e de parto prematuro. Mulheres que fumam durante a gravidez têm, em geral, filhos com peso abaixo do normal.

Ilustração 2 - Drogas que aumentam a atividade mental
 Fonte: SILVEIRA, 2003, p. 9.

Drogas que produzem distorções da percepção – Alucinógenas do SNC

Substância	Origem	Conhecidas como	Possíveis efeitos	Possíveis efeitos
Maconha (tetraidrocanabinol)	Substância extraída da planta Cannabis sativa	Maconha, haxixe, “baseado”, “fininho”, “marrom”	Excitação seguida de relaxamento, euforia, problemas com o tempo e o espaço, falar em demasia e fome intensa. Palidez, taquicardia, olhos avermelhados, pupilas dilatadas e boca seca.	Prejuízo da atenção e da memória para fatos recentes; algumas pessoas podem apresentar alucinações, sobretudo visuais. Diminuição dos reflexos, aumentando o risco de acidentes. Em altas doses, pode haver ansiedade intensa; pânico; quadros psicológicos graves (paranóia). O uso contínuo prolongado pode levar a uma síndrome

				amotivacional (desânimo generalizado)
Alucinógenos	Substâncias extraídas de plantas ou produzidas em laboratórios	LSD (ácido lisérgico, “ácido”, “selo”, “microponto”), psilocibina (extraída de cogumelos) e mescalina (extraída de cactos)	Efeitos semelhantes da maconha, porém mais intensos. Alucinações, delírios, percepção deformada de sons, imagens e do tato	Podem ocorrer “más viagens”, com ansiedade, pânico e delírio
Ectasy (metileno-dióxi-metanfetamina)	Substância sintética do tipo anfetamina, que produz alucinações	MDMA, “êxtase”, “pílula do amor”	Sensação de bem-estar, plenitude e leveza. Aguçamento dos sentidos. Aumento da disposição e resistência física, podendo levar à exaustão	Alucinações, percepção distorcida de sons e imagens. Aumento de temperatura e desidratação, podendo levar a morte. Com o uso repetido, tendem a desaparecer as sensações agradáveis, que podem ser substituídas por ansiedade, sensação de medo, pânico e delírios.

Ilustração 3 - Drogas que produzem distorções da percepção
Fonte: SILVEIRA, 2003, p. 10.

Com a exposição do quadro podemos perceber, a priori que, as drogas não causam somente prejuízos a saúde elas também causam sensação prazerosa decorrente da liberação de endorfina no cérebro, por isso, o consumo de drogas psicotrópicas é esperado devido a esses efeitos⁹, assim como à pressão social¹⁰. Experimentar não leva necessariamente à dependência, mas o risco é eminente.

1.2 Políticas no campo das drogas, sua evolução

⁹ Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde de 2004.

¹⁰ Contexto sócio econômico, amigos, oferta, etc

No contexto das macro políticas existentes no campo da droga, é de suma importância destacar que o trabalho teve início no Convênio de Genebra, no ano de 1925, reformuladas na Convenção de Genebra de 1931 e 1936. Onde surgiu:

O Comitê Central Permanente. Órgão consultivo, é a primeira instituição internacional em matéria de drogas, e sua função de vigiar constantemente o mercado internacional é o germe para uma vasta rede de serviços consultivos permanentes. (REIBNEITZ, 2003, p. 50)

Os países que estiveram presentes neste evento, assumiram o compromisso de analisar a possibilidade de estabelecer leis que reprimisse e punissem o tráfico de drogas.

Após a convenção de Genebra originaram-se vários outros convênios e instituições ligados à questões relativas as drogas. Como a Organização das Nações Unidas (ONU), criada em 24 de outubro de 1945, que tem como objetivos principais:

Manter a paz e a segurança internacional,; fomentar entre as nações relações de amizade, baseadas no respeito aos princípios de igualdade de direitos e de liberdade dos povos; cooperar na solução dos problemas internacionais de caráter econômico, social, cultural ou humanitário, e no estímulo ao respeito aos direitos humanos e as liberdades fundamentais. (IDEM, 2003, p. 50).

Posteriormente, cria-se a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 7 de abril de 1948, sob as luzes da ONU, que tem como:

Pressupostos que todos o povos possam gozar de máximo de saúde que se possa conseguir. Saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença. (IDEM, 2003, p. 51).

A partir de 1948, a Organização Mundial da Saúde, passou a ser responsável pela revisão, publicação e divulgação do CID (Classificação Internacional de Doenças).

Ao longo dos anos e após a segunda guerra mundial várias organizações foram criadas, todas elas sob o manto da ONU, e com objetivos em geral de manter a paz mundial, saúde, educação, cumprimento das leis, respeito aos direitos humanos, à liberdade, proteção à criança e ao adolescente, respeito a raça, sexo, idioma ou religião, entre outros. Todas elas estiveram interligadas ao controle do abuso de drogas. Dentre essas instituições e organizações, podemos citar a Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), em 1945, a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO), em 1945, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 1946, o Banco Mundial, criado em 1946, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), fundado em 1959 e a Organização dos Estados Americanos.

Esta última, passou por um processo desde 1826 até 1948, quando na:

Nona Conferência Internacional Americana, os participantes assinaram a Carta da Organização dos Estados Americanos e a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem, a primeira expressão internacional de Princípios dos direitos humanos. (IDEM, 2003, p. 54).

São 35 países que participaram e afirmaram a devida Carta, sendo o Brasil, um deles.

Nos reportamos a Organização dos Estados Americanos (OEA), com mais profundidade pois em, 17 de Dezembro de 1984, em assembléia geral a OEA baixa uma Resolução, convocando uma Conferência Interamericana especializada sobre Narcotráfico, no Rio de Janeiro. Essa conferência foi realizada em abril de 1986. E o resultado deste encontro hemisférico, surgiu:

O Programa Interamericano de Ação Contra o Consumo, a Produção e o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas, no qual se recomendou a criação da Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD), integrada pelos Estados membros da OEA. (IDEM, 2003, p. 54).

Em 1990, a CICAD aprova seu plano de ação, que tem como:

[...] pressuposto a meta principal de desenvolvimento sócio-econômico, consistindo no melhoramento dos níveis e qualidade de vida; adoção de políticas para a redução da demanda e prevenção ao uso indevido de estupefaciente e a luta contra seu tráfico ilícito. (IDEM, 2003 p. 55).

Os membros da CICAD, propõe estratégias conjuntas de avaliação governamental multilateral para tratar o fenômeno das drogas. Dentre outras ações a CICAD cria um instrumento chamado de Mecanismo de Avaliação Multilateral (MEM), que teve início em 2000.

O MEM visa melhorar a capacidade de controlar o tráfico e o abuso de drogas e reforçar a cooperação multilateral. Os conceitos de avaliação multilateral são convertidos em um mandato, pelos chefes de Estado de Governo das Américas, e os mesmos se comprometem a seguir as seguintes medidas:

Continuar desenvolvendo esforços nacionais e multilaterais para lograr a plena aplicação da Estratégia Antidrogras do Hemisfério e fortalecer esta aliança sobre a base dos princípios de respeito a soberania e a jurisdição territorial dos estados, reciprocidade, responsabilidade compartilhada, integralidade, equilíbrio no tratamento do tema, em conformidade com seus respectivos ordenamentos jurídicos de cada Estado membro. (IDEM, 2003, p. 57)

O MEM surge com os seguintes Objetivos:

Fortalecer de forma direta a confiança mútua, o diálogo e a cooperação hemisférica para fazer frente com maior eficácia aos diversos aspectos do problema das drogas;
Realizar o seguimento do progresso dos esforços individuais e coletivos e todos os países participantes do mecanismo;

Indicar tanto os resultados obtidos como os obstáculos enfrentados pelos países. (IDEM, 2003 p. 57)

Portanto, os países que fazem parte¹¹ OEA, apresentam relatórios documentando o estado do problema das drogas, ilustrando os avanços, as dificuldades e as áreas em que a cooperação deverá ser fortalecida. Este documento é elaborado sobre quatro categorias: “plano e estratégias nacionais, redução da produção de drogas, prevenção e tratamento e medidas de controle” (IDEM, 2003 p. 58). Em seguida os dados são analisados por um grupo de Expertos Governamentais¹² (GEG), formado por representantes dos Estados membros, que elaboram um resumo, e ao mesmo tempo, recomendações para estimular a assistência técnica e programas de treinamento antidrogas. Este documento é enviado ao Plenário da CICAD, para suas considerações e aprovação.

1.2.1 Política no campo das drogas, sua evolução no Brasil

A realidade brasileira não diferencia do mundo em geral, o consumo de drogas tem se intensificado ao longo dos anos. Conseqüentemente os prejuízos decorrente do uso de substâncias psicoativas são cada vez mais objeto de preocupação por parte das famílias, profissionais de saúde e de educação, autoridades governamentais e organizações não governamentais, atualmente.

¹¹ Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Chile, Equador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai, Venezuela, Barbados, Trindade, Tobago, Jamaica, Grenada, Suriname, Dominica, Santa Lúcia, Antígua, Barbuda, São Vicente, Granadinas, as Bahamas, Saint Kitts, Nevis, Canadá, Belize e Guiana. (Idem 2003, p. 54)

¹² Grupo de Expertos Governamentais: é o nome dado ao grupo que analisa os dados. É formado por representantes dos Estados membros da OEA.

Infelizmente o despertar da sociedade foi recente, segundo Sergio Paulo Ramos¹³, a questão das drogas começou a ser discutida, oficialmente, enquanto problema de saúde pública na década de 70, onde montou-se uma “Comissão anti-drogas vinculado ao Ministério da Saúde”, que não tinha expressão. Segundo ele, essa comissão não tinha força política, para tratar de um assunto tão sério.

Na década de 80 até 90, as drogas e seus problemas relacionados estavam subordinados ao CONFEM (Conselho Federal de Entorpecentes) vinculados ao Ministério da Justiça. Onde o assunto é tratado como um problema de polícia, e a solução era a repressão.

Medidas repressivas: centrada na figura do problema, usando um discurso estereotipado, impondo posturas e decisões autoritárias. Enfatiza o combate às drogas ilícitas, apresentando a luta policial e jurídica como a única maneira capaz de enfrentar e erradicar o “grande flagelo”. O problema é centrado no produto, atribuindo poder à substância, sem considerar o sujeito e o contexto sócio-econômico-cultural. (PUEL, 2000, p. 67)

No final da década de 90, em julho de 1998, o Presidente da república, aderiu ao princípio da responsabilidade compartilhada entre os Estados Membros das Nações Unidas, reestruturando o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), instituindo a Secretaria Nacional Antidrogas, como o órgão executivo do Sistema, vinculada à Presidência da República.

Ao longo dos anos a maioria das atitudes desenvolvidas foram para aumentar a ênfase repressiva. Os recursos destinados eram na sua maioria predominantemente para repressão, de forma geral continua até hoje, como podemos observar na finalidade do SISNAD: “Organizar e integrar as forças nacionais - públicas e privadas – em direção ao combate às drogas” (BRASIL, 2002, p. 7).

¹³ Palestra realizada no XVI Congresso da ABEAD “Responsabilidade social e prevenção ao uso de drogas: o papel da educação e da empresa, de 02 a 04 de setembro de 2004. Florianópolis, SC

O SISNAD funciona de forma descentralizada, estruturado nas três esferas de governo: Federal, estadual e municipal. No contexto federal atuam o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). O primeiro é um “órgão normativo do SISNAD, de deliberação coletiva, vinculado ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República” (Brasil, 2002, p. 22). O segundo, o SENAD, é um:

Órgão executivo do SISNAD para atividades relativas à redução da demanda, com a finalidade de planejar executar e controlar as atividades de prevenção do uso indevido de substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou psíquica, bem como aquelas relacionadas com o tratamento, a recuperação e reinserção social de dependentes. (IDEM, 2002, p. 24)

No contexto Estadual temos os Conselhos Estaduais e conselhos municipais que atuam de forma compartilhada. Os conselhos reúnem agentes do Governos, do setor privado e da sociedade civil, desenvolvem ações integradas no seu âmbito de atuação, formam uma rede de parcerias antidrogas.

As Leis brasileiras também seguem na mesma ordem, da repressão e do combate ao tráfico, como podemos observar no código Penal Republicano de 1890, o primeiro código que trata as drogas na dimensão jurídica, “onde proibia de maneira abrangente a utilização de substâncias tóxicas, sendo considerado delito, expor à venda ou ministrar substâncias venenosas sem legítima autorização e sem as formalidades previstas nos regulamentos sanitários” (SILVA, 2003, p. 34).

Historicamente o Brasil vem tratando o problema das drogas como “caso de polícia”, salvo atualmente que vem se discutindo muito a questão da prevenção e educação como solução para o problema. Percebe-se uma ineficiência do sistema, pois é ilusório acreditar que se possa enfrentar o problema das drogas ligadas ao tráfico por via da proibição ou pelo combate policial, dessa maneira só acaba expandindo, de certa forma

divulgando, como é o caso das campanhas “diga não as drogas”, que atraem os jovens, promovem o uso das drogas através do proibido, da sexualidade e da morte.

No contexto da saúde, o Ministério da Saúde, através da Coordenação de Saúde Mental (COSAM), estabelece as diretrizes e políticas de tratamento e de prevenção ao uso indevido de drogas lícitas e ilícitas.

A COSAM trabalha na reestruturação dos modelos de atenção em dependência química, apoiando a criação de serviços extra-hospitalares. Dispõe, no entanto, de uma ampla rede de hospitais próprios. Neste contexto, está inserido a atenção às pessoas comprometidas pelos danos causados pelo uso de álcool e outras substâncias psicoativas. (PUEL, 2002, p. 70).

Ainda segundo Puel, o Ministério da Saúde adota uma postura diferenciada do enfoque apenas repressivo, desenvolve campanhas e subsidia materiais educativos em apoio às ações das múltiplas organizações que tratam da prevenção, no País.

1.2.2 Política no campo das drogas, sua evolução em Santa Catarina

Santa Catarina, como não podia ser diferente, segue a mesma linha do Brasil e do Mundo em geral no assunto dependência, políticas e tratamento de substâncias psicoativas.

Neste item entraremos um pouco em ações e história da Saúde Mental, tendo em vista que o estágio foi desenvolvido em uma instituição psiquiátrica e como focado anteriormente, “A dependência não é falta de caráter ou de vontade. É um transtorno crônico e recorrente, que afeta a capacidade do indivíduo controlar o consumo e elaborar julgamentos.” (Marques, 2004, p. 56). E dependendo o grau de intoxicação é necessário tratamento/desintoxicação em instituição hospitalar.

Retratar dependência química, sua construção enquanto rede de atenção, não é tarefa fácil, pouco tem-se trabalhado esse assunto, na verdade somente um “livreto”, como

o próprio autor denomina, fala um pouco da história. Este foi elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em 1998. Retrata que no Estado começou a interiorização das ações de saúde mental na década de 70, aprimorando as ações após a criação do Sistema Único de Saúde na década de 90.

A partir de 1995, segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde, houve um incremento do atendimento psiquiátrico em hospitais-gerais, até início desta década somente hospitais psiquiátricos tratavam do assunto em Santa Catarina.

O Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, foi desde o início e até hoje é referência no Estado para desintoxicação de substâncias psicoativas, mas vários hospitais clínicos tem disponibilizado leitos para essa demanda. Vale ressaltar aqui que nem todos esses hospitais tem profissionais especializados para tratar esse público.

Outro serviço prestado no Estado, que merece destaque são os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Ambulatório de saúde mental, que presta atendimento a portadores de transtornos mentais e dependentes químicos, com equipe multiprofissional.

Ainda, seguindo a linha dos itens anteriores vamos representar um pouco da atuação dos Conselhos Estaduais e seu incentivo junto aos Conselhos municipais.

O Conselho Estadual de Entorpecentes, foi instituído pelo Decreto nº 18.505 de 19/11/82, com atribuições de formular a política estadual de entorpecentes, oferecer orientação normativa, coordenação geral e atividades concernentes à prevenção, fiscalização e repressão de substâncias que determinam dependência física ou psíquica, bem como orientar os municípios na formação e desenvolvimento das atividades dos Conselhos Municipais de Entorpecentes.

O CONEN/SC tem procurado, nos seus 20 anos de atividades concernentes ao desenvolvimento de uma política antidrogas para o Estado de Santa Catarina, estabelecer uma política eficaz para a prevenção e tratamento ao uso indevido de drogas.

Ao longo dos anos, tem estimulado os Municípios para a implantação de COMENs/COMADs, visando contribuir para a política na área da dependência química, minimizando assim os prejuízos decorrentes de internações, acidentes de trânsito, de trabalho, queda de produtividade e mortes prematuras.

Nós nos atemos aqui somente a mencionar as ações públicas, que ora são desenvolvidas no Estado de Santa Catarina. Aprofundando nosso estudo, abordaremos no próximo capítulo a operacionalidade institucional de atenção a droga dependência realizada no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina.

2 CONTEXTUALIZANDO A INTERVENÇÃO PÚBLICA DO PROBLEMA DA DROGA DEPENDÊNCIA EM SANTA CATARINA: O INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DE SANTA CATARINA

2.1 Trajetória Histórica do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina – IPq-SC

O Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (antigo Colônia Sant’Ana) é uma instituição pública integrante da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Sendo Centro de referência Estadual.

Inaugurado em 10 de Dezembro de 1941, o Hospital Colônia Sant’Ana, surge junto com a própria trajetória da assistência psiquiátrica no Estado de Santa Catarina. Com objetivo de atender portadores de distúrbios mentais.

É considerado um marco na história catarinense, por ser o único hospital psiquiátrico público do Estado e por passar da fase asilar para uma fase terapêutica. Anterior a sua criação, Santa Catarina só possuía “asilos para loucos”, localizados em Brusque e em Joinville, que apenas serviam para o recolhimento de doentes abandonados.

O Hospital foi inaugurado com 300 leitos, sendo que houve um aumento gradativo para atender a demanda. Em 1951 contava com 600 leitos. No ano seguinte o número passou para 800. Como apresentado, houve um aumento significativo de leitos, mas o corpo médico era insuficiente, haviam somente 2 psiquiatras, o diretor, que além de acumular a direção prestava serviço clínico psiquiátrico, 1 fisiologista, 1 clínico e 1 cirurgião.

Nas décadas seguintes a situação agrava-se ainda mais. No início da década de 70, o hospital encontrava-se em condições precárias, desestruturado e retrógrado, com um número alarmante de 2040 pacientes para 1070 leitos e poucos funcionários, sendo que não haviam profissionais de Enfermagem, Serviço Social e Psicologia. A cruel realidade era alarmante o Hospital Psiquiátrico foi considerado um depósito, com um número altíssimo de óbitos.

Em agosto de 1971, o Hospital Colônia Sant'Ana é incorporado a Fundação Hospitalar de Santa Catarina, através do Decreto Lei SES-09. Passou então por uma reestruturação geral. Foram contratados 159 funcionários (médicos, assistente sociais, enfermeiros, dentista, psicólogos, bioquímicos, etc). A partir desta data, ocorreram melhorias na estrutura da planta física, nas atividades técnicas e administrativas.

A partir da data citada acima ocorreu um trabalho, por parte do Serviço Social, de reaproximação do paciente e familiares. Eram realizadas viagens ao interior do Estado a fim de resgatar o vínculo familiar, bem como preparar os familiares para efetivação da alta hospitalar dos pacientes. Em 1974, o Hospital possuía 1123 leitos e uma média de 1089 pacientes internados.

Em 1977, os pacientes foram setorizados por CARS (Centros Administrativos e Regionais de Saúde). Esta reestruturação visava reaproximar pessoas da mesma região geográfica, com hábitos culturais idênticos, e ainda a troca de experiências, de intercâmbio de informações dos profissionais do Hospital versus comunidade e a facilitação da alta hospitalar do paciente.

Foi implantado o projeto de Terapia alternativa, em 1980, intensificando e diversificando o atendimento aos pacientes, que passaram a ter parte de seu tempo de internação ocupado com atividades orientadas tecnicamente. Nesse período, o Hospital dispunha de 1000 leitos e uma média de 850 pacientes internados.

Ao longo dos anos o Hospital passou por diversas transformações tanto estruturais como de atendimento, de atividades, de políticas e muitas campanhas de sensibilização e esclarecimentos à comunidade. Além disso, o Hospital vive um contexto de redefinição, que acontece nacionalmente, denominado de movimento anti-manicomial, liderado por profissionais basicamente da área da saúde, insatisfeitos com a situação da assistência ao sofredor psíquico. Este movimento entende que instituições como esta, são geradoras de doenças, alegando serem estas mais prejudiciais do que benéficas aos portadores de transtornos mentais.

Os movimentos organizados pela sociedade, em muito contribuíram para a reforma psiquiátrica, refletindo positivamente na forma de tratamento aos portadores de transtornos mentais que necessitam de assistência especializada a nível hospitalar.

Este assunto gera polêmica à nível nacional. No Estado ocorreu ao longo dos anos conferências, debates em torno dele, como aconteceu na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental e mais recentemente o II Congresso Nacional da AFDM¹⁴, que reuniu profissionais de saúde, familiares e doentes mentais, em 2002 no Rio de Janeiro¹⁵. Como resultado desta, destaca-se a indignação por parte dos participantes, em relação à política

¹⁴ AFDM – Associação dos Familiares, Amigos e Doentes Mentais do Brasil.

¹⁵ Informativo da AFDM Brasil – Rio de Janeiro, maio de 2003.

de saúde mental que vem sendo praticada no Brasil. Apontou-se uma imensa desassistência em todo território nacional, pela falta de ambulatórios, hospitais-dia, leitos psiquiátricos e medicamentos de ponta, entre outros problemas.

Cabe destacar que a reforma psiquiátrica representa um constante embate ideológico entre uma parcela da sociedade que não concebe mais essa forma de tratamento institucional arcaica e grupos que representam os interesses capitalistas, percebendo nessas instituições um espaço de manutenção do poder.(CARDOSO, 2000, p. 14)

O movimento anti-manicomial continua efetivamente participativo e “fiscalizador” das instituições, muitas vezes com o objetivo de fechá-las, buscando falhas leves ou graves. A última “visita” realizada em todo o Brasil, às instituições psiquiátricas, foi no dia 22 de julho de 2004. Onde criaram-se comissões para visitar os hospitais/institutos. A comissão que visitou o IPq era composta por membros do conselho federal de psicologia, da OAB e por alguns outros profissionais da saúde.

Esta visita teve como resultado um relatório, falando das atuais situação das instituições, onde percebeu-se, a priori, que no IPq, ainda há necessidade de melhora, mas que houve uma evolução ao longo dos anos.

O movimento por melhores condições de atendimento/tratamento aos pacientes psiquiátricos é fundamental. Mas, deve-se priorizar as necessidades dos pacientes e familiares, assim objetivando a melhora das instituições tanto hospitalares quanto os centros ambulatoriais, tanto em qualidade quanto em quantidade. Lembrando assim que o fechamento dos hospitais psiquiátricos não é a melhor solução, conforme expõe o dr. Luiz Dratcu:

Eu acho que, nas circunstâncias atuais, sem que haja provisões adequadas para as necessidades da população que necessita dos hospitais, sem que haja serviços na comunidade que sejam efetivos, sem que haja consulta aos maiores interessados, que são os pacientes e a família, eu acho que é criminoso (fechar os hospitais). (Informativo da AFDM, 2003 p.3)

Dessa forma, também o Instituto de Psiquiatria (IPQ) busca atender as perspectivas da sociedade e responder suas exigências, reestruturando-se.

Atualmente o Hospital divide-se em dois grandes centros:

O primeiro denomina-se Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (Unidade de Internação Psiquiátrica) e busca desenvolver um trabalho junto à família, visando a compensação do surto no menor período de internação possível e a desintoxicação de etílicos e outras drogas. O Instituto de Psiquiatria vem contribuindo efetivamente, não somente no tratamento, suas ações se estendem a esfera educacional, desmistificando a doença junto ao portador de transtornos mentais e seus familiares.

Para o retorno do paciente a sociedade, é realizado encaminhados para os recursos ambulatoriais existentes¹⁶, mais próximos de suas residências, responsabilizando as secretarias municipais de saúde que devem comprometer-se com a continuidade do tratamento.

Atualmente este centro está dividido em 5 enfermarias: Unidade de dependência química Masculina (UDQ), 5ª feminina, 2 enfermarias masculina e a Clínica Médica. Somando um total de 147 leitos e uma média de 148 pacientes internados¹⁷.

¹⁶ Grupos de auto ajuda: Alcoólicos Anônimos, (AA), Narcóticos Anônimos (NA), Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) entre outros.

¹⁷ Dados coletados no mês de março de 2004.

O segundo centro de atuação recebe a denominação de Centro de Convivência Sant'Ana, onde se encontram internados os portadores de transtornos mentais crônicos, internados com vínculo familiar gravemente prejudicado ou inexistente.

Este centro subdivide-se em duas Pensões, masculina e Feminina, uma Unidade de Gestão Participativa (UGP), a Unidade Ana Teresa, e por último em 7 enfermarias, três enfermarias femininas e três masculina e a Unidade de Idosos (UI). Atualmente disponibiliza um total de 405 leitos e uma média de 353 pacientes internados¹⁸.

Em relação ao corpo de funcionários e profissionais existentes no Instituto de Psiquiatria (IPq), apresenta da seguinte maneira:

Médicos	27
Enfermeiros	14
Técnicos Atividades de Saúde	27
Agente de Atividades Saúde II	161
Assistente Sociais	06
Terapeutas Ocupacional	05
Pedagogas	03
Psicólogos	04
Fisioterapeutas	01
Professor Educação física	02
Nutricionista	01
Administrativo	01
Farmacêutico	01
Técnico atividade administrativo	36
Técnico RX	01
Artífice II – Cozinheiro	11

¹⁸ Dados coletados no mês de março de 2004.

Artífice II – Padeiro	03
Artífice II – Telefonista	07
Artífice II – Costureira	05
Artífice II – Diversos	30
Agente de Atividades Administrativo	01
Agente de Serviços Gerais	189
Motorista	08
Técnico de Análise Administrativo II	02
Total	546
Terceirizados	25
Contratados	16
Cargo comissionado	1
Total	588

Ilustração 4: Relação de funcionários do IPq-SC

Fonte: SAME, IPq-SC, 2004.

O trabalho interdisciplinar se faz presente na Instituição e através dos anos vem melhorando na forma de atendimento e de tratar os transtornos mentais, como podemos observar na própria missão desta:

Promover a saúde, com assistência e informação de qualidade, ser um centro de pesquisa, ensino e educação continuada, voltado para a melhor qualidade de vida dos portadores de transtornos mentais, de suas famílias e da sociedade.

E indo em busca da visão:

Ser um centro de referência reconhecido por sua qualidade da assistência em psiquiatria e saúde mental psiquiatria e centro de Convivência Sant'Ana, alterando a imagem da instituição, desfazendo o preconceito e o estigma relativos aos transtornos mentais.

2.1.1 Unidade De Dependência Química - UDQ

Desde 1980 o Hospital Colônia Sant'Ana (HCS) oferece tratamento especializado para dependência de álcool. Esse tratamento se dava em uma enfermaria masculina, com capacidade para 42 leitos, denominada 4º enfermaria. Entretanto essa demanda cresce assustadoramente ao longo dos anos, ocasionado super lotação, na referida enfermaria.

Em 1983, alguns profissionais – 2 assistentes sociais, 1 enfermeira, 1 psicóloga e 1 médico, todos integrantes do corpo técnico da 4ª enfermaria masculina, reuni-se para elaborar um projeto com o objetivo de “atender a uma demanda de pacientes alcoolistas intoxicados / recém-admitidos no HCS, concentrando-os numa determinada área específica, oferecendo assistência adequada de tratamento” (projeto Unidade de desintoxicação alcoólica). Após essa desintoxicação, de um período de 7 dias, os pacientes recebiam alta ou eram encaminhados a 4ª enfermaria masculina.

Em 1987 ocorre um levantamento do “perfil do paciente alcoólico”, pelos profissionais do Serviço Social , a fim de qualificar e quantificar essa demanda, para assim subsidiar a ampliação da até então estrutura física da unidade existente e separar de acordo com o grau de dependência. A partir deste ano a unidade de alcoolismo do hospital Colônia Sant'Ana fica assim dividido:

- ✓ Unidade de desintoxicação (U.D): Unidade especializada, destinada a dar o primeiro atendimento ao alcoolista para fins de desintoxicação e triagem para as demais unidades. A internação nesta unidade é por um curto período, de até 7 dias, com

possibilidade de alta e encaminhamento para ambulatórios. Dispunha de 12 leitos.

- ✓ Unidade Clínica de Alcoolismo (U.C.A): Unidade destinada ao tratamento dos alcoolistas provenientes da Unidade de Desintoxicação, com permanência média de 20 dias. Com assistência multidisciplinar, utilizando técnicas de terapia de grupo, seminários, atendimento individual e familiar. Dispunha de uma média de 60 leitos.
- ✓ Unidade de cuidados especiais de alcoolismo (U.C.E): Unidade de tratamento de pacientes alcoolistas com problemática social – desemprego, sem vínculo familiar, várias internações. Nessa Unidade o trabalho se voltava para a reinserção social do indivíduo na comunidade. Além da assistência ao quadro clínico em si, era desenvolvido um trabalho de treinamento e capacitação profissional. Período mínimo de tratamento era de 60 dias. Dispunha de 60 leitos.

Ao longo dos anos o Hospital passou por profundas transformações, inclusive como já dito neste trabalho, houve a troca do nome, para Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina.

Atualmente o hospital dispõe de uma única Unidade de Dependência Química para tratamento de múltiplas drogas, onde realizei meu estágio e que será descrito neste item.

Sendo assim, o Programa da UDQ, dispõe de atendimento aos pacientes dependentes de álcool e outras drogas, objetivando a desintoxicação e tratamento da dependência e encaminhamento

ambulatorial, através da prestação de assistência integral, considerando os aspectos biopsicossociais e comportamentais da doença.

A Unidade conta com uma equipe multidisciplinar, para desenvolver o trabalho, composta de duas assistentes sociais, uma enfermeira, um psicólogo, uma terapeuta ocupacional, quatro médicos psiquiatras, um médico residente em psiquiatria, dois facilitadores¹⁹ e 11 auxiliares e técnicos integram a equipe de enfermagem. Atualmente a unidade tem capacidade máxima de 42 leitos.

O período de internação é em média, 21 dias, salvo em caso de autorização judicial, nesse caso, para menores de idade ou ainda em caso de determinação judicial, que pode se estender de acordo com a avaliação do juiz, que o encaminhou.

A metodologia de trabalho é direcionada basicamente às ações terapêuticas, sócio-educacionais e trabalho com redes, através de:

- ✓ Grupo de Vivência, realizado diariamente, no período matutino e vespertino, com o objetivo de motivar o dependente químico ao processo de recuperação, coordenado por facilitadores;
- ✓ Grupo Motivacional, realizado por membros do Alcoólicos Anônimos (AA) aos domingos e também Narcóticos Anônimos, aos sábados, objetivando o ingresso do dependente químico aos grupos comunitários, após o tratamento hospitalar;
- ✓ Assembléia Geral, realizada semanalmente, sob a coordenação de um técnico da unidade, com o objetivo de oferecer um espaço para

¹⁹ Facilitadores: dependentes químicos em abstinência há muitos anos.

que todos possam expressa-se e é realizada discussão dos diversos assuntos referentes a unidade durante o tratamento;

✓ Grupo de Atividades, realiza-se semanalmente, sob a coordenação de um técnico da unidade com enfoque terapêutico, envolvendo-os nas atividades cotidianas, levando-os a retomar hábitos e responsabilidades perdido ao longo da evolução da doença;

✓ Grupo com familiares, realizado as quintas feiras, das 9:15 as 11:30, coordenado pelo Serviço Social, Enfermagem e Psicologia, com o objetivo de orientá-los quanto ao processo de recuperação motivando-os a participar do tratamento, dando ênfase no tratamento a família, (co-dependência) e estimulando a participação em grupos de *AL-Annon*²⁰ e outros, bem como, informando quanto as normas e rotinas da unidade.

✓ Grupo de admissão, realizado através de atendimento semanal aos pacientes admitidos no decorrer da semana, coordenado pela Assistente Social e participação da enfermeira ou outro profissional da enfermagem. Tem por objetivo conhecer o paciente, identificar nível de motivação e expectativas quanto ao tratamento e intervir quando necessário no sentido de diminuir possível resistência e ansiedades frente à internação.

✓ Grupo de alta, após paciente receber alta médica é realizado grupo coordenado pelo Serviço Social, onde é reiterado a necessidade de dar continuidade ao tratamento em ambulatório, devendo este, integrar-se a grupos de auto-ajuda (AA, NA, entre outros). Caso o

²⁰ AL-Annon: Sigla americana, traduzida para o português, familiares e amigos de alcoolistas

paciente manifeste interesse, percebendo que necessite de uma internação prolongada, o Serviço Social estará fazendo a mediação com outras instituições afins (comunidades terapêuticas) ou quando houver ainda suporte familiar, irá orientar estes, quanto aos recursos existentes. Finalizando, é realizado contato com familiares para a efetivação da alta hospitalar.

✓ Grupo de Atendimento Médico, visa ajudar os pacientes a encontrar soluções sadias para os seus conflitos. Utilizando-se de estratégias diversas com o fim de propiciar mudanças de comportamento.

✓ Grupo de Bioenergética, realizado semanalmente, com o objetivo de estimular o contato corpo-mente saudável, é uma terapia corporal. Coordenado por terapeuta ocupacional.

✓ Grupo de Cerâmica, é um grupo para expressão, modelagem e produção de peças de argila. Coordenado por Terapeuta Ocupacional, realizado semanalmente.

✓ Grupo de Horta, realizado diariamente, coordenado pela terapeuta ocupacional. Tem por objetivo vivenciar com o plantio, sementeira, colheita, cuidado com as plantas e conseqüentemente mudanças de hábito no tratamento da dependência química e o cuidado de si próprio. É realizado diariamente, e os pacientes devem estar com mais de 10 dias de internação.

✓ Atividade de Vida Diária, tem como objetivo resgatar o senso de responsabilidade organização e auto cuidado, que ao longo do processo da doença vão se perdendo.

Atualmente a internação se dá de duas maneiras, uma delas é através do agendamento, que é organizado pelo Serviço Social, realizado duas vezes por semana. Sendo que as terças-feiras é destinado à população da grande Florianópolis e as sextas-feiras, à outros municípios do Estado. Este ocorre no período matutino das 10:00 as 11:00 horas. Objetiva, organizar o acesso a assistência especializada de forma a oportunizar a todos (sexo masculino) que buscam esse serviço

Outra forma para internação é a de caráter emergencial, onde a avaliação é do médico psiquiatra, plantonista, considerando a gravidade clínica.

De forma resumida assim se apresenta a Unidade de Dependência Química no IPQ-SC.

2.1.1.1 Dependência, Diagnóstico e Tratamento

A dependência deve ser considerada toda vez que a droga vai assumindo papel progressivamente mais importante na vida do sujeito.

A qualidade da relação que o indivíduo estabelece com as drogas está pautada na prioridade que a droga vai assumindo em sua vida. Podemos chamar de uso qualquer consumo de drogas, independente da frequência ou da intensidade. Já o abuso caracteriza uma relação alterada com a substância, sinalizando uso nocivo que resulta em consequências adversas. (Carmo, 2003, p. 15)

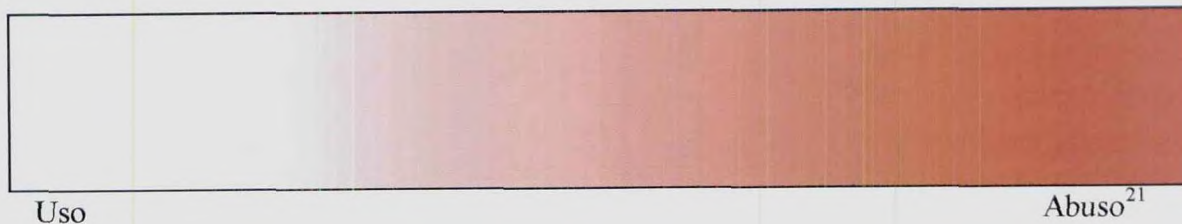
Ainda que, o caminho do uso até a dependência não ocorra de forma linear, essa passagem traz mudanças importantes. Cada vez mais suas atividades e seu círculo social vão sendo associados ao uso da droga, havendo, não raro, o aparecimento de problemas

relacionados ao consumo, os quais podem ser familiares, jurídicos-legais, sociais, financeiros, físicos, psíquicos, etc, caracterizando a síndrome da dependência, conforme descrita no CID10.

O diagnóstico de Síndrome da Dependência, segundo a CID-10 deve ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos, a seguir, forem relatados ou experimentados, em algum momento, durante o último ano:

- a) Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- b) Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
- c) Um estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: a síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- d) Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- e) Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
- f) Persistência no uso da substância, a despeito de evidencia clara de conseqüências manifestamente nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos conseqüentes a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga. (CID-10, 1993, p. 75)

Sendo assim, conforme já foi mencionado, a passagem do abuso para a dependência não ocorre de forma linear e determinada. Em linguagem popular poderíamos descrever essa passagem em cores, entre o branco e o vermelho. Temos facilidade em distinguir a cor branca e a cor vermelha, mas não conseguimos definir com a mesma exatidão a interface entre o rosa e o vermelho (“normal” e patológico), como veremos a seguir:



Esse episódio se caracteriza principalmente:

[...] pela “sutiliza” da evolução qualitativa entre a possibilidade de controle do uso para a progressiva dificuldade e impossibilidade de exercer tal controle. Sendo assim, a ligação com a substância torna-se algo profundamente marcante e resistente à alterações e o indivíduo tende a levar tal memória gratificante ao longo da vida. (Carmo, 2003, p. 16).

Para melhor esclarecer essa passagem podemos lembra Formigoni e Monteiro, no capítulo, “a Etimologia do Alcoolismo”, no livro organizado por Ramos (1997, p. 33), que descreve:

A passagem do beber sem problemas ao alcoolismo não se faz do dia para a noite. É um processo que admite uma longa interface entre o beber normal e o alcoolismo, em geral de vários anos. Nessa interface, começa a aparecer os problemas relacionados ao uso inadequado do álcool. O beber passa a ser priorizado em relação a outras atividades, adquirindo cada vez mais importância na vida da pessoa. É, usada uma imagem, quando amigos, família, vida profissional ou preocupação com o próprio corpo começam a ser a parte desbotada de uma fotografia antiga, em branco e preto, onde o detalhe que se destaca cada vez com mais clareza é o álcool.²²

O uso de drogas psicoativas atinge os mais diferentes grupos populacionais e de diversas faixas etárias. Esse consumo pode ser iniciado em qualquer fase da vida de um indivíduo. O processo de transição é sinalizado de várias formas, por exemplo, começar a beber mais do que o habitual para as circunstâncias, beber sozinho frequentemente, beber muito rápido, mudanças de hábitos (alimentação, sono, nas roupas, amigos, etc), chegar em casa depois que todos estão dormindo, usar colírios constantemente e sem motivo aparente, são alguns sinais.

²¹ Segundo Sergio de Paula Ramos essa passagem se caracteriza em: “sem problemas, Interface e problemas: sociais, orgânicos, psicológicos e síndrome de abstinência” (1997, p. 34)

²² O autor citado se refere somente ao álcool, mas a passagem não diferencia para outras substâncias psicoativas.

Após diagnosticado a dependência, temos o tratamento. Conforme preconiza o SISNAD na cartilha, organizada por Leite (2002, p. 06):

O tratamento é uma das formas de minimizar os prejuízos que costumam ocorrer na vida do indivíduo, de seus familiares, de seus vizinhos e possíveis empregadores, do município onde reside, enfim da comunidade em que vive, de seu Estado bem como de seu País.

Ainda segundo a cartilha do SISNAD, podemos dizer que dificilmente o sujeito procura tratamento por estar consciente de que está usando álcool e outras drogas em demasia, ou por ser portador de uma doença progressiva em incurável.

As principais razões para a procura de tratamento são geralmente problemas e prejuízos que se acumulam ao longo da vida de consumo do paciente. Dentre as principais causas de busca de serviço de assistência podemos relacionar as complicações médicas (p. ex. convulsões), ocupacionais (p. ex. perda do emprego), interpessoais (separação conjugal, imposição familiar), legais (sentença judicial), financeira (dívidas ou atrasos nos compromissos) ou psiquiátricas (depressão ou alucinações decorrentes do consumo). (IDEM, 2002, p. 08).

Para iniciar o tratamento é importante uma avaliação junto ao paciente e familiares, do percurso do uso. Objetivando construir juntamente com o paciente um retrato detalhado e atual de seu envolvimento com o consumo, assim também como estabelecer um bom vínculo entre a equipe terapêutica (médico, psicólogo, assistente social, enfermeiros, etc) e o paciente. Este vínculo deve estar pautado na confiança. A este processo inicial dá-se o nome de “abordagem do paciente dependente”.

Segundo a autora Ito, o tratamento para dependência de substâncias psicoativas devem estar pautados em três princípios fundamentais: (1998, p. 110): “a) abstinência; b) reabilitação física e psicossocial; c) prevenção de recaídas.”

a) Abstinência

“A abstinência é o primeiro passo e objetivo básico do tratamento”. (IDEM, 1998, p. 111). Essa fase compreende a abordagem do paciente (relatada anteriormente) e inclui as decisões e orientações fundamentais para que ocorra a reabilitação do paciente.

b) Reabilitação física e psicossocial

“Superar a dependência de substâncias não se limita a largar as drogas” (IDEM, 1998, p. 112). Para a realização do tratamento é necessária avaliação de prejuízos físicos e sociais.

Sendo assim, avaliação das possíveis seqüelas clínicas, como doenças hepáticas, desnutrição, cardiovasculares ou neurológicas, infecções, entre outras. Outra questão a ser tratada são os prejuízos sociais, neste caso é importante o envolvimento familiar. A inclusão de um ou mais membros da família no processo de tratamento pode ajudar a manter o paciente longe das drogas e facilitar sua re inserção social.

c) Prevenção de recaídas

“Mais de 70% dos dependentes têm recaídas até seis meses ou um ano depois, de deixarem as drogas” (IDEM, 1998, p. 114). Esse trabalho é fundamental no tratamento, tido muitas vezes como sua própria essência. Aplica-se um conjunto de intervenções que inclui identificar situações de risco, praticar respostas a serem emitidas nessas situações. Normalmente trabalhar-se com técnicas automotivadoras, podendo utilizar variadas correntes psicológicas.

Ainda, durante o processo de recuperação, é importante salientar que o tratamento não encerra após alta da instituição, e para dar continuidade a abstinência temos como forte aliado os grupos de auto ajuda, tais como Alcoólicos Anônimos (AA)²³ e o Narcóticos Anônimos (NA)²⁴. Estes constituem meios essenciais para a obtenção de resultados favoráveis no tratamento. A participação deve ser estimulada por todos os profissionais envolvidos na assistência aos pacientes.

²³ Relação de grupos de auto ajuda da grande Florianópolis de alcoólicos anônimos, em anexo A

²⁴ Relação de grupos de auto ajuda da grande Florianópolis de narcóticos anônimos, em anexo B

2.1.1.2 Serviço Social na Unidade de Dependência Química no IQq-SC

O serviço social na Unidade de Dependência Química do IPq-SC, tem como objetivo intervir e trabalhar junto ao paciente e familiares a conscientização da doença frente ao processo de recuperação, durante o período de internação na unidade.

Além do que foi relatado anteriormente no item 2.3.1.1, onde discorre sobre o trabalho de todos os técnicos, iremos aqui relatar a metodologia adota pelos profissionais desta Unidade e outras atuações que o profissional de serviço social envolve-se nesta instituição.

2.1.1.2.1 Metodologia de Trabalho do Serviço Social na Unidade de Dependência Química

- ✓ Seminários semanais abordando a dependência química e suas implicações sociais ;
- ✓ Coordenação de reunião semanal com familiares com objetivo de orientá-los quanto ao processo de recuperação da doença;
- ✓ Atendimento individual aos familiares objetivando conhecer a história social do paciente e intervir visando fortalecer a rede familiar fragilizada pelo processo de adoecimento;
- ✓ Participação com demais profissionais da equipe (UDQ) de reunião semanal.
- ✓ Realização de grupo de admissão²⁵

²⁵ Objetivo relatado anteriormente, item 2.2.1.2

- ✓ Realização de grupo de alta²⁶;
- ✓ Contatos com recursos externos, buscando facilitar o acesso a centros de recuperação a pacientes que demonstrarem interesse e considerando as necessidades individuais;
- ✓ Participação junto à equipe técnica na elaboração de um programa específico da unidade de dependência química;
- ✓ Realização de agendamento, programando a internação do indivíduo dependente químico que solicita tratamento na UDQ;
- ✓ Providências diversa (telefonemas, correspondências, encaminhamentos, recursos concretos através de passagens, etc)

Além do citado, os profissionais que atendem nessa Unidade também participam do serviço de plantão do IPq-SC. É um serviço de triagem que configura-se em pronto atendimento a todas as pessoas que procuram o Instituto. Realizando entrevistas com familiares e/ou responsáveis pelos pacientes recém internados, com o intuito de obter informações acerca da situação biopsicossial, prestando orientações referentes as normas, rotinas e tratamento hospitalar. Sendo, ainda de competência deste profissional, orientar e encaminhar o paciente e/ou familiar que, de acordo com os critérios de avaliação, não constituírem casos de internação, procurando prestar esclarecimentos, necessários quanto à existência dos recursos disponíveis na comunidade, visando promover o direito à cidadania.

Ainda é fundamental destacar, o constante incentivo destes profissionais, pelo trabalhar interdisciplinar, que acreditam que possam agregar valor ao trabalho desenvolvido na instituição, como preconiza o Código de Ética do Assistente Social (Art. 10º inciso d) “incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar”.

²⁶ Objetivo relatado anteriormente, item 2.2.1.2

Além das atividades relacionadas acima, alguns profissionais estão envolvidos com atribuições privativas do Assistente Social, indo de encontro com a regulamentação da Lei da Profissão nº 8.662/93 (1993, p. 40)

- VI – treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
- X – coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social;
- XII – dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas e privadas.

Atividades essas, desempenhadas com eficiência e eficácia, principalmente por profissionais que prezam pelo respeito aos direitos sociais e incentivo ao ensino e educação continuada, como também assistência e informação de qualidade.

3 DEPENDÊNCIA QUÍMICA E O CONTEXTO QUE O PACIENTE ESTÁ INSERIDO - A PESQUISA

3.1 Metodologia de pesquisa

O trabalho ora apresentado, teve início na experiência de estágio realizada no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, na Unidade de Dependência Química.

Neste período pudemos conhecer um pouco da problemática vivenciada por essa população, no que se refere ao período de tratamento para dependência química. Podemos participar das ações desenvolvidas pelos profissionais do Serviço Social e refletir sobre elas, além de analisar as bibliografias que dizem respeito ao assunto e ao Serviço Social.

A partir do supracitado, este estudo se propõe a traçar o perfil do paciente que busca tratamento na unidade de dependência química do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, e proporcionar aos técnicos em feedback do seu trabalho, bem como elaborar proposições em relação ao tratamento e quanto a prevenção, sob o prisma do Serviço Social.

Para realizarmos este, tivemos como premissa, conhecer o contexto que o paciente está inserido, quanto sua rede primária e secundária; identificar o motivo que o levou a buscar tratamento; compreender as expectativas do paciente ao término do tratamento hospitalar e avaliar os aspectos que interferiram no processo de tratamento durante a internação do paciente. Para realizarmos este estudo foi traçada uma metodologia que segue nas próximas linhas.

Sendo assim, antes de nos atermos especificamente ao trabalho aqui desenvolvido é necessário clarearmos o significado de pesquisa social. Conforme Gil (1999, p. 42), define-

se: “[...] como o processo que, utilizando a metodologia científica, permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social”.

As pesquisas podem ser classificadas, segundo Gil, em três níveis: “estudo exploratório, estudo descritivo e estudo que verificam hipóteses causais” (1999, p. 43). Portanto, podemos enquadrar este estudo entre as pesquisa descritiva, definida assim: “As pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial à descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 1999, p. 44).

A pesquisa foi realizada através de entrevista estrutura, que “[...] desenvolve-se a partir de uma relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanece invariável para todos os entrevistados [...]” (GIL, 1999, p. 121), em forma de levantamento (Surveys), como define Gil (1999, p.70):

As pesquisas deste tipo se caracterizam pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer. Basicamente, procede-se à solicitação de informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado para em seguida, mediante análise quantitativa, obter as conclusões correspondentes dos dados coletados.

A classificação dos entrevistados ocorreu por amostragem sistemática, lembrando Gil, (1999, p.103) “Sua aplicação requer que a população seja ordenada de modo tal que cada um de seus elementos possa ser unicamente identificado pela posição”, dessa forma, foram entrevistados os pacientes que ocuparem os leitos, 14 a 28, da Unidade de Dependência Química do IPq-SC

As entrevistas foram realizadas com os pacientes em dois momentos, assim descritos. No primeiro momento, foram colhidas informações de identificação, situação profissional, situação sócio-familiar e o motivo que o levou a internação nesta instituição.

Esta entrevista realizou-se após o quinto dia de internação do paciente, considerando que muitos pacientes internam com auto grau de intoxicação²⁷.

No segundo momento identificamos suas expectativas em relação a saída do hospital e outros aspectos relativos à doença, conforme roteiro, apêndice A. A partir da aplicação das entrevistas e análise, podemos avaliar aspectos que interferiram no processo de tratamento, durante a internação do paciente. Esta segunda entrevista ocorreu a partir do 13º dia, com pacientes que encontravam-se em pré-alta.

Ambas entrevistas foram realizadas nos consultórios da Unidade de Dependência Química do IPQ-SC.

De posse dos resultados obtidos, foi possível realizar o processo de análise e interpretação que apresentaremos nos próximos itens.

3.2 Apresentação, análise e discussão dos resultados

Para traçar o perfil do paciente atendido na Unidade de Dependência Química do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, elaboramos um questionário, como citado anteriormente, que foi aplicado a um número de 51 pacientes²⁸, destes, 45 participaram da 1ª entrevista, 2 pacientes fugiram da unidade, 4 saíram antes de 5 dias de internação e 30 pacientes foram entrevistados no segundo momento do trabalho. Os 15 pacientes restantes que não participaram da segunda entrevista, tiveram alta antes da data prevista, antes de 10 dias de internação, este assunto será melhor discutido nos itens que seguem.

²⁷ Considerando ser um dos objetivos da unidade de dependência química, proporcionar a desintoxicação, em sua maioria estes pacientes chegam com grau de intoxicação severa, não apresentando nos primeiros dias condições clínicas que permita a intervenção proposta.

²⁸ Estes número correspondem aos pacientes atendidos pela assistente social Salete Celho da Silva.

Nesse primeiro momento, podemos informar que os pacientes atendidos na Unidade de Dependência Química do IPq-SC, são do sexo masculino, na sua maioria acima de 18 anos, salvo em alguns casos que são atendidos adolescentes por intervenção ou autorização judicial. A média de idade dos entrevistados é de 34 anos.

As substâncias psicoativas mais usadas pelo público atendido nesta Unidade, se mostra nas seguintes:

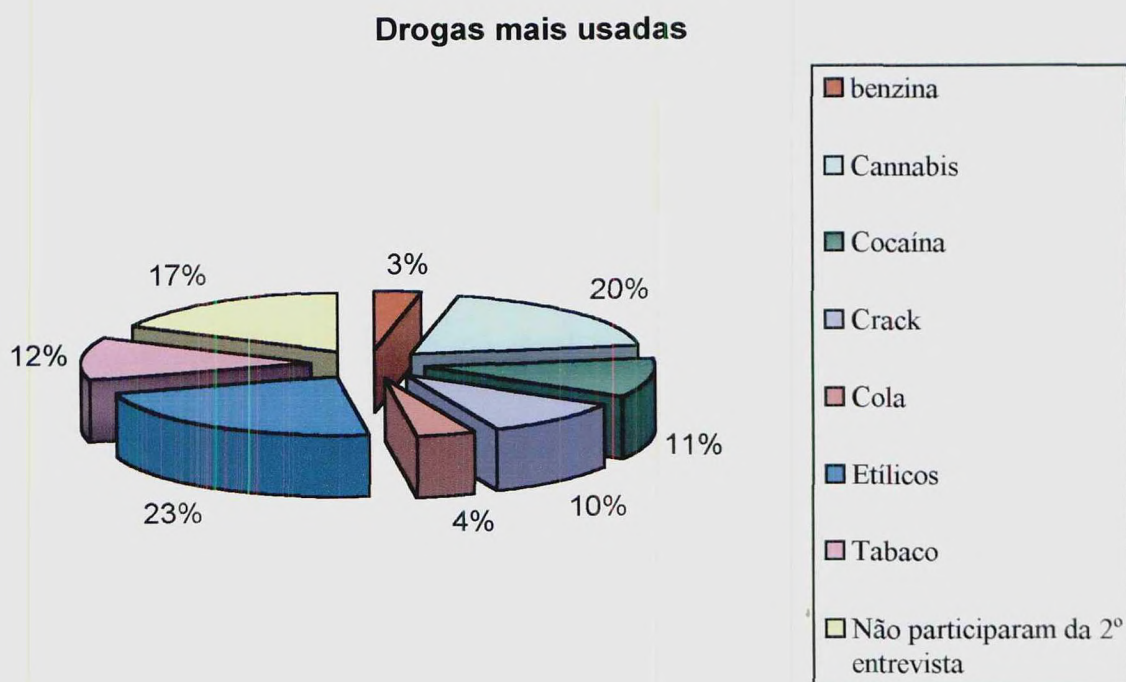


Ilustração 5 – Drogas mais usadas
Fonte: Dados primários, 2004.

Portanto, verifica-se que a dependência maior vai ao encontro com os dados divulgados pela organização mundial da saúde, que apresenta-se em 23% a dependência de etílicos.

A média de início do uso se configura em 14 anos de idade. Sendo que, conforme entrevista, o início do mais jovem foi aos 6 anos de idade, segundo ele seu pai possui um “alambique”, e a cultura de sua família era começar a beber quando criança.

Em relação ao público atendido do sexo masculino, é importante uma crítica ao Sistema Único de Saúde Brasileiro, pois percebe-se que não existe atendimento em Santa

Catarina, para mulheres, dependentes químicas, vinculado ao SUS. Infelizmente ainda hoje predomina a “cultura machista” em se acreditar que as mulheres não sofram deste problema.

Os movimentos em prol da igualdade muito contribuíram para as mudanças e direitos das mulheres, mas ainda há muito que se fazer, conforme podemos perceber,

Em que pese o fato das metamorfoses havidas com as mudanças sociais na consciência social, na legislação sobre o assunto, com os avanços obtidos na conquista de alguns direitos básicos e na proteção à mulher, a violência e injustiças cometidas contra elas continuam a ser problematizadas de maneiras diversas, quer mascaradas como um fenômeno antigo sem causas aparentes, natural, incontrolável, quer causa principal se ancora na concepção masculina milenar da organização social, nas suas racionalizações culturais e religiosas dos povos através dos tempos. (CASTEL, 2000, p. 98).

Em suma, é necessário que se reveja as questões elencadas a cima, que haja maior participação da comunidade civil organizada na cobrança dos direitos a saúde entre outros direitos, afim de que todos possam se sentir cidadãos, com todo significado da palavra.

Nos próximos itens que segue, vamos analisar os dados referente ao contexto primário e secundário que o paciente vivencia.

3.2.1 Contexto primário e secundário que o paciente está inserido

Conhecer o contexto em que o paciente está inserido é fundamental para trabalhar com a pessoa, pois segundo Minuchin (1992, p. 52):

O homem sobrevive em grupos, isto é inerente a sua condição humana. A necessidade mais básica de uma criança é de uma figura materna, para alimenta-la, protege-la e ensina-la. Além disso, o homem tem sobrevivido, em todas as sociedades, pertencendo a agregações sociais.

Trabalhar com dependência química segue essa mesma lógica, pois o problema “drogas” não surge da noite para dia, como já vimos anteriormente. Conhecer sua rede

primária e secundária é prioridade para conhecer o indivíduo a ser tratado. Este trabalho desenvolve-se no IPq-SC, pelo Serviço Social, em três momentos; na triagem, no grupo de admissão e na reunião de família.

Além deste trabalho citado no parágrafo acima, o estudo aqui apresentado se propôs a conhecer através de entrevista, onde o dependente químico convive, como veremos nos próximos itens.

3.2.1.1 Rede primária

A rede primária é construída na família, é nela que começamos o processo de aprendizagem da realidade que é denominado socialização. É a partir desta realidade que começamos a construir nossa identidade e nos reconhecemos como sujeitos. A partir dessa premissa, vamos visualizar a rede primária dos pacientes entrevistados.

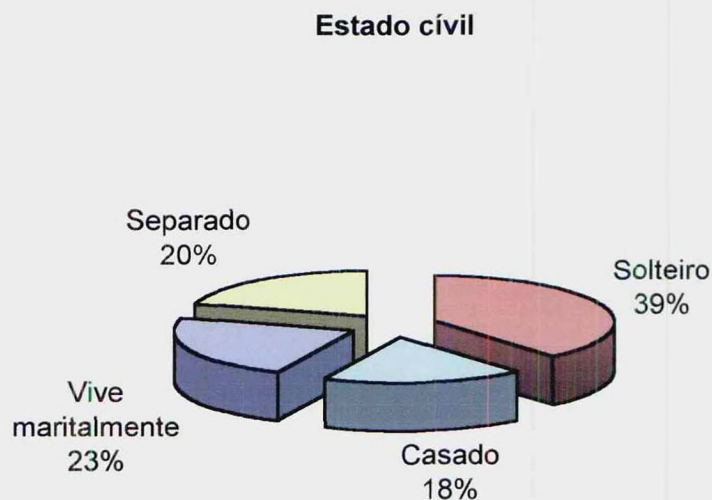


Ilustração 6: Estado Civil
Fonte: Dados Primários, 2004.

Percebe-se que a maioria dos pacientes que participaram do estudo são solteiros. Outro fator que podemos perceber é que existe um grande número de separações, tendo em vista que além do gráfico anterior, muitos dos pacientes, durante as entrevistas, relataram estar na segunda relação marital, principalmente os pacientes identificados nos 23% do gráfico anterior.

Um dos grandes fatores destas separações tem sido a dependência de substâncias psicoativas. Podemos observar essa afirmação no gráfico 2:

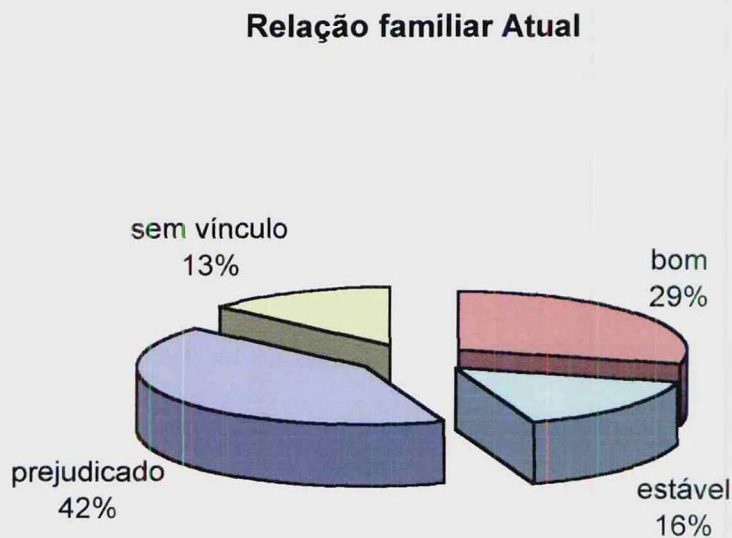


Ilustração 7: Relação familiar atual

Fonte: Dados primários, 2004.

Nas entrevistas realizadas, pudemos perceber que a maioria dos pacientes acreditavam ter os seus relacionamentos prejudicados em decorrência do uso de substâncias psicoativas e seus prejuízos. Essa afirmação fica clara no gráfico anterior, onde observamos que 42% dos entrevistados acreditam ter seus relacionamentos prejudicados. Alguns deles, ou seja 13%, já perderam totalmente o vínculo familiar. Aqui entende-se família como sendo:

[...] um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inserido. (MIOTO, 1977 p. 120)

Seguindo a lógica de Miotto, não podemos no atual contexto, falar de família, mas sim famílias. “O uso do plural se faz no sentido de abarcar, dentro da concepção família, a diversidade de arranjos familiares existentes hoje na sociedade brasileira” (IDEM, 1977, p. 120). Isso se evidencia claramente, no gráfico 3:

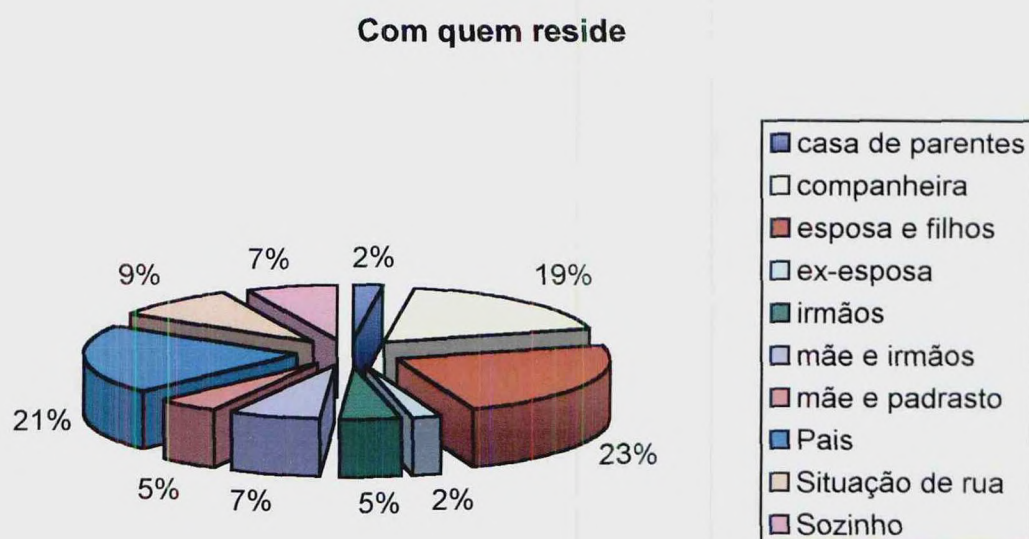


Ilustração 8: Com quem reside.
Fonte: Dados primários, 2004.

Outro fator que se verifica no gráfico 3, e reafirma-se ao que foi dito anteriormente, é em relação a perda do vínculo familiar, onde 9% estão em situação de rua, e 7% residem sozinhos. Este índice torna-se significativo em relação ao grande número de arranjos familiares existente na atualidade.

A busca por tratamento em dependência química muitas vezes se dá por incentivo dos amigos e familiares, como veremos nos próximos itens. Esse fator é relevante neste

estudo, e conforme gráfico 4, podemos verificar que além de todos os prejuízos acometidos pelo uso de substâncias psicoativas, a família ainda está presente na vida do paciente. E se por muitas vezes perdeu esse vínculo, o Serviço Social do Instituto de Psiquiatria realiza um trabalho de resgatar o contato com os mesmos.



Ilustração 9: Perdeu vínculo familiar
Fonte: Dados primários, 2004

Verifica-se aqui que 18% dos pacientes entrevistados perderam o vínculo com seus familiares, um valor expressivo tendo em vista a diversidade de arranjos familiares que se apresenta na contemporaneidade. Segundo a ótica de Miotto podemos dizer que atualmente vem se transformando o caráter de vínculo familiar: “Ou seja, quando se institui a possibilidade de dissolução do casamento, a relação homem/mulher deixou de ter o caráter de eternidade para ter o de temporalidade” (IDEM, 1977, p. 120).

Neste contexto ainda está incutido as redefinições nos papéis dos homens e mulheres, na quebra da divisão sexual do trabalho e do poder conseqüentemente. Essa

independência feminina por muitas vezes fragiliza os vínculos familiares e cria uma maior vulnerabilidade da família no contexto social.

Após verificarmos a rede primária em que o paciente está inserido, vamos analisar a rede secundária, grau de escolaridade, profissão, ocupação atual, se os pacientes possuem vínculo empregatício.

3.2.1.2 Rede Secundária

A inserção à rede secundária se dá pela socialização da mesma forma que a primária, sendo que neste, o sujeito é introduzido no meio social institucionalizado, que compõe nossa sociedade (Duarte, 1994). “Enquanto a socialização primária vem plasmada de alta dose de afetividade, a secundária dispensa esta carga de emoções e se dá de maneira mais racional e planejada, onde o conhecimento é apresentado em seqüências lógicas e pedagógicas” (DUARTE, 1994, p. 80).

Sendo assim apresentamos o gráfico 5, que retrata o grau de escolaridade dos pacientes entrevistados:

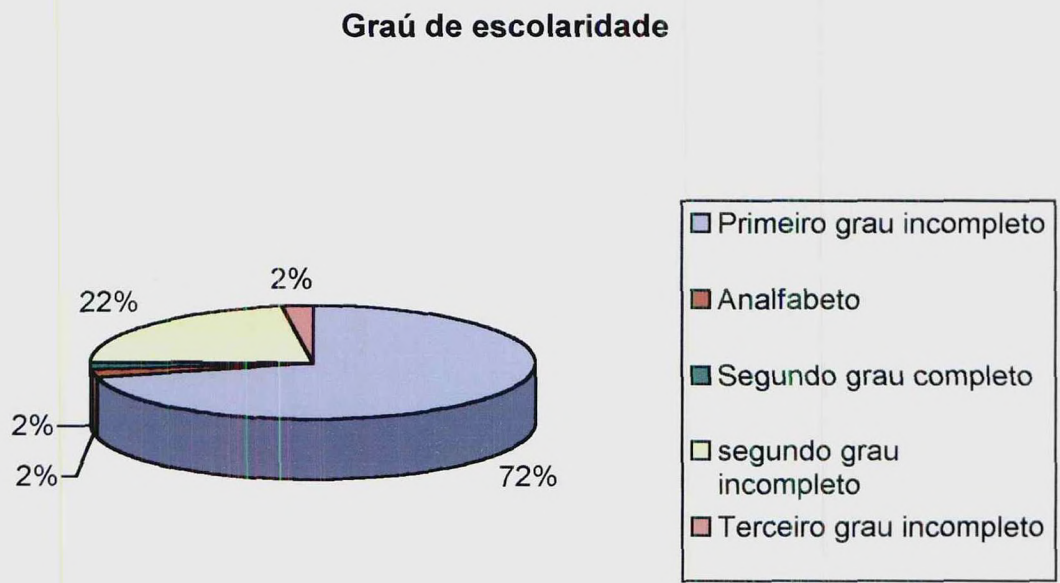


Ilustração 10: Grau de escolaridade
Fonte: Dados Primários, 2004.

No que diz respeito as primeiras instituições que somos inseridos após a socialização primária, temos a escola, e percebe-se aqui uma defasagem na conclusão do ensino médio, tendo em vista que 72% dos pacientes não concluíram o primeiro grau.

Esse fator incidi diretamente na profissionalização dos pacientes entrevistados. Conforme tabela 1. Podemos visualizar que os pacientes entrevistados relatam, na maioria, terem como ocupação, profissões informais. Essas em grande parte são classificadas como sub-empregos.

Profissões Relatas

PROFISSÃO	QUANTIDADE
Artesão	1
Auxiliar de Enfermagem	1

Auxiliar de Produção	1
Auxiliar de Serviços Gerais	1
Balanceador	1
Broqueiro	1
Chapeiro	1
Eletrecista	1
Estudante	1
Graçom	1
Gráfico	1
Lavrador	1
Metalúrgico	1
Militar	1
Operador de Crédito	1
Operador de Máquina	1
Operador Industrial	1
Torneiro Mecânico	1
Moto Boy	3
Motorista	3
Pedreiro	8
Vendedor Autônomo	2
Aposentado	3
Auxiliar de Pedreiro	2
Pintor	5
Não tem profissão	1

Ilustração 11: Profissões relatadas

Fonte: Dados primários, 2004.

Podemos concluir, ainda, em relação ao supracitado que, junto com o fator da escolarização baixa, a contradição capital/trabalho está interligada na precarização nas relações de trabalho e conseqüentemente o alto índice das taxas de desemprego. Aqui é necessário clarear o significado de precarização, segundo Menegasso:

Entende-se por precarização das relações de trabalho a substituição das relações formalizadas de trabalho, que no Brasil, expressam-se em registros na carteira de trabalho, por relações informais de compra e venda de serviços, que vêm se constituindo principalmente pelas formas de contratação por tempo limitado, de assalariamento sem registros, de trabalho a domicílio e outras. (2000, p. 20).

A soma dos fatores anteriores se mostra bem evidente no próximo gráfico:



Ilustração 12: Vínculo empregatício
 Fonte: Dados primários, 2004.

Sendo assim, visualiza-se que somente 16% dos pacientes entrevistados tem vínculo empregatício, afirmando o que dissemos acima, e ainda esse dado traz como resultado vários problemas sociais, uns deles se traduzem em salários mais baixos, menores benefícios, menos segurança do que o trabalho formal. (MENEGASSO, 2000).

E por último, somado a todos os dados anteriores, o indivíduo dependente de substâncias psicoativas, tem sua situação ocupacional agravada, conforme iremos visualizar no próximo gráfico:

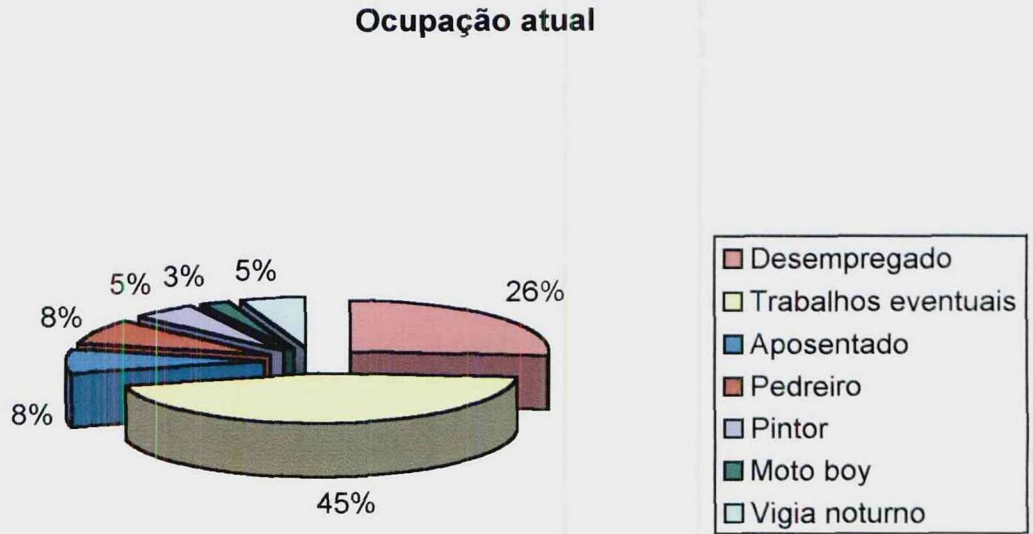


Ilustração 13: Ocupação atual
 Fonte: Dados primários, 2004.

Sendo assim, verifica-se que a maioria dos pacientes não desenvolvem atividades laborativas vinculadas as profissões relatadas, onde 45% tem como ocupação trabalhos eventuais. E outro número expressivo foi em relação ao desemprego, verifica-se que 26% estão desempregados.

Portanto, o baixo índice de escolaridade, a precarização das relações de trabalho e a dependência de substâncias psicoativas acaba agravando a situação ocupacional do indivíduo, por muitas vezes o excluindo do mercado de trabalho formal.

Em seguida será analisado o item que remete a identificar a motivo que levou o paciente a buscar tratamento para dependência química, no Instituto de Psiquiatria da Santa Catarina.

3.2.2 Motivação para o tratamento

Em relação a motivação dos pacientes para o tratamento, temos o seguinte resultado:

Porque decidiu fazer tratamento

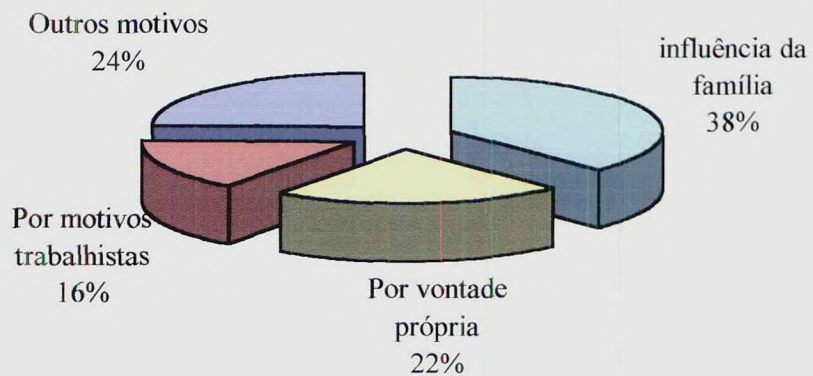


Ilustração 14: Porque decidiu fazer tratamento.
Fonte: Dados Primários, 2004.

A partir do exposto, percebe-se que o maior número de pacientes foram motivados a realizar tratamento pelos familiares. Em segundo, vem a soma de vários fatores, dentre estes fatores, está relacionado problemas clínicos de saúde, cujos os pacientes acreditam não ser decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas, “procurei um médico pra tirar meu nervosismo e ansiedade, esse é meu maior problema”. (paciente 19). Ainda soma-se a porcentagem de 24%, os seguintes motivos: estavam internados em outra instituição (hospitais gerais), e esta o trouxe para o IPq, internaram porque a polícia os conduziram ao hospital, e alguns pacientes se absteram da resposta.

Somente 22% dos pacientes entrevistados, procuraram o hospital por acreditar que seus problemas estão relacionados a dependência de substâncias psicoativas. Destes 22%,

nem todos entendem que são portadores de uma doença progressiva e incurável, mas alguns já conseguem visualizar os prejuízos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas, “estava sentindo que iria morrer” (paciente 31).

E por último, podemos perceber que 16% dos pacientes entrevistados procuraram tratamento por problemas com o trabalho, muitos deles com ameaças de demissão ou já efetivada esta, “porque eu tive várias coisas na vida e perdi. Perdi meu emprego, faz um mês” (paciente 43).

No próximo item estaremos compreendendo as expectativas em relação a alta do paciente, ao término do tratamento.

3.2.3 Expectativa em relação a alta

Conhecer a expectativa em relação a alta é saber qual o índice de eficiência²⁹ e eficácia³⁰ que se desenvolveu no tratamento. Para se verificar este dado temos o seguinte resultado:

²⁹ Eficiência – Análise do custo benefício de um programa, em termos econômicos ou políticos (OLIVEIRA e NOGUEIRA, 1998 p. 45)

³⁰ Eficácia – Avaliação da relação entre objetivos e instrumentos de um programa ou projeto e os resultados obtidos. Pode ser considerada uma avaliação de processo implementados. (IDEM, 1998, p. 45)

Expectativa em relação a alta

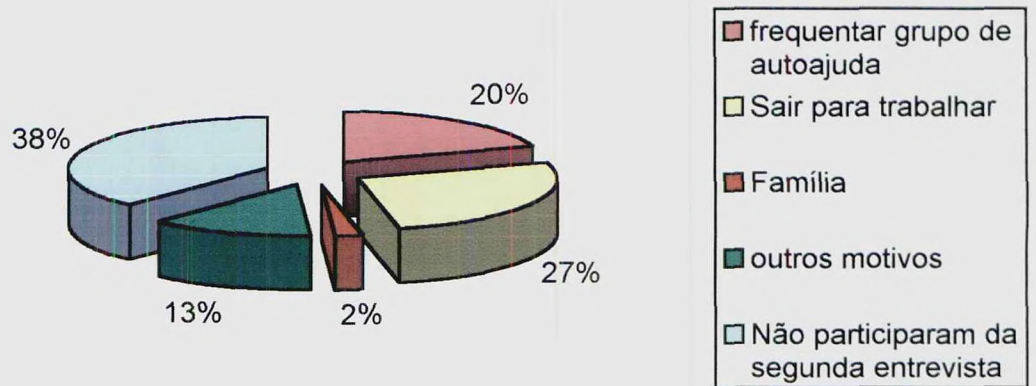


Ilustração 15: Expectativa em relação a alta.
Fonte: Dados primários, 2004.

Portanto, podemos perceber que a um número expressivo de pacientes não participaram da segunda entrevista, pois solicitaram alta. Esta solicitação, em grande parte foram em virtude da proibição do uso de tabaco na unidade, este assunto será melhor desenvolvido no próximo item.

Aqui verifica-se, que a UDQ do IPq-SC não tem atingido seu objetivo totalmente, pois não está conseguindo criar condições efetivas para a conscientização a respeito da doença, sendo que, 80% dos pacientes não relatam interesse de frequentar grupo de autoajuda (AA ou NA), não se reconhecem portadores de uma doença progressiva e incurável.

Este número é expressivo e muito significativo para avaliar o trabalho desenvolvido, pois tem-se como premissa que uma das maneiras de manter uma pessoa abster-se do uso de substâncias psicoativas seria frequentando os grupos de autoajuda, que podem ser definidos segundo Zimmermann, como sendo:

O grupo de auto-ajuda, self-help³¹, de auto sugestão, procura auxiliar as pessoas a resolver seus problemas relacionados a eventos traumáticos decorrentes do acometimento de doenças de natureza aguda e, em especial, crônica; aos tratamentos aditivos; às incapacitações, a situação de causas existenciais e a traumas. São grupos homogêneos no sentido de que seus participantes passam pelo mesmo sofrimento.(1997, p. 107)

Infelizmente percebe-se que a maioria dos pacientes não criaram a conscientização a respeito da doença. O maior número de pacientes se mostram ansiosos em resolver outros problemas relacionados ao seu contexto de vivência, como trabalho e/ou outras relações.

Aqui se faz importante salientar a problemática vivenciada na contradição capital/trabalho que permeia nas vidas dos brasileiros em geral, e em especial dos pacientes entrevistados – dando continuidade ao que foi relatado no item 2.1.2.

Para abordarmos a expressão dessa questão social, é fundamental lembrarmos um pouco da história do estado de bem estar social – Welfare State. Este pode ser retomado segundo as referências Keynesianas, que sob a égide de um Estado Providência se compunha ao pleno emprego e uma série de serviços universais para satisfazer as necessidades básicas da população. Ainda pode se lembrar uma segunda linha que ia ao encontro a primeira, onde adotava padrões de proteção e de vida direcionada aos grupos de baixo rendimento e aos grupos mais vulneráveis. Essa por sua vez supõe, salário mínimo, suplementos de rendimentos, criação de postos de trabalho, educação, etc. As duas linhas não tiveram bases sólidas e foram abandonadas pelos neoliberais.

Na atualidade percebe-se que essa política de bem estar social não foi efetivamente posta em prática. A distância entre o proposto e posto, somado à omissão da cobrança da responsabilidade pública, leva a cultura do descrédito no disposto legal. Vive-se aqui uma desmontagem do sistema de proteção e garantia de empregos, gerando desordem e

³¹ Self-help – grupos de auto –ajuda, com manuais operacionais de fundamento heurístico (conjunto de regras que conduzem à solução de problemas) com valorização do fenômeno da sugestão para auxiliar as pessoas a resolverem seus problemas de saúde e educacionais, decorrentes de um evento desestruturador da qualidade de vida.

desestabilização, em todas as esferas da vida social. Desigualdade e injustiça social ligada à organização do trabalho e da cidadania, são núcleos da questão social.

Após as afirmações supracitadas, podemos retomar o atual contexto, que não está desvinculado do que foi dito anteriormente. Pois a situação vivida pelos pacientes entrevistados, ou melhor, as preocupações dos mesmos na sua maioria, se refletem nesta questão, na contradição capital/trabalho.

Através das entrevistas pode se perceber que 27% dos pacientes não se reconhecem portadores de uma doença progressiva e incurável, se reconhecem como sujeitos, quando trabalhando, como afirma Kaufmann:

[...] é no trabalho que ele pode adquirir consistência e autonomia ao projetar-se em suas obras, resultados de seu trabalho. É isto o que lhe confere o poder de se reconhecer e de se fazer reconhecido. [...] sendo compreendido como processo de formação por transformação das coisas. (2002, p. 32)

Quando interpreta-se aqui que o número citado acima relata que os pacientes se reconhecem enquanto sujeitos no trabalho, não nos referimos ao trabalho assalariado, “não apenas como um modo de produzir bens de subsistência, mas é igualmente um modo de reconhecimento mútuo. Neste sentido, constitui-se num ingrediente essencial do cimento social. (KAUFMANN, 2002, p. 32)

Portanto, as expressões da questão social geradas pela contradição capital trabalho interferem na vida de todos os brasileiros, igualmente na dos pacientes entrevistados. Esse público além de enfrentar a questão dependência química enfrenta essas expressões com mais intensidade.

No próximo item vamos visualizar o que diz respeito aos aspectos que interferiram em seu tratamento.

3.2.4 Aspectos que interferiram em seu tratamento

Neste item nos propomos a visualizar alguns aspectos pertinentes ao tratamento na Unidade de Dependência Química do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina.

Como já salientamos anteriormente, um dos grandes fatores que interferiram no tratamento dos pacientes entrevistados foi a proibição do uso de tabaco, como podemos perceber no gráfico a baixo:

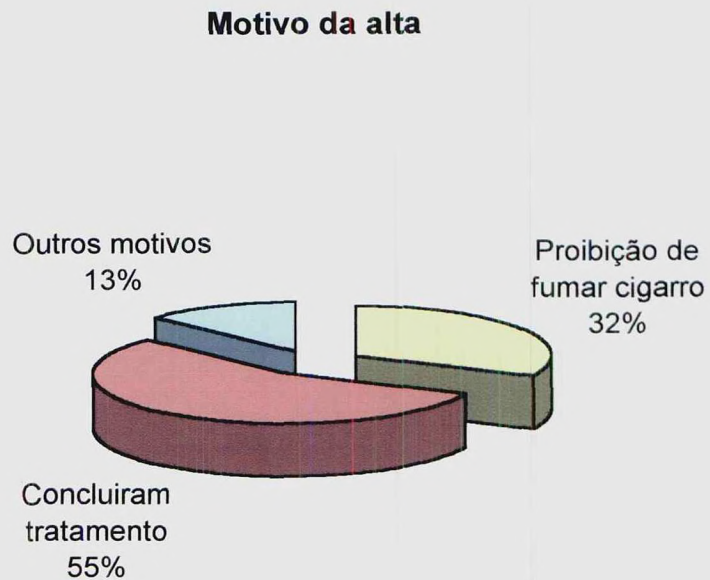


Ilustração 16: Motivo da alta.
Fonte: Dados Primários, 2004.

Assim, verifica-se que 55% dos pacientes concluíram o tempo mínimo de tratamento, em média de 15 a 21 dias. Infelizmente 32% do público não concluiu o tratamento justificando a proibição do uso do tabaco, como salienta o paciente 45 “foi bom o tratamento, o único problema é não poder fumar”.

Aquí vale-se ressaltar que o Hospital não dispunha atualmente de tratamento medicamentoso e terapêutico para esta problemática. Não basta somente vontade de abster-se do tabaco, os medicamentos e concomitantemente outras intervenções psicoterápicas

são fundamentais, conforme afirma a médica americana Nancy Rigotti, de 51 anos, professora da Faculdade de Medicina de Harvard:

Não acredito que associar o abandono do vício exclusivamente à força de vontade seja a forma correta de encarar essa questão. Inclusive porque causa muita frustração nas pessoas que não conseguem se livrar do cigarro. Não basta ter a consciência de que fumo está agredindo a sua saúde, o fumante ainda se sente incapaz de combatê-lo. E acaba mais desestimulado ainda. Por esse motivo, os médicos que hoje atuam nessa área vem martelando a idéia de que esse é trabalho que não requer só força de vontade. O grande desafio é eliminar o vício da nicotina, e isso se consegue com duas coisas: remédio e terapia (VEJA, 2004, p. 14)

Conforme relatado, os medicamentos, com base de bupropiona ou reposição de nicotina (adesivos ou goma de mascar), não estão disponíveis na Secretaria Estadual de Saúde. Assim, a abstinência sem tratamento adequado acaba acarretando uma fissura muito grande nos pacientes, e por outras vezes acabam inviabilizando o tratamento de outras drogas. Com essa afirmação não se defende o uso do tabaco, mas sim um tratamento adequado.

Outro fator que percebemos exercer uma certa interferência no tratamento, é a forte cultura médica, pois a maioria das decisões são tomadas por profissionais da medicina que por muitas vezes ignoram a importância da intervenção de outros profissionais nesse processo, não havendo assim um trabalho interdisciplinar, prejudicando o tratamento proposto pela unidade. Lembrando que o desenvolvimento da interdisciplinariedade tornaria o atendimento aos pacientes, internados na Unidade de Dependência Química, mais eficaz, como afirma Gentili (1998, p. 116): “[...] quando os serviços são eficientes, podem ser desenvolvidos na perspectiva da interdisciplinariedade, onde cada profissional agrega valor ao trabalho do outro profissional”.

4 PROPOSTAS - DO MACRO PARA O MICRO - COM PARTICIPAÇÃO

Neste capítulo iremos trabalhar o que diz respeito às sugestões em relação aos problemas das drogas e seu contexto. Para tanto, nos propomos discutir nos três níveis de governo: Nacional, Estadual e Municipal.

4.1 Políticas públicas, no território Brasileiro

Ao darmos início a este item é necessário afirmarmos que, não existe uma fórmula mágica, pronta e ideal a resolver os problemas sociais, da mesma maneira isso se dá com a questão drogas. Existe sim, possibilidades e propostas que podem surtir efeitos positivos a comunidade em geral. Desta forma nos propomos a levantar algumas proposições.

Inicialmente abordaremos a política pública de saúde que é de suma importância neste contexto, onde destacamos a concepção ampliada de saúde:

Art 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (LEI 8.080, 1990, p. 161)

Partindo do artigo citado anteriormente, pudemos destacar que para trabalharmos com ações na saúde precisamos realizar propostas articuladas com todas as áreas. Estas devem partir do pressuposto que saúde não é ausência da doença, destarte, é acesso a todos os fatores condicionantes supracitados. Nos atendo, mais especificamente ao trabalho anteriormente desenvolvido, aqui relatado, é necessário trabalharmos as questões externas da dependência química, uma série de políticas que abranjam essa área, tendo como base à concepção ampliada de saúde.

Para atingirmos a concepção ampliada de saúde é importante que sejam elaborados políticas públicas que garantam o acesso da população aos fatores determinantes acima citados. Aqui se entende, políticas públicas como sendo:

Ações, programas, projetos, regulação, leis e normas que o Estado desenvolve para administrar de maneira mais eqüitativa os diferentes interesses sociais [...], visto que pretendem abranger e organizar a dimensão coletiva de uma determinada sociedade. (WESTPHAL, 2001, p. 15)

A partir do exposto e efetiva aplicação destas políticas públicas, acreditamos ser importante que as mesmas sejam elaboradas em conjunto com a população, possibilitando assim a construção de um novo paradigma para se governar. Com isso, não queremos eximir a responsabilidade do governo. Entretanto, reconhecemos ser fundamental a participação da sociedade civil, complementando o dever do Estado, que se apresenta da seguinte maneira:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO, 1988, p. 133).

Sendo assim, as propostas devem ser articuladas em cada município, partindo do pressuposto que a comunidade deva ser participante nestas. Que os valores locais são importantes para a efetivação das políticas, que as propostas possam gerar identidade e sentido de pertencimento à população. Lembrando que historicamente a maioria das políticas sociais são elaboradas em determinado local e aplicado em todo o país, não respeitando as particularidades de cada região.

No próximo item iremos tratar o que diz respeito ao Estado de Santa Catarina, a falta de atendimento as mulheres e algumas proposições à instituição que realizamos nosso estágio.

4.2 Ações no Estado ao IPq-SC

Antes de nos atermos as proposições deste item, se faz necessário destacarmos que, no Estado de Santa Catarina não existe tratamento para dependência química feminina, vinculado ao Sistema Único de Saúde, como salientado nos capítulos anteriores, destarte, voltamos a este assunto por ser de extrema relevância para essa demanda que não é atendida universalmente.

Para tratarmos deste assunto lembramos novamente o que diz a carta magna brasileira, onde todos somos iguais sem distinção de sexo, cor, credo, entre outros, como destacamos a seguir:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade e à propriedade, nos termos seguintes:

I – homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta constituição; (CONSTITUIÇÃO, 1988, p. 5)

Sendo assim, verifica-se que existe uma desigualdade de gênero na atual conjuntura, tendo em vista que não há instituição pública, em Santa Catarina que ofereça tratamento para dependência de substâncias psicoativas à mulheres.

A partir do supracitado, sugerimos a incorporação desta demanda³² através das instituições existentes, tendo como base à universalidade de direitos e a concepção ampliada de saúde. É importante que se viabilize junto às instituições vinculadas ao SUS, um local que possa atender este público.

A primeira instituição de muitas outras, poderia ser o próprio Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, pois o mesmo já dispõe de equipe técnica especializada para atender a demanda.

³² Essa demanda não pode ser comprovada estatisticamente, destarte, na experiência de estágio realizada em 16 meses no IPq-SC, pode se verificar uma grande procura pelo gênero feminino para tratamento de dependência química

Outra sugestão que se faz relevante neste espaço, é quanto à própria Unidade de Dependência Química. Ao revermos a trajetória do Hospital, verificamos a existência de três Unidades de Tratamento para dependência química, atualmente o hospital conta com apenas uma unidade para tratamento, onde todos os pacientes permanecem na mesma estrutura física no período de 21 dias, como descrito no II capítulo. Sendo assim, acreditamos que para melhor atender a demanda e seria necessário duas unidades.

Justificamos nossa sugestão a partir da experiência de estágio e resultado das entrevistas realizadas, pois, o paciente ao internar apresenta alto nível de intoxicação não permitindo crítica a respeito de sua situação, e por muitas vezes não tem condições de discernir a respeito da continuidade do tratamento, por muitas vezes se recusa-se a dar continuidade ao mesmo. Sendo assim, é importante ser criada uma Unidade de desintoxicação, com permanência de em média 07 dias. Pois neste período o paciente pode ter crises de abstinência e outros sintomas, que o impedem de avaliar a verdadeira necessidade de dar continuidade ao tratamento, como pudemos observar no resultado da nossa pesquisa, onde verificou-se que 80% dos entrevistados solicitaram alta, conforme relatado no III capítulo. E outra unidade com maior duração de 20 a 30 dias, para conscientização a respeito da doença e mudanças de hábitos e atitudes, para continuar seu tratamento a nível ambulatorial, tendo em vista que após o período inicial o paciente poderá discernir melhor em relação ao seu tratamento. Após desintoxicação poderá avaliar realmente suas perdas com a dependência conforme relatado no capítulo 3.

No próximo item, nos propomos a trabalhar a questão da interdisciplinariedade como possibilidade de melhor atuação da intervenção dos profissionais, que atuam na instituição.

4.2.1 A intervenção interdisciplinar como possibilidade de avançar na atenção a droga dependência

Além do proposto anteriormente, devemos dar atenção ao tratamento, propriamente dito, a redução de danos, e que vai ao encontro a discussão e resultado de nossa pesquisa. Aqui vale ressaltar um parêntesis, da equipe da Unidade de Dependência Química e o trabalho interdisciplinar.

Sendo assim, percebeu-se que a Unidade em que se realizou o estágio curricular obrigatório, não existe um trabalho interdisciplinar efetivo, pois aqui, “tomemos a interdisciplinariedade como uma relação horizontal, de objetivos claros e, realmente, plurais” (MELO e ALMEIDA, 2000, p. 237).

Conclui-se isso a partir da experiência realizada junto a Unidade, e percebe-se que algumas ações desenvolvidas no espaço foram tomadas de cima para baixo, hierarquicamente e não horizontalmente, como a questão da proibição do uso de cigarro de tabaco, que ocasionou uma série de pedidos de alta por parte dos pacientes.

Como já salientado anteriormente, os profissionais do Serviço Social, tem ações voltadas e buscam em seu trabalho a efetiva realização da interdisciplinariedade junto a outros profissionais, pois acreditam que o processo de trabalho e o tratamento aos pacientes será melhor desenvolvido.

Acreditam ainda que com o trabalho interdisciplinar, possam agregar valor ao trabalho desenvolvido na instituição, como preconiza o Código de ética, em seus deveres: “incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar” (Art.10º - d).

Sendo assim, a partir do supracitado, e reafirmando a posição dos profissionais do Serviço Social, desta instituição, acreditamos que os demais profissionais deveriam rever sua prática em relação ao trabalho interdisciplinar, para que este se efetive e que busque superar a alienação e exclusão social. Lembrando que o desenvolvimento da

interdisciplinariedade tornaria o atendimento aos pacientes, mais eficiente, como afirma Gentili: “[...] quando os serviços são eficientes, podem ser desenvolvidos na perspectiva da interdisciplinariedade, onde cada profissional agrega valor ao trabalho do outro profissional” (1998, p.116).

Anteriormente iniciamos o assunto da interdisciplinariedade junto à questão da redução de danos, isso foi proposital tendo em vista que neste item queremos expressar a mudança ocorrida nos últimos meses de permanência no estágio, e após conclusão de nossa pesquisa. Mudança essa ocorrida por incentivo dos profissionais do Serviço Social, junto a outros profissionais que atuam na Unidade.

A partir do mês de Agosto de 2004 alguns integrantes da equipe da Unidade de Dependência Química do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, reuniram-se e buscaram mostrar os prejuízos decorrentes da proibição do uso do cigarro de tabaco ao público atendido, e após esse trabalho, toda a equipe desta unidade entendeu que na atual conjuntura, a proibição do uso do cigarro de tabaco era inadequada, tendo em vista que a instituição não dispunha de medicamentos e tratamento terapêutico para tratar essa dependência. E essa posição se reafirma no resultado de nossa pesquisa onde anteriormente pudemos observar que 32 % dos pacientes entrevistados solicitaram alta em função da proibição do uso de cigarro de tabaco.

No próximo item iremos tratar o que diz respeito ao município, tendo como premissa que:

A prevenção é melhor que o tratamento, o tratamento melhor que a redução de danos, e a redução de danos é melhor que nada! As leis são necessárias e devem ser cumpridas. As políticas Públicas sobre o tema devem ser discutidas e fundamentadas em evidências. (MARQUES, 2004, p. 56).

4.3 Proposta para o município - Prevenção

Antecedendo as propostas deste item é necessário que se reveja um pouco do meio em que as famílias estão inseridas. Tendo como premissa que o meio interfere no todo, e conciliando com o segundo capítulo deste trabalho, quando afirmamos que o indivíduo não pode ser visto como um ser só, pois o mesmo vive em sociedade, que intitulamos de rede primária e secundária, no terceiro capítulo deste trabalho.

O meio que trabalharemos no texto que segue, tem como fundo a população atendida na Instituição que realizamos estágio, e a população de baixa renda que vive muitas vezes em situação de vulnerabilidade. Uma população que é intitulada de pobre e que ainda hoje é vista e definida como foi no Brasil “arcaico”:

[...] os pobres são aqueles que não têm nome, não têm rosto, não têm identidade, não têm interioridade, não têm vontade e são desprovidos da razão. Nessa (dês) figuração, é definido também o seu lugar na ordem natural das coisas: são as classes baixas, as classes interiores, os ignorantes, que só podem esperar a proteção benevolente dos superiores ou então a caridade da filantropia privada. (TELES, 1999, p. 117)

Uma população que vive e é vista distante de um Brasil legal, que é tida como uma sub-sociedade e para esta, o direito e a cidadania estão postos como caridade.

Destrate, a que se salientar que o uso e abuso de drogas não se determina somente pela condição social ou pelo meio em que os indivíduos convivem, porém estes, são fatores de risco.

Sendo assim, a juventude geralmente é estabelecida por critérios que consideram uma fase transitória e de desenvolvimento quanto os aspectos psicossociais. “Caracteriza-se como um período de crise, de desestabilização de certezas quanto a sua identidade social e sexual. Suas questões são à busca de reconhecimento e autonomia”. (NEVES e LAGRENADE³³, 2004).

³³ Citação retirada de uma palestra do Curso de Capacitação para crianças e adolescentes em situação de risco, proferida pelas psicólogas Carla Malinowski Neves e Nicole Nicola Fava Lagrenade.

Ainda segundo as autoras, Neves e Lagrenade, os adolescentes buscam se inserir e participar de algo, para obterem reconhecimento, e muitas vezes as alternativas de reconhecimento e inserção se deparam com a delinquência e uso de substâncias psicoativas.

Para Abramo (2003), a atual sociedade juvenil é marcada pela desigualdade e por espaços de exclusão, ou seja, ser jovem hoje, “significa viver uma experiência que não é nem transitória de encontros e desencontros, de inserções múltiplas e paralelas” (ABRAMO, 2003, p. 2). São expectativas cada vez mais angustiantes e limitadas.

A atual sociedade que está posta se baseia na cultura do consumo, segundo as normas do capitalismo, para ser, a pessoa precisa ter, e para os jovens que estamos nos referindo, o TER está muito distante de sua realidade.

E nesta ideologia usurpada na sociedade, o jovem vê, lê e ouve continuamente, que o mundo não pode ser de outra forma. Os sonhos que lhe são apresentados de fora são sonhos de consumo, desejos utópicos, que se manifestam numa frustração permanente. Um princípio de realidade que parece confiscar sua vida. Isto inclui renúncia; sofrimento; sacrifício; lógica da austeridade e impossibilidade de agir. É um princípio que desenvolve a descrença da juventude nela mesma. (VARELLA, 2004, p.22)

Nesta realidade que se encontram inseridos as crianças e adolescentes de nossa sociedade, numa busca constante de reconhecimento e valores.

Sendo assim, acreditamos que uma proposta de prevenção deva ser concebida segundo a expectativa do público alvo, com participação desde a elaboração até a aplicação dos projetos a serem realizados.

Portanto, apresentamos como proposta, um projeto de prevenção ao uso de drogas lícitas e ilícitas - APÊNDICE B. Este foi desenvolvido, por mim, para finalização e exigência do curso de “Capacitação de agentes comunitários no atendimento a adolescentes em situação de risco”, promovido pelo Conselho Estadual de Entorpecentes,

com parceria da Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão do Estado de Santa Catarina³⁴.

E para finalizarmos este capítulo sugerimos uma rede de apoio, que vai ao encontro aos dados levantados no terceiro capítulo. Que essa possa prevenir, como também criar condições ao público descrito anteriormente, viabilizando retorno dessa demanda ao mundo do trabalho e as perdas que sofreram. Pois verificamos que 72% dos pacientes entrevistados não concluíram o primeiro grau e que do total dos mesmos, 45% desenvolvem atividades laborativas eventualmente, em trabalhos precários e sub-empregos, resultado da patologia, do baixo índice de escolaridade e da precarização das relações de trabalho.

Sendo assim, sugerimos que se desenvolva um trabalho em conjunto entre os profissionais dos municípios de origem via secretarias da prefeitura com a sociedade civil organizada e as redes primárias e secundárias, tendo como premissa a reinserção social e prevenção da recaída.

Para dar início a esse trabalho sugerimos que o Serviço Social do Instituto de Psiquiatria, realize a ponte entre as secretarias municipais, dando a partida para o trabalho que descreveremos abaixo.

Para tanto, sugerimos que esse trabalho possa ter início junto à família, tendo em vista que 42% dos pacientes entrevistados relatam ter seus relacionamentos prejudicados pelo uso e abuso das drogas. Tendo como premissa que se os laços familiares se fortalecerem, o paciente terá mais chances de permanecer abstinente, pois segundo o resultado das entrevistas pudemos observar que 38% buscaram tratamento por influência da família.

³⁴ Este curso foi realizado no período de 18 de Junho a 01 de outubro de 2004, totalizando 120 horas/aula.

Num segundo momento é importante que se viabilize o retorno destes pacientes à instrução ou profissionalização, acreditando que se a rede secundária se fortalecer, estes aumentarão a sua auto-estima, as chances de abstinência serão maiores, tendo como base desta afirmação o resultado da nossa pesquisa, onde indicamos que 27% dos entrevistados buscavam alta para retornar ao trabalho ou retornar ao mundo do trabalho.

Sugerimos que após a instrução e/ou profissionalização desta demanda, se viabilize junto aos órgãos supracitados uma rede de reinserção social, junto à empresas que o município dispõe. Este trabalho poderá ser desenvolvido com a participação das entidades governamentais e não governamentais, tendo como premissa a prevenção à recaída e fortalecimento da auto-estima.

Por último, acreditamos que essa rede social deva criar condições que viabilize um trabalho em conjunto com todas as esferas, no âmbito da rede primária e secundária, pois acreditamos que, é melhor e mais barato prevenir o uso e/ou a recaída, do que tratar a dependência em instituições, como a que realizei estágio, onde dispõe de um grande número de profissionais e gastos para manter toda a estrutura existente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nestas considerações temos como premissa relatar a importância do trabalho desenvolvido, para realizarmos isso, faremos considerações sobre cada capítulo apresentado, seus aspectos positivos, as dificuldades encontradas para realizá-lo e por último iremos sugerir a continuidade deste, com maior abrangência.

Sendo assim, através do primeiro capítulo podemos concluir que as substâncias psicoativas sempre estiveram presentes na humanidade, com menos ou mais intensidade, utilizadas das mais diferentes formas, (benéficas ou maléficas à saúde), dependendo de como estão sendo usadas e para que fim. Outro fator relevante é que as drogas não podem ser classificadas por prejudiciais à saúde por serem ilícitas, pois as lícitas causam danos tão ou mais, quantos as ilícitas, e estão no topo das mais utilizadas. Destarte, a que se salientar, que as drogas ilícitas não são tão assumidas quanto às lícitas, seu uso não é tão assumido, por vários motivos, dentre eles pressão social, preconceito, vergonha, e por estar na ilegalidade, etc. Este fator de certa forma mascara os dados estatísticos divulgados.

Ainda no primeiro capítulo podemos concluir que as políticas estão evoluindo consideravelmente. Houve uma busca em melhorar os trabalhos relacionados à questão das drogas, tanto mundialmente quanto nacionalmente como no município. Porém, a que se ver mais a questão ampla, que reflete no uso das drogas, não tendo esta como objetivo maior, mas sim observar um contexto ampliado. Queremos dizer que a droga por muitas vezes não é o centro do problema como encarada por muitas instituições governamentais ou não governamentais, que o que permeia são outras questões sociais, como as levantadas no III capítulo.

No segundo capítulo, podemos perceber, como muita satisfação, que a instituição que se desenvolveu estágio, vem buscando melhorar seus serviços desde sua criação,

sempre tendo como objetivo maior o atendimento universal da população. Ainda podemos relatar que o trabalho desenvolvido nesta, vai além da sua estrutura física, buscando atingir os familiares dos pacientes internados, tendo como premissa que a doença mental não afeta somente o indivíduo, mas sim a família como um todo.

Neste capítulo também fica visível à dificuldade de entender o processo de adoecimento, ou como relatado, como se dá à passagem do uso para abuso de drogas, que essa interface não ocorre de forma linear e determinada. Muitas vezes só é percebida pela família quando já está na fase mais crítica. E nesse momento é que chegam até o hospital, com muitas dúvidas, rancores, pré-conceitos, etc. Aqui vale se destacar o belo trabalho desenvolvido pelos profissionais do Serviço Social, onde procuram desmistificar os conceitos pré-elaborados e criar conscientização frente ao processo de recuperação.

No terceiro capítulo, intitulado de dependência química e o contexto que o paciente está inserido - a pesquisa, podemos relatar o trabalho que nós desenvolvemos no período de estágio curricular obrigatório. Antes de nos atermos especificamente a ele, vale um parêntese para relatarmos as dificuldades encontradas para sua elaboração. Em primeiro lugar, gostaríamos de expressar que infelizmente não há muitas literaturas que tratam do assunto trabalhado, tanto no I capítulo quanto no III. No primeiro, quando falamos em políticas desenvolvidas, foi difícil falar da história delas, em contato com várias instituições como também autores de consagrados, como o escritor Sérgio Paulo Ramos, não obtivemos sucesso na busca de suporte teórico, uma busca incansável para se desenvolver um bom trabalho. E quanto ao III capítulo, uma das dificuldades encontrada também diz respeito à falta da literatura que trata do assunto das drogas e o contexto que o dependente está inserido, pois encontram-se muitos livros sobre os prejuízos orgânicos/biológicos, e não sobre fatores sociais e questões sociais envolvidas. Vinculado ao mesmo tema vale uma crítica, já dita anteriormente, sobre a forte cultura médica, pois

muitos profissionais da Unidade que se desenvolveu o estágio curricular obrigatório, não tem claro a importância do trabalho do Serviço Social, e esse fator por muitas vezes dificultou a realização das entrevistas na Unidade, privilegiando o atendimento dos profissionais da medicina.

Retornando ao terceiro capítulo propriamente dito, podemos concluir que o resultado da pesquisa foi significativamente positivo, pois podemos concluir que a droga não pode ser vista somente como centro do problema, que várias questões permeiam neste contexto. Como, na rede primária, nas relações que se estabelecem ao longo da vida, (pais, filhos, cônjuge etc), onde é construído sua identidade, e percebeu-se que os laços ou os arranjos familiares são muitos, mas são temporais, por muitas vezes não se solidificam e com bases fracas se “dissolvem”. Isso também fica visível na rede secundária, onde o indivíduo é inserido num mundo de desigualdade e competição, onde sobrevive o “mais forte”, e os “mais fracos” buscam alternativas por muitas vezes não positivas para suprir a falta posta. Pois percebeu-se que a maioria dos pacientes entrevistados não tiveram acesso à conclusão nem do ensino médio e quanto menos a relações trabalhistas adequadas, ou que suprissem suas necessidades materiais, ou que contemplasse sua auto-estima.

Felizmente podemos perceber que apesar de todos os percalços enfrentados por essa demanda, um grande número ainda relata motivação para voltar ao mundo do trabalho, apesar das relações trabalhistas serem precárias, ou como intitulamos, de informais e subempregos. Dessa maneira, junto com essa afirmação podemos perceber também que a Unidade não tem atingido seu objetivo maior, que é a conscientização da doença, tendo em vista que o maior número de entrevistados tem como objetivo, sair da instituição para resolver outros problemas relacionados com sua vivência, trabalho/outras relações.

E por último, vamos salientar as proposições feitas no IV capítulo, onde relatamos a importância de participação da população na elaboração, e aplicação das políticas, tendo como objetivo sua aplicação efetiva, pois acreditamos que se a população for parte atuante da elaboração a aplicação se dará certamente. Além da prevenção, podemos concluir que é necessário criar uma rede de apoio aos pacientes oriundos de unidades de tratamento, tendo como premissa a reinserção social e realização pessoal, evitando a recaída e retorno às instituições de tratamento.

Para concluirmos este trabalho faremos uma proposta de continuidade deste, que segue nas próximas linhas.

Sendo assim, acreditamos que este não possa parar em uma monografia de conclusão de curso, destarte deva continuar a ser estudado para que se verifique a amplitude da questão que circula em torno do problema das drogas e seu contexto, como as relações de trabalho desta população e a inserção ao mundo do trabalho, sua perspectiva e suas reais expectativas.

Portanto acreditamos que, com melhor aprofundamento teórico-metodológico a respeito do tema, possa ser realizado um bom trabalho de pesquisa, com grande relevância social, pois são dois temas distintos que se unem e que permeiam em nossa sociedade. Sugerimos que este possa ser realizado em maior campo, incluindo indivíduos dependentes de substâncias psicoativas e familiares, em maior área, com uma comunidade de um município, onde possa ser verificado os temas relatados anteriormente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. O Sistema Nacional Antidrogas e a Redução da Demanda. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2002.

_____. Código de Ética do Assistente Social. Lei nº 8.662 de 7 de junho de 1993. Lei de regulamentação da profissão. Brasília: CFESS, 1997, e ed.

_____. Sistema Único de Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. In Coletânea de Leis. Conselho Regional de Serviço Social. CRESS – 2º Região/MA. Dezembro/2001

_____. Código de Ética do Assistente Social. Lei Nº 273/93 de 13 de Março de 1993. Brasília: CFESS, 1993.

BURNS, John E. O Caminho dos doze passos. São Paulo. 2ª edição. Loyola. 2002.

CARDOSO, Roberta Gabriela. Unidade de Gestão participativa um espaço para reabilitação psicossocial de pacientes portadores de transtornos mentais. Florianópolis, 2000. Trabalho de conclusão de curso (graduação de Serviço Social) – Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

CARMO, Gisele Aleluia Vieira Alves do. Dependência Química e Relações Familiares: A importância da família no tratamento da drogadição. Rio de Janeiro. 2003. Dissertação de Mestrado de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

CASTEL, Robert; WANDERLEY, Luiz Eduardo W e BELFIORE, Wanderley Mariângela. Desigualdade e a Questão Social. São Paulo. 2000.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas — Coord. Organiz. Mund. da Saúde ; trad. Dorgival Caetano. — Porto Alegre: Artes Médicas, 1993

DUARTE Jr., João Francisco. O que é Realidade. 10ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
GENTILLI, Raquel de Matos Lopes. Representação e práticas: identidade e processo de trabalho no Serviço Social. São Paulo: Veras Editora, 1998.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

<http://asempre.hypermart.net/newpage12.htm> Acesso em 28 de agosto de 2004, as 13:36.

http://www.abead.com.br/asp/dm_05_III.asp. Acesso em 19 de setembro de 2004, as 17:49

<http://www.rh.com.br/ler.php?cod=3754&org=1> Acesso em 02 de agosto de 2004, 15:35. Artigo: O que é feedback no ambiente organizacional? PAINEGHEL, Ignez

http://www.who.int/substance_abuse/publication/em/neuroscience_PDF Acesso em agosto de 2004. Relatório da Organização Mundial de Saúde sobre Neurociências: consumo e dependência de substâncias. Resumo. 2004. Genebra.

Informativo da AFDM Brasil – Associação dos Familiares, Amigos e Doentes Mentais do Brasil. Ed. Iara Cruz. Rio de Janeiro, maio de 2003.

ITO, Ligia Montenegro. Terapia Cognitivo-Comportamental para transtornos psiquiátricos. Porto Alegre: Artes Médicas. 1998.

KAUFMANN, Josej Nicolas. Turbulências no mundo do trabalho. Quais são as perspectivas? In: Serviço Social & Sociedade. Ano XXIII. Nº69. Março de 2002. Cortez Editora. São Paulo.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli. Resenha do Resumo do relatório da Organização Mundial de Saúde sobre Neurociência e substâncias de abuso: pontos principais. In: Jornal brasileiro de Dependências Químicas. ABEAD. Volume5. Número I. Junho 2004. Brasil.

MELO, Ana Inês Simões Cardoso de, e ALMEIDA, Gláucia Elaine Silva de. Interdisciplinariedade: possibilidades e desafios para o trabalho profissional. In: Capacitação em Serviço Social e política social, Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais – Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

MENEGASSO, Maria Éster. O trabalho, a ocupação e o emprego: Uma perspectiva história. Revista de Negócios da FURB. Vol.5 Nº1. 2000. Blumenau.

MINUCHIN, Salvador. Famílias – Funcionamento e tratamento. Artes médicas. Porto Alegre. 1992.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Família e Serviço Social. In: Serviço Social & Sociedade, nº 55. São Paulo: Cortez, 1997

OLIVEIRA, Eloísa Maria José e NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Planejamento de políticas sociais. Plano/Programa/Projetos. In. Formação Profissional: um projeto de atualização. Florianópolis: Caderno de texto nº 4, CRESS 12º região, 1998.

PUEL, Elisia. Drogas e políticas institucionais. In. Encontros Teológicos. Revista do Instituto Teológico de SC. nº29, Florianópolis: Editora Vozes. 2002.

RAMOS, Sergio de Paula. Alcoolismo hoje / Sérgio de Paula Ramos, José Manuel Bertolote...[et al]. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

REIBNEITZ, Kenya, et all. Processo de cuidar e ensinar e aprender o fenômeno das drogas: uso e abuso de drogas no contexto político. Artigo: SANTOS, Silvia Mª Azevedo. CARRARO, Telma Elisia. FENILI, Rosangela Mª. Macro Políticas no Campo das Drogas – agências e tratados internacionais Florianópolis. . UFSC. Departamento de Enfermagem.2003.

REVISTA KATÁLIYSIS / Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. – n.1 (julho 1997). Florianópolis: Editora da UFSC, 1997. Artigo: O trabalho com Redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços. MIOTO, Regina Célia Tamaso.

REVISTA VEJA. 09 de Julho de 2004. Vontade Não Basta. Anna Paula Buchalla. (entrevista: Nancy Rigotti)

SILVA, Thais Coelho da. O panorama das drogas na percepção das famílias acompanhadas e dos profissionais do programa de orientação e apoio sócio familiares-POASF. Florianópolis, 2003. Trabalho de conclusão de curso (graduação de Serviço Social) – Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

SILVEIRA, Dartiu Xavier. Um guia para a família / Dartiu Xavier da Silveira, Evelyn Doering Xavier da Silveira. – 4ª Ed. Reimp. Ver – Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2003.

TELES, Vera da Silva. Direitos Sociais. Afinal do que se trata? Bahia. Edt. UFNG, 1999.

VARELLA, Luis Carlos pereira. Estudos sociológico de jovens internos e egressos no instituto de psiquiatria do estado de Santa Catarina. Projeto de mestrado de pós- graduação em Sociologia Política na Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

WESTPHAL, Márcia Faria e ALMEIDA Eurivaldo Sampaio de, (org). Gestão de Serviço de Saúde: Descentralização, municipalização do SUS – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

WORLD Service Office-EUROPE. Os Doze Passos e as Doze Tradições, NA – Narcóticos Anonymous. Europe. 1993.

ZIMERMAN, David E. e OSÓRIO, Luiz Carlos. Como Trabalhamos com Grupos. Porto Alegre. Artes médicas. 1997.

ANEXO A

Grupos de Alcoólicos Anônimos da Grande Florianópolis

Relação dos grupos existentes atualmente na região da grande Florianópolis

XIV comitê de distrito de AA de Florianópolis – SC

- 01) GRUPO DE AA TRANQÜILIDADE – Formado em 10/11/70 – Rua Felipe Schmidt, 836 – Florianópolis – SC – CEP 88.010-002 – CX. Postal 696.
Reuniões de 2ª a 6ª das 12:00 às 14:00 – 18:00 às 20:00 – 20:00 às 22:00 horas.
Sábado das 20:00 às 22:00 horas.
Domingo das 09:00 às 11:00 e das 19:00 às 21:00 horas.
Florianópolis – SC.
- 02) GRUPO DE AA PAZ E AMOR – Formado em 01/12/77 – Rua Silva Jardim, s/n Prainha. Junto à Paróquia Nossa Senhora de Lourdes.
Reuniões: 3º e 5º feiras das 20:00 às 22:00 horas.
Florianópolis – SC.
- 03) GRUPO DE AA AGRONÔMICA – Formado em 05/12/81. Rua Padre Schrader, 1 – Bairro Agronômica. Junto à Paróquia Nossa Senhora de Lourdes.
Reuniões: Sábados das 18:00 às 20:00 horas.
Florianópolis – SC
- 04) GRUPO DE AA LAGOA SERENA – Formado em 27/06/96. Junto ao Centro Cultural Bento Silvério. Bairro Lagoa da Conceição.
Reuniões: 6º feiras das 20:00 às 22:00 horas.
Florianópolis – SC.
- 05) GRUPO DE AA APOIO E LIBERDADE – Formado em 09/02/88. Rua Padre Roma, 404 – Caixa Postal 696. Junto à Paróquia da Igreja Santo Antônio.
Reuniões: 4º feiras das 20:00 às 22:00 horas.
Florianópolis – SC.
- 06) GRUPO DE AA FORÇA DIVINA – Formado em 02/06/97. Rua Tertuliano de Brito, s/n – Bairro Canasvieiras. Junto à Paróquia da Igreja Canasvieiras.
Reuniões: 2º e 3º feiras das 20:00 às 22:00 horas.
Florianópolis – SC.
- 07) GRUPO DE AA CAMPECHE – Formado em 23/11/98. Av. Pequeno Príncipe, s/n. Junto à escola Eduardo Gomes. Bairro Campeche.
Reuniões: sábados das 20:00 às 22:00 horas.
Florianópolis – SC.
- 08) GRUPO DE AA MONT SERRAT – Formado em 18/03/99. Rua Gal. Vieira da Rosa, s/n – Junto à Igreja Mont Serrat. Centro.
Reuniões: 4º feiras das 20:00 às 22:00 horas.
Florianópolis – SC.
- 09) GRUPO DE AA ESPERANÇA PARA TODOS – Formado em 06/05/99.
Rua Dário Manoel Cardoso, 1966. Ingleses – Sítio do Capivari – Junto à Paróquia Igreja Santa Catarina.
Reuniões: 5ªs feiras das 20:00 às 22:00 horas. 6ªs feiras das 20:00 às 22:00 horas.

Florianópolis – SC.

10) GRUPO DE AA SUL DA ILHA – Centro Comunitário “Beto Ribeirão” – entre o Clube Bandeirantes e o Colégio Ribeirão.

Reuniões: sábados das 17:00 às 19:00 horas.

Ribeirão da Ilha. Florianópolis – SC.

11) GRUPO DE AA RIO VERMELHO – Rodovia João Gualberto, 687 – Sala anexa à Igreja São João Batista – Rio Vermelho.

Reuniões: 4^{as} feiras das 20:00 às 22:00 horas.

Florianópolis – SC

12) GRUPO DE AA MÃOS DADAS – Rua Joaquim Costa, s/n – Anexo a Creche Dona Fofa – Agronômica.

Reuniões: Domingos das 18:00 às 20:00 horas.

Florianópolis – SC

XXI COMITÊ DE DISTRITO DE AA DA REGIÃO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS – SC.

01) GRUPO DE AA ESPERANÇA – Formado em 15/02/74. Av. Santa Catarina, 630. Bela Vista I – Junto ao Conselho Comunitário Bela Vista I.

Reuniões: 3^{os} e 6^{os} feiras das 20:00 às 22:00 horas.

São José – SC

02) GRUPO DE AA CORAÇÃO ABERTO – Formado em 24/07/78. Rua Irmãos Vieira s/n. Campinas – Junto à Paróquia da Igreja Santo Antônio.

Reuniões: 3^{as} feira e 6^{os} feiras das 20:00 às 22:00 horas.

São José – SC.

03) GRUPO DE AA CAMINHO CERTO – Formado em 22/06/83. Praça 7 de setembro, s/n – Anexo à Igreja Matriz.

Reuniões 2^{as} e 6^{os} feiras e sábados das 20:00 às 22:00 horas.

Palhoça – SC.

04) GRUPO DE AA IMPERATRIZ – Formado em 13/09/86. Rua Padre Isidro Duarte Silva, 32. Centro – Junto à Paróquia da Igreja Matriz.

Reuniões: 2^{os} e 6^{os} feiras das 20:00 às 22:00 horas.

Santo Amaro da Imperatriz – SC.

05) GRUPO DE AA BIGUAÇU – Formado em 21/03/2000. Praça Nereu Ramos, s/n. Junto à Paróquia da Igreja Matriz.

Reuniões: 3^{os} feiras das 20:00 às 22:00 horas.

Biguaçu – SC.

06) GRUPO DE AA REABILITAÇÃO – Formado em 03/04/91. Rua São Cristóvão, s/n. Estreito – Junto ao INSS.

Reuniões: 4^{os} feiras das 19:00 às 21:00 horas.

São José – SC.

07) GRUPO DE AA FORQUILHINHAS – Formado em 07/12/95. Rua Vereador Artur Mariano, s/n. Forquilhaínas – Junto à Paróquia São Francisco de Assis.
Reuniões: 2^{as} e 5^{as} feiras das 20:00 às 22:00 horas.
São José – SC.

08) GRUPO DE AA PINHEIRA – Formado em 24/06/97. Escola de Educação Básica Padre Vicente Ferreira Cordeiro. Rua Aderbal Ramos da Silva, 579.
Reuniões: 4^{as} feiras e sábados das 19:00 às 21:00 – Praia da Pinheira.
Palhoça – SC.

09) GRUPO DE AA PONTE DA PAZ – Formado em 06/06/99. Rua 31 de Março, s/n. Ponte do Imaruí – Junto ao Conselho Comunitário.
Reuniões: Domingos das 19:00 às 21:00 horas.
Palhoça – SC.

10) GRUPO DE AA ALIANÇA – Formado em 20/10/2001. Rua Pedro Bun, 87 – Casa Paroquial da Igreja Sagrados Corações.
Reuniões: Sábados das 19:00 às 21:00 horas.
São José – SC.

11) GRUPO DE AA RENASCER – (Em Caráter Experimental). Rua Benjamim Gerlach, s/n. Anexo à Capela da Fazenda Santo Antônio. Fazenda Santo Antônio.
Reuniões: 6^{as} feiras das 20:00 às 22:00 horas.
São José – SC.

12) GRUPO DE AA DE VOLTA AO LAR – Formado em 24/06/1987. Anexo ao Prédio da APAE. Rua Ana Raupp de Sá, s/n.
Reuniões: 5^{as} feiras das 20:00 às 22:00 horas.
Paulo Lopes – SC.
Não tem profissão

ANEXO B

Relação de grupos de Narcóticos Anônimos de Santa Catarina

Município	Bairro	Nome do Grupo	Endereço / CEP	Local / Referência	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom
Araranguá	Centro	Novo Horizonte	Av. 7 de setembro, 2438	Escola Murialdo			20:00 PF		20:00 A		
Blumenau	Centro	Blumenau	Rua Paris, 150, Itoupava Norte	Santuário Nossa Senhora Aparecida				19:00 A			20:00
Caçador		Reviver NA Liberdade		Casa Paroquial S. Francisco de Assis						19:00 A	
Capivari de Baixo		União	Av. General Mendonça Lima, 751	Centro Catequético							20:00 A P
Chapecó			Av. Getúlio Vargas, 957	Antigo Prédio da TELESC	20:00			20:00			
Criciúma	Centro	Alternativa	Sala Pastoral da Saúde – Fundos da Igreja	Matriz São José				20:00 A	20:00 A		
Criciúma		Mente Aberta	Ig, Nossa Senhora Salete							19:30 A	
Criciúma	Santa Bárbara	Vida	Sala de Catequese da Paróquia Santa Bárbara			20:00 F					
Florianópolis	Ingleses	Ilha	Rua Dom João Becker, 6040 - loja 02	Fundos da Eletromar	20:00 PF	20:00 PF Última-A	20:00 PF	20:00 PF	20:00 PF	20:00 PF	20:00 PF
Florianópolis	Centro	Lux	Rua Arcipreste Paiva, 70	Casa Paroquial Catedral Metropolitana			19:00 PF		19:00 PF	19:00 PF A-último	
Florianópolis		Pax	Igreja Santíssima Trindade	Fundos do Comper	20:00 PF	20:00 PF		20:00 PF			20:00 PF A-último
Florianópolis		Esperança	Rua Padre Miguelino, 55	Casa Paroquial Catedral Metropolitana	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00 A	12:00	
Florianópolis		Lagoa	Rua Henrique Vera do Nascimento	Casarão da Lagoa da Conceição		20:00 A					
Florianópolis			Igreja da Lagoa da Conceição						23:00		19:00 1ª-A
Florianópolis	Estreito	Bem Vindos	Igreja Nossa Senhora de Fátima		19:30			19:30 Temát.	19:30		
Guaramirim	Centro	Liberdade	Rua 28 de Agosto, 2042		19:00 A						
Laguna		Vida Livre	Av. Brasil, s/n	Col. Engª Annes Gualberto		20:00			20:00		
Jaguarama	Centro	Consciência	Rua Nereu Ramos	Ao lado da Casa Paroquial						20:00	
Joenvile	Itaum	Esperança	Rua Monsenhor Gercino	Igreja São Judas Tadeu					19:30 A		

Joinville	Bom Retiro	Bom Retiro	Rua Dona Francisca, 3960			19:00		19:00			
Lages		Essência de Vida	Salão Igreja Sagrado Coração de Jesus			19:00 A PF					19:00 A PF
Lages		Despertar	Rua Benjamim Constant	Fundos Catedral	20:00		19:00 A		20:00 A	19:00 A	
Palhoça		Só Por Hoje	Praça 7 de Setembro	Ao lado Palhoção		20:00		20:00			20:00 A
São José	Campinas	Braços Abertos	Av. Josué Di Bernardi, 111 – sala 06		20:00 F	20:00 F	20:00 F	20:00 F	20:00 F	14:00 20:00 F 22:15	10:00 20:00 A
São José	Barreiros	Desejo	Rua Pedro Bunn, 87	Paróquia Sagrado Corações			20:00 A PF		20:00 A		20:00 A
São José	Serraria	Conquista	Salão Paroquial da Igreja Nossa Senhora dos Navegantes		20:00 A			20:00 A			
Sombrio		Luz da Vida	Rua Caetano Lummertz, s/n	Em frente a academia Ritmi	20:00 A		20:00 A				
Timbó	Bairro das Nações	Superação	Rua Germano Brandis, 367	Igreja Santa Terezinha				19:30 A			
Tubarão		Força	Almir Santos Miranda, s/n	Ig. de Humaitá	20:00				20:00 A		
Videira	Floresta	Renascer	Rua do Seminário, s/n	Centro de Catequese Divino Salvador		20:00 A					
Xanxerê	Centro	Renascer e Viver	Centro Comunitário da Matriz, sala 01	Praça do Centro da Cidade		20:00				20:00	

<http://www.na.org.br/> acesso em 09/11/04

Apêndice A
Questionário

1 - IDENTIFICAÇÃO

- 1.1 - Nome
- 1.2 - Data de nascimento
- 1.3 - Sexo
- 1.4 - Cor
- 1.5 - Estado civil

2 - SITUAÇÃO PROFISSIONAL

- 2.1 - Nível da escolaridade
- 2.2 - Profissão
- 2.3 - Ocupação atual
- 2.4 - Ocupação anteriores
- 2.5 - Meio de subsistência do paciente
- 2.6 - Vinculo empregatício
- 2.7 - Desempregado, caso positivo, por quanto tempo?

3 - SITUAÇÃO SÓCIO FAMILIAR

- 3.1 - Com quem reside?
- 3.2 - Reação da família frente ao uso?
- 3.3 - Atualmente como está a relação familiar?
- 3.4 - Se perdeu este vinculo a quanto tempo?

4 - ASPECTO RELATIVOS A DOENÇA

- 4.1 - Porque decidiu fazer tratamento para dependência química? (primeiro momento da entrevista)
- 4.2 - Com que idade começou a usar drogas, quais?
- 4.3 - Apresentou algum sintoma de abstinência?

- 4.4 – Já esteve internado nesta instituição? Quantas vezes?
- 4.5 – Realizou tratamento em outras clínicas ou centro terapêuticos?
- 4.6 – Após alta das instituições especializadas permaneceu abstinente por quanto tempo?
- 4.7 – Houve tentativas de permanecer abstinente sozinho, sem ajuda de alguma instituição? Caso positivo, como foram?
- 4.8 – Já realizou tratamento ambulatorial (AA, NA, CAPS...), caso positivo por quanto tempo?
- 4.9 – O que significou este tratamento pra você?
- 4.10 – Você acredita que este tratamento contribuiu na sua recuperação?
- 4.11 – Qual sua expectativa ao sair?

Apêndice B
Projeto de Prevenção de Drogas

**A PREVENÇÃO COM
PROCESSO DE
PARTICIPAÇÃO**

São José, outubro de 2004.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Profissional envolvida: Fátima Pressi

Local de Realização do Projeto: Comunidades do Município de São José nas Associações de Moradores.

Carga Horária Específica do Projeto: A definir

Período de Realização: 12 meses

Coordenação: Duas Assistentes Sociais

Telefone para contato: 257-2456 – 9125-7169.

2. JUSTIFICATIVA

A conjuntura do século XX apresentou-se como um período em que o consumo de substâncias psicoativas tomou proporções preocupantes mundialmente. A realidade brasileira não diferencia do mundo em geral, o consumo de drogas tem se intensificado ao longo dos anos. Conseqüentemente os prejuízos decorrentes do uso de substâncias psicoativas são cada vez mais objeto de preocupação por parte das famílias, profissionais de saúde e de educação, autoridades governamentais e organizações não governamentais.

Santa Catarina, como não podia ser diferente, segue a mesma linha do Brasil e do Mundo em geral, nos assuntos relacionados ao uso de substâncias psicotrópicas. No município de São José, podemos perceber, por meio de um levantamento realizado pelo Conselho Operativo do CONSEA-SJ³⁵, um alto índice de uso de drogas. Segundo este levantamento realizado em três comunidades – Loteamento Dona Adélia, Morro do Arante e Pedregal – verifica-se que em média 55,66% da população é usuária de substâncias psicoativas³⁶.

Em virtude do apresentado, é fundamental realizar um trabalho de prevenção neste município. Aqui entende-se como prevenção: preparar com antecipação as coisas necessárias para um problema; conhecer com antecipação um prejuízo para tentar evitá-lo; atuar para evitar que ocorra algo que não queremos que aconteça. (ADAMCZYK, 2004)

Diante das situações supracitadas, este projeto tem como objetivo estimular a participação das famílias no processo de prevenção ao uso das drogas lícitas e ilícitas.

³⁵ Conselho de Segurança Alimentar.

³⁶ As substâncias psicoativas podem ser classificadas em: a) depressoras do sistema nervoso central: álcool, benzodiazepínicos, barbitúrbicos, opióides, etc; b) estimulantes do sistema nervoso central: cocaína, anfetaminas, nicotina, etc; c) alucinógenos e psicomiméticos: cannabis, LSD, etc. (ITO, 1998, p.107)

Neste projeto será trabalhada especificamente a prevenção ao uso de drogas, “como um conjunto de ações encaminhadas a promover a saúde das pessoas, para reduzir a probabilidade de que apareçam problemas relacionados com o consumo de drogas” (Idem, 2004)³⁷. Lembrando ainda, que a prevenção é entendida também como uma forma de educar as pessoas a tomar decisões autônomas e responsáveis sobre a sua saúde.

Para a realização efetiva e eficaz de estímulo à participação, deverá ser feito junto à família, oportunizando a estas, saídas positivas frente aos desafios na educação dos seus filhos, ampliando a resiliência familiar³⁸.

Desta forma, o assistente social ocupa posição chave dentro deste trabalho, promovendo a articulação da população, oportunizando a participação da família, tornando-a autônoma e multiplicadora dos conhecimentos.

Portanto, a partir da situação apresentada justifica-se a importância da realização deste projeto, afim de que possamos prevenir o uso indevido de drogas, lícitas e/ou ilícitas em nossas comunidades. Tendo como pressuposto que:

A prevenção é melhor que o tratamento, o tratamento melhor que a Redução de Danos e a Redução de Danos é melhor que nada! As leis são necessárias e devem ser cumpridas. As Políticas Públicas sobre o tema devem ser discutidas e fundamentadas em evidências. (MARQUES, 2004, p.56)

Salientando também que, após a ministração das oficinas, os participantes tornar-se-ão sujeitos ideais para o processo de multiplicação das informações e atingindo com maior intensidade as comunidades circunvizinhas.

³⁷ Texto produzido pela Assistente Social Jaira Adamczyk, em um curso para profissionais e acadêmicos do Serviço Social.

³⁸ A resiliência familiar é aqui entendida como a família que aprendeu a tolerar suas diferenças e desenvolveu um método para resolver seus conflitos (MINUCHIN, 1999)

3. OBJETIVOS

Geral:

Estimular a participação das famílias no processo de prevenção ao uso das drogas lícitas e ilícitas.

Específicos:

- ✓ Oportunizar o acesso das famílias a contextos de reflexão em relação ao uso indevido de drogas, para torná-las autoras e protagonistas do seu meio social;
- ✓ Identificar, juntamente com as famílias, os fatores de risco e de proteção;
- ✓ Socializar as informações no que diz respeito à prevenção ao uso indevido de drogas com crianças e adolescentes;
- ✓ Incentivar a formação de multiplicadores na comunidade.

4. CLIENTELA

- ✓ Crianças e adolescentes matriculadas na rede municipal e estadual de ensino, na faixa etária entre 07 a 14 anos, munícipes de São José em comunidades carentes³⁹;
- ✓ Familiares⁴⁰ das crianças e adolescentes acima relacionadas.

³⁹ Estas comunidades carentes precisam estar vinculadas ao COPO – Conselho Operativo do CONSEA.

⁴⁰ Neste projeto entende-se família como:[...] um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se

5. METODOLOGIA

- ✓ Para que o processo de reflexão se efetive ocorrerá à construção de módulos. Esta construção dar-se-á através de oficinas com os adultos inseridos no projeto;
- ✓ A identificação dos fatores de risco e proteção dar-se-ão de forma participativa junto à população alvo deste, através de oficinas;
- ✓ A socialização das informações ocorrerá em forma de oficinas. A temática das oficinas será pré-definida pelas crianças e adolescentes, pois tem-se o intuito de que os assuntos escolhidos pelos mesmos vão ao encontro de seus interesses. Desta forma, promova a participação efetiva destas crianças e adolescentes;
- ✓ A formação de multiplicadores ocorrerá em todo o processo de aplicação deste, entretanto ocorrerão eventos abertos a comunidade em geral, sendo estes organizados pelo corpo adulto – familiares - vinculados a este projeto.
- ✓ As oficinas e o processo de formação de multiplicadores ocorrerá nas sedes das associações de moradores ou conselhos comunitários.

6. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Atividades / Meses	Jan	Fev	Març	Abr	Mai	Jun	Jul	Agost	Set	Out	Nov	Dez
Seleção da comunidade	X											
Apresentação do projeto		X										
Contatos com parcerias		X										
Construção dos módulos			X	X								
Identificação fatores de risco			X	X								
Definição da temática das oficinas			X									
Avaliações	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Integração comunidade – profissionais			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Oficinas					X	X	X	X	X	X	X	X
Eventos						X	X	X	X	X	X	X

7. AVALIAÇÃO

A avaliação realizar-se-á em três momentos. O primeiro será com os profissionais responsáveis por este projeto em reuniões mensais, para verificar a eficiência, eficácia e efetividade deste.

O segundo será com o público-alvo do projeto, com avaliações bimestrais. Alguns indicadores serão utilizados para identificar a eficácia e efetividade do projeto, como: grau de participação através da presença, nível de motivação, interesse pelo assunto, construção dos módulos e realização dos eventos. Para que alguns destes indicadores sejam identificados, será aplicado instrumental adequado para a observância dos mesmos.

O terceiro ocorrerá numa reunião quadrimestral entre profissionais responsáveis pelo projeto e Associação de Moradores da comunidade envolvida. Esta reunião mostra-se relevante, pois poderá ser identificado juntamente com alguns membros da comunidade o grau de efetividade do trabalho realizado, porém numa visão de quem convive diariamente com as pessoas da comunidade e com a sua dinâmica.

8. BIBLIOGRAFIA

MINUCHIN, Patrícia, COLAPINTO, Jorge e MINUCHIN, Salvador. **Trabalhando com Famílias Pobres**. Tradução: Magda França Lopes. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e Serviço Social. In: **Serviço Social & Sociedade**, nº 55. São Paulo: Cortez, 1997.