E SUPERA D

7

O Sistema Único de Assistência Social e as Redes Comunitárias

SUPERA

Sistema para detecção do
Uso abusivo e dependência de substâncias
Psicoativas:
Encaminhamento, intervenção breve,
Reinserção social e
Acompanhamento

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E CIDADANIA
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Módulo 7

O Sistema Único de Assistência Social e as Redes Comunitárias

11ª Edição

Brasília
MJC
2017

Módulo 7

O Sistema Único de Assistência Social e as Redes Comunitárias

Presidência da República
Michel Temer

Ministério da Justiça e Cidadania
Osmar José Serraglio

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
Roberto Allegretti

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E CIDADANIA
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Módulo 7

O Sistema Único de Assistência Social e as Redes Comunitárias

11ª Edição

Brasília
MJC
2017

O curso **SUPERA** (**S**istema para detecção do **U**so abusivo e dependência de substâncias **P**sicoativas: **E**ncaminhamento, intervenção breve, **R**einserção social e **A**companhamento) foi idealizado e coordenado por Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni e executado por meio de uma parceria entre a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

© 2017 Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)|Departamento de Psicobiologia e Departamento de Informática em Saúde – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)|Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa (AFIP)

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas SENAD
Diretor de Articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas

Universidade Federal de São Paulo
Soraya Soubhi Smaili (Reitora)
Nelson Sass (Vice-Reitor)

Fundação de Apoio à UNIFESP (FapUnifesp)
Jane Zveiter de Moraes (Presidente)

INFORMAÇÕES
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)
Esplanada dos Ministérios, Bloco T, Anexo II, 2º andar, sala 213 – Brasília/DF. CEP 70604-000 www.senad.gov.br

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Unidade de Dependência de Drogas (UDED) da Disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas do Departamento de Psicobiologia. Rua Napoleão de Barros, 1038 – Vila Clementino/SP. CEP 04024-003

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.
Disponível em: <http://www.supera.senad.gov.br/>

EQUIPE EDITORIAL
Supervisão Técnica e Científica
Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte
Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni
Coordenação Geral
Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni – Coordenadora Geral
Ana Regina Noto Faria – Vice-Coordenadora
José Carlos Fernandes Galduroz - Vice-Coordenador

Revisão de Conteúdo
Equipe Técnica – SENAD
Diretoria de articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas
Coordenação Geral de Políticas de Prevenção, Tratamento e Reinserção Social - SENAD

Equipe Técnica – FapUnifesp e AFIP
Keith Machado Soares
Yone G. Moura

Desenvolvimento da Tecnologia de Educação a Distância
Fabrício Landi de Moraes

Equipe de Apoio TI (FapUnifesp)
Fabio Landi, Thiago Kadooka

Projeto Gráfico Original
Silvia Cabral

Diagramação e Design
Marcia Omori

Revisão Ortográfica e Gramatical
Emine Kizahy Barakat

LINHA DIRETA SUPERA
0800 771 3787
https://www.supera.senad.gov.br/contato/

O Sistema Único de Assistência Social e as Redes Comunitárias: módulo 7. – 11. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017.
148 p. – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / Organizadoras Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni)

S623

ISBN 978-85-5506-037-3

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias/prevenção e controle
I. Duarte, Paulina do Carmo Arruda Vieira II. Formigoni, Maria Lucia Oliveira de Souza III. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas IV. Série.

CDD – 613.8

Sumário

Introdução do módulo 11

Objetivos de ensino 12

Capítulo 1 - O Sistema Único de Assistência Social – SUAS: perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas 13

Sistema Único de Assistência Social – SUAS 14

Proteção Social Básica: a importância da dimensão preventiva do uso e dependência do crack e outras drogas 17

Proteção Social Especial: ações integradas para a atenção a situações de risco pessoal e social associadas ao uso/dependência de crack e outras drogas 28

Atividades 54

Bibliografia 56

Capítulo 2 - Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social 59

Há algo diferente? Fique atento! 60

Sinais indiretos 60

O que fazer? 61

Reinserção social 64

Projeto de Vida 66

Desenho do Projeto de Vida 67

Atividades 72

Bibliografia 74

Capítulo 3 - A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas: o papel dos pais e dos cônjuges 77

O que é a “família”? 78

O papel dos pais e dos cônjuges na prevenção e no tratamento de drogas 80

Fatores de risco e proteção na família 81

A participação da família no tratamento da dependência de álcool e outras drogas 83

Atividades 87

Bibliografia 89

Capítulo 4 - Abordagem familiar: cuidado às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas pelas equipes de Saúde da Família 91

Contexto em que acontece o cuidado 92

O que define a família? 94

Cuidando da saúde das famílias 95

Famílias com pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas 96

Equipes de Atenção Primária à Saúde: espaço vivo de cuidado às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas 99

Ferramentas de abordagem familiar 102

Atividades 109

Bibliografia 111

Capítulo 5 - Grupos de Ajuda Mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas 115

Um pouco de história 116

Filosofia 117

Profissionais 119

Centros de tratamento 119

Atividades 121

Bibliografia 123

Capítulo 6 - Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa: definição, objetivos e pressupostos .. 125

Por que Terapia Comunitária? 126

Os objetivos da Terapia Comunitária 128

A escolha do terapeuta 129

A importância das etapas e das regras na roda comunitária 133

As abordagens terapêuticas 137

Atividades 142

Bibliografia 144

Introdução do módulo

A Assistência Social está configurada na forma de um sistema – o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Neste Módulo, você entenderá quais são as suas características e objetivos, bem como quais são os serviços, programas e projetos relacionados com a Proteção Social Básica e Especial.

Também neste Módulo, você conhecerá um modelo/roteiro de avaliação social que irá ajudá-lo a mapear as condições de seus pacientes para a realização de um plano de tratamento visando a reinserção social.

A autora do Capítulo 2 lança um desafio: *"Viver longe da droga não é o suficiente. É preciso redescobrir o gosto e o sentido da vida"* e oferece elementos para que você possa elaborar junto aos seus pacientes **Projetos de Vida individualizados** levando em conta aspectos familiares, profissionais, econômicos e financeiros, comunitários, espirituais, médicos e psicológicos.

Você verá que grande ênfase é dada à família e na análise da sua participação, tanto na prevenção quanto na dependência do uso de álcool e outras drogas. Ao final da leitura, você entenderá como os profissionais das equipes de Saúde da Família podem auxiliar no cuidado das famílias que possuem membros usuários de álcool e outras de drogas.

Por fim, você conhecerá os pressupostos dos grupos de ajuda mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas e os objetivos das terapias comunitárias. Como em outros módulos, os conceitos são apresentados por profissionais que trabalham sob estes referenciais teóricos, para que você possa ter contato com as mais diversas opções e abordagens teóricas disponíveis. Desta forma, você poderá fazer escolhas e encaminhamentos adequados à sua visão do problema às características de cada paciente.

Objetivos de ensino

Ao final do módulo, você será capaz de:

- ✓ Caracterizar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS);
- ✓ Realizar a Avaliação Social e promover a Reinserção Social de pessoas dependentes de drogas;
- ✓ Analisar a participação da família na prevenção e tratamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas;
- ✓ Identificar as características do cuidado com a família de uma pessoa que faz uso de álcool e outras drogas e as formas de atuação da equipe de Saúde da Família;
- ✓ Identificar as características dos grupos de autoajuda e sua contribuição no tratamento das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas;
- ✓ Descrever a Terapia Comunitária e reconhecer sua ação terapêutica.

Capítulos

1. O Sistema Único de Assistência Social – SUAS: perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas
2. Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social
3. A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas: o papel dos pais e dos cônjuges
4. Abordagem familiar: cuidados às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas pelas equipes de Saúde da Família
5. Grupos de Ajuda Mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas
6. Terapia Comunitária sistêmica integrativa: definição, objetivos e pressupostos

Capítulo

1

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

TÓPICOS

- ✓ Sistema Único de Assistência Social – SUAS
- ✓ Proteção Social Básica: a importância da dimensão preventiva do uso e dependência do crack e outras drogas
- ✓ Proteção Social Especial: ações integradas para a atenção a situações de risco pessoal e social associadas ao uso/dependência de crack e outras drogas
- ✓ Atividades
- ✓ Bibliografia

Sistema Único de Assistência Social – SUAS[1]

A Assistência Social é política pública componente da Seguridade Social prevista pela Constituição Federal de 1988 (arts. 194, 203 e 204) e regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei nº 8.742/1993), alterada pela Lei nº 11.258/2005 de 2005 e pela Lei nº 12.435/2011. Os processos, mecanismos e instrumentos de sua operacionalização encontram-se, por sua vez, definidos e regulamentados pela Política Nacional de Assistência Social - PNAS, de 2004, e pela Norma Operacional Básica do SUAS – NOB/SUAS, de 2005[2], ano em que se inicia o processo de implantação do SUAS no território brasileiro.

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

Segundo as legislações, a Assistência Social está configurada na forma de um **sistema, o SUAS – Sistema Único de Assistência Social[3], que tem como características:**

- ✓ A noção de **território**;
- ✓ A centralidade no atendimento à **família**;
- ✓ A garantia de **atenção** diferenciada por **níveis de Proteção Social** (Básica e Especial);
- ✓ A **gestão compartilhada** das ações entre Estado e sociedade civil, sob coordenação e primazia na atribuição de **competências** técnicas e políticas diferenciadas para as diferentes esferas federativas;
- ✓ A **corresponsabilidade** entre os entes federados;
- ✓ O planejamento, monitoramento e a avaliação por meio de **sistemas de informações**;
- ✓ O **controle social** exercido pelos Conselhos de Assistência Social.

1 Autores deste tópico: Rosário de Maria Costa Ferreira, José Ferreira da Crus, Mariana Lopez Matias, Izildinha Nunes
2 Igualmente, em 2005, foi sancionada a Lei nº 11.258, que alterou a Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua.
3 O SUAS implica numa perspectiva de integralidade e complementaridade, com o propósito de superar a fragmentação e sobreposição na política de Assistência Social.

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

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

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

III. O **acesso a direitos** no conjunto das provisões socioassistenciais.

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

- ✓ Matricialidade sociofamiliar;
- ✓ Territorialização;
- ✓ Proteção proativa;
- ✓ Integração à Seguridade Social;
- ✓ Integração às políticas sociais e econômicas.

A matricialidade sociofamiliar[4] e o território, que orientam esse novo paradigma da proteção social têm como objetivo principal fortalecer e garantir apoio à família no exercício de seu

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

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

Ainda nessa perspectiva, tem como objetivo garantir:

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

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

O SUAS materializa, assim, a Política Nacional de Assistência Social – PNAS, estabelecendo um novo modelo de gestão, com enfoque na Proteção Social que se estrutura conforme matriz padronizada de serviços socioassistenciais[5], definidos na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, organizados em dois níveis: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE) de Média e Alta Complexidade[6]. Simultaneamente e de forma integrada ao SUAS, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), por meio da Secretaria Nacional de Renda e Cidadania (SENARC), é responsável pela coordenação do Programa Bolsa Família (PBF), que articula ações transversais com outras políticas setoriais, em particular

5 Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União em 25 de novembro de 2009.
6 As proteções Sociais Básica e Especial serão ofertadas pela rede socioassistencial, de forma integrada, diretamente pelos entes públicos e/ou pelas entidades e organizações de Assistência Social vinculadas ao SUAS, respeitadas as especificidades de cada ação (Lei nº 8.742/1993 e suas alterações ao art. 6º -B, por meio da Lei nº 12.435, de 06 de julho de 2011). As entidades e organizações de Assistência Social são aquelas sem fins lucrativos que, isolada ou cumulativamente, prestam atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por essa Lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de direitos (art. 3º da Lei nº 8.742/1993 e suas alterações).

a Política de Saúde e Educação. Além disso, desenvolve ações no campo da Política de Segurança Alimentar e Nutricional por meio da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SESAN).

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

O SUAS, executado de forma integrada aos programas e benefícios que transferem renda, por meio da Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, articulado com as demais Políticas e o Sistema de Garantia de Direitos (SGD), desempenha papel fundamental na Proteção Social. Nos termos do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, instituído pelo Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, cujas ações intersetoriais foram ampliadas e fortalecidas por meio do Programa "Crack, é possível vencer", lançado pelo Governo Federal em dezembro de 2011, a Política de Assistência Social tem um importante papel no enfrentamento à questão do uso e dependência de crack e outras drogas, particularmente no que diz respeito às ações de prevenção e reinserção social. O texto a seguir tem como objetivo apresentar as possibilidades de atuação da Assistência Social no trabalho com indivíduos e famílias em situação de uso abusivo/dependência de crack e outras drogas, questão complexa e desafiante, que exige uma atuação intersetorial.

Proteção Social Básica: a importância da dimensão preventiva do uso e dependência do crack e outras drogas[7]

A discussão sobre o uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas tem se tornado mais frequente nos meios de comunicação atuais. Seja por meio da mídia ou na observação

7 Autores deste tópico: Aidê Cançado Almeida, Adriana da Silva Pereira, Alexandre Valle dos Reis, Maria do Socorro Tabosa, Bruna D'Avila de Araujo Andrade, Kely Rodrigues de Andrade, Luciana Maria de Almeida, Márcia Padua Viana, Maria Valdênia Santos de Souza, Rita de Cássia Alves de Abreu, Selaide Rowe Camargos

do cotidiano das cidades, veem-se cenas que provocam perplexidade à população e demandam respostas dos Poderes Públicos e da sociedade em geral.

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

É preciso reconhecer, também, o tripé biopsicossocial das dependências químicas, fruto da interação dinâmica de três fatores distintos:

- ✓ O tipo de substância consumida;
- ✓ O indivíduo;
- ✓ O contexto social e familiar.

Dito de outra maneira, um mesmo tipo de droga pode ter efeitos diferentes em diferentes indivíduos. Acredita-se que a apresentação de um número maior de possibilidades de apoio (familiar, comunitário, políticas públicas) ao indivíduo diminui o risco de desenvolver uma dependência química, mesmo que venha a ter contato com a droga e a experimentá-la. Atuando por meio de espaços de escuta, favorecendo a discussão, troca de experiências e construção de saberes sobre o enfrentamento das situações de vulnerabilidade social, considera-se possível desenvolver a **resiliência**, que é a capacidade de se manter saudável mesmo quando submetido a situações adversas. No entanto, não se pode perder de vista o fato de que o consumo de crack, bem como o de outras drogas, está presente entre crianças e adolescentes. Dessa forma, há a necessidade de atuar nessas situações, agindo, sobretudo, preventivamente.

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

Se por um lado há necessidade de definição de estratégias de enfrentamento ao tráfico centradas na abordagem repressiva, por meio do aparato jurídico-policial, por outro lado devem-se **fortalecer as ações da rede pública de saúde para a oferta de tratamentos**

eficazes aos usuários, ao mesmo tempo em que se empreendem ações articuladas às demais políticas públicas relativas à prevenção.

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

> Assim, no âmbito da Assistência Social Básica, destacam-se as ações de caráter preventivo voltadas ao território, que visam o desenvolvimento da mobilização comunitária por meio de atividades como: campanhas e palestras, filmes, debates, projetos de conscientização etc.

A prevenção se dá também em outras atividades que compõem os serviços de Proteção Básica, uma vez que estes configuram espaços de convivência estimulantes e agregadores. Estas são estratégias importantes para prevenção ao uso, abuso e dependência de drogas, na medida em que se mostram prazerosas e capazes de gerar identidade grupal, em especial para crianças e adolescentes, que, em muitos casos, se encontram expostas a um ambiente familiar e comunitário no qual, dentre outras vulnerabilidades, figura o consumo e comercialização de drogas.

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

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

AÇÕES DE PREVENÇÃO AO USO DE CRACK E OUTRAS DROGAS EM TERRITÓRIOS DE VULNERABILIDADE SOCIAL

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

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

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

Dentre as diversas vulnerabilidades e riscos sociais aos quais uma comunidade pode estar exposta, um elemento de extrema importância, devido à sua complexidade e amplitude, é o fenômeno das drogas.

O uso, abuso e dependência dessas substâncias pode agravar outras situações de vulnerabilidade vivenciadas, podendo repercutir na qualidade de vida das famílias, na medida em que, dentre outras possibilidades, pode reduzir a capacidade produtiva dos indivíduos; dificultar as relações intrafamiliares; potencializar a ocorrência de violência intrafamiliar e urbana. Da mesma forma, situações de vulnerabilidade e risco social podem, em determinados contextos, potencializar fatores de risco ao uso de drogas. Quando

associadas, situações de vulnerabilidade e risco social e uso de drogas podem conduzir a agravamentos que exigirão estratégias integradas de atenção aos usuários e suas famílias, que considerem a perspectiva social e de saúde.

Além disso, a existência de atividades relacionadas ao tráfico pode implicar no cerceamento do uso de espaços da comunidade e da circulação no território, bem como expor crianças e adolescentes a uma das piores formas de trabalho infantil. Nesse contexto, a ampliação do olhar para a relação da questão do tráfico de drogas com fenômenos como violência, criminalidade e suas implicações no contexto social das famílias deverá ser contemplada nas ações, serviços, programas e projetos de Assistência Social desenvolvidos no território, articulados entre si e envolvendo toda a comunidade.

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

Não obstante, para garantir a efetiva superação dos riscos ou vulnerabilidades sociais, é necessário um amplo conhecimento do território e a articulação da rede socioassistencial e intersetorial existente. A articulação pode tornar a atenção ao uso, abuso e à dependência de drogas mais eficaz do que quando são empregadas ações isoladas de cada política.

A realização de um diagnóstico do território, a partir de informações da vigilância social e da busca ativa, identificando as potencialidades do território e da família, bem como a incidência de situações de vulnerabilidade e/ou risco social, é preponderante para a realização de um trabalho preventivo dentro do território de abrangência do CRAS. Tal conhecimento do território possibilita nortear as ações desenvolvidas no PAIF, de modo a alcançar as demandas identificadas e a necessidade de oferta de outros serviços de Proteção Social Básica.

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

SERVIÇO DE PROTEÇÃO E ATENDIMENTO INTEGRAL À FAMÍLIA (PAIF)

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

São serviços de caráter continuado de Proteção Social Básica:

- ✓ Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF);
- ✓ Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV); e o
- ✓ Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas[8].

Conforme a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, o PAIF:

Consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de

8 Ressalta-se que todos os serviços de Proteção Social Básica têm caráter preventivo, protetivo e proativo.

vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. Expressa um conjunto de ações relativas à acolhida, informação e orientação, inserção em serviços da assistência social, tais como socioeducativos e de convivência, encaminhamentos aos serviços de outras políticas setoriais, promoção de acesso à renda e, especialmente, acompanhamento sociofamilia[9].

Um dos objetivos do serviço PAIF é o fortalecimento da função protetiva da família, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. Nesse sentido, o serviço compreende a família como o lugar do cuidado, proteção, aprendizado dos afetos, construção de identidade e vínculos relacionais e de pertencimento, mas sem perder de vista que ela pode também configurar um espaço de reprodução de desigualdades e de violência, muitas vezes refletindo o que é vivenciado no âmbito público.

O uso, abuso e dependência de drogas configura uma importante e complexa temática a ser abordada na esfera familiar, para a qual não existe uma fórmula exata. Destaca-se, entretanto, a importância do caráter protetivo e preventivo do PAIF como forma de abordar a questão das drogas junto às famílias de seu território.

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

Destaca-se, ainda, que o processo de acompanhamento familiar contempla tanto o caráter protetivo quanto o preventivo. O acompanhamento familiar particularizado permite o desenvolvimento de ações para a superação de vulnerabilidades de forma mais singular, por

9 O PAIF deve necessária e exclusivamente ser ofertado nos CRAS; já os demais serviços podem ser ofertados nesse equipamento, desde que garantida a oferta com qualidade do PAIF (espaço físico e equipe compatível), e em outras unidades públicas de assistência social, bem como, de forma indireta, nas entidades e organizações de assistência social da área de abrangência do CRAS. Devem, no entanto, ser referenciados ao CRAS.

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

Nesse sentido, para a consecução do objetivo de fortalecimento da função protetiva da família é necessária a promoção de atividades que propiciem o diálogo, a troca de experiências e valores, bem como a discussão de situações externas que afetam a família e a comunidade. As oficinas com famílias são espaços propícios para sua abordagem, na medida em que suscitam a reflexão sobre vulnerabilidades, riscos ou potencialidades e, portanto, contribuem para o alcance de aquisições, fortalecimento de laços comunitários, conhecimentos, acesso a direitos e prevenção de riscos. As oficinas podem abordar, dentre outros pontos: formas de prevenção ao uso, abuso e dependência de drogas; estratégias de enfrentamento ao uso, abuso e dependência; redes de apoio e informações sobre serviços disponíveis no território, além de alternativas de atividades de convívio específicas por faixas etárias, em especial crianças, adolescentes e jovens; oportunidades de lazer e trabalho. Complementam o rol de objetivos do PAIF a potencialização do protagonismo e da autonomia dos indivíduos e famílias e a promoção do acesso à rede de proteção social e aos serviços setoriais, contribuindo para a garantia de direitos. Nesse âmbito, para o trabalho de prevenção ao uso, abuso e dependência de drogas e seus efeitos na comunidade, destaca-se a potencialidade das ações comunitárias, uma vez que essas atividades visam à mobilização social, ao protagonismo, ao sentimento de coletividade e ao fortalecimento da comunicação e organização comunitária. Essa organização propicia, portanto, a participação cidadã, ampliando a capacidade das famílias de interferirem na construção da vida pública de seu território.

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

Dentre as atividades do PAIF que contribuem para a prevenção ao uso de drogas e minimização dos efeitos gerados na família e na comunidade, ressalta-se, ainda, a importância de encaminhamentos para rede socioassistencial ou intersetorial. Dentro da perspectiva preventiva, um exemplo seria a inclusão de crianças e adolescentes expostos a contextos em que há uso de

drogas nos demais serviços de convivência da proteção básica. São também extremamente relevantes os encaminhamentos que viabilizem o acesso a políticas de geração de trabalho e renda, educação e documentação civil, dentre outras.

> Com relação a situações que demandem acompanhamento especializado, destaca-se a referência aos CREAS – Centros de Referência Especializados de Assistência Social, quando identificados rompimento de vínculos e/ou violação de direitos.

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

O SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) organiza-se em torno do PAIF, sendo a ele articulado. No trabalho social com as famílias, realizado pelo Serviço PAIF, identificam-se os membros mais vulneráveis e que necessitam acessar o SCFV. Nesse sentido, as situações de vulnerabilidade enfrentadas pelas famílias e indivíduos devem receber um tipo de atenção diferenciada, de acordo com as necessidades de cada público. Além disso, as potencialidades das famílias devem ser ponto de partida para a organização dos serviços de Proteção Social Básica e para o estímulo à participação social. Em razão disso, a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais instituiu o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, organizado por faixa etária, tendo como objetivo prevenir possíveis situações de risco, visando à melhoria da qualidade de vida.

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

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

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

1. Crianças de até 6 anos;
2. Crianças e adolescentes de 6 a 15 anos;
3. Adolescentes e Jovens de 15 a 17 anos;
4. Idosos.

Nos grupos devem ser fomentadas discussões sobre o fenômeno do uso do crack e outras drogas, conforme peculiaridade de cada faixa etária. Destaca-se ainda que, no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Crianças e Adolescentes de 6 a 15 anos e paraAdolescentes e Jovens de 15 a 17 anos, as ações devem ser intensificadas.

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

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

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

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

No âmbito das ações socioeducativas é muito importante reforçar o protagonismo dos jovens, podendo surgir iniciativas de participação cidadã, com atuação dos jovens em suas comunidades, por meio de campanhas, projetos de ação coletiva de interesse social, que podem gerar a produção de vídeos, apresentações artísticas e debates com a comunidade, entre outros. Desse modo, devido à complexidade da problemática do uso de crack e outras drogas, é fundamental que as equipes técnicas dos serviços socioassistenciais sejam permanentemente capacitadas.

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

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

Proteção Social Especial: ações integradas para a atenção a situações de risco pessoal e social associadas ao uso/dependência de crack e outras drogas[10]

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

- ✓ Violência física e psicológica;
- ✓ Abandono;
- ✓ Violência sexual (abuso e exploração sexual);
- ✓ Tráfico de pessoas;

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

- ✓ Situação de rua;
- ✓ Trabalho infantil;
- ✓ Cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto;
- ✓ Afastamento do convívio familiar.

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

Considerando as situações atendidas e a intencionalidade da atenção ofertada, faz-se importante apontar que os serviços de PSE requerem especialização no acompanhamento socioassistencial a famílias e indivíduos. Considerando a incompletude institucional e a complexidade das situações atendidas, as intervenções no âmbito dos serviços demandam estreita articulação com a rede, incluindo, além da rede socioassistencial, as demais Políticas Públicas, com destaque para a Política de Saúde e órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar, Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública). Além da oferta de serviços, a PSE também conta com o PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil), programa que articula ações de forma integrada e complementar com o objetivo de qualificar, incentivar e melhorar o enfrentamento ao trabalho infantil no país[11]. Cabe destacar que a PSE está organizada no SUAS em dois níveis de complexidade: PSE de Média Complexidade e PSE de Alta Complexidade. Tal organização considera a natureza e a especificidade do atendimento ofertado, de acordo com o agravamento das situações vivenciadas por famílias e indivíduos e as demandas relativas à proteção social identificadas.

- ✓ **Proteção Social Especial de Média Complexidade:** Oferta de acompanhamento especializado e continuado a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos.
- ✓ **Proteção Social Especial de Alta Complexidade:** Oferta de serviços de atendimento integral. Destinada ao acolhimento a indivíduos e/ou famílias afastados temporariamente do núcleo familiar e/ou comunitário de referência.

11 De acordo com a Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, com alteração da Lei nº 12.435, de 06 de julho de 2011.

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

Tanto na PSE de Média Complexidade quanto na PSE de Alta Complexidade a oferta de serviços deve ter caráter continuado e consonância com a realidade dos territórios.

Assim, a organização dos serviços deve se estruturar, em âmbito nacional, com desenho homogêneo, de modo a assegurar observância à padronização nacional do SUAS, conforme parâmetros da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, com possibilidades, todavia, de adaptações à realidade e demandas de cada território.

Os serviços de PSE devem ser ofertados de forma descentralizada, pelo Distrito Federal e Municípios, podendo, em determinados casos, ser prestados pelos Estados e/ou por meio de agrupamentos intermunicipais, quando a realidade justificar a oferta de serviços organizados de forma regionalizada[12].

DIRETRIZES E OBJETIVOS DA PSE DE MÉDIA COMPLEXIDADE

- ✓ Diretrizes que devem nortear o atendimento na PSE de Média Complexidade:
  - Centralidade na família;
  - Contextualização da situação vivenciada, considerando o contexto familiar, social, cultural e econômico;
  - Ética, respeito à diversidade, singularidade, dignidade e não discriminação;

12 Para mais informações sobre a oferta regionalizada de serviços de PSE, recomenda-se a leitura da NOB/SUAS e, no caso de serviços de acolhimento para crianças e adolescentes, das "Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento de crianças e adolescentes", disponíveis no sítio do MDS: <www.mds.gov.br>.

- Respeito à autonomia individual e familiar na construção de trajetórias de vida individual e familiar;
- Especialização e qualificação do atendimento;
- Acesso a direitos socioassistenciais;
- Fortalecimento da capacidade de proteção das famílias, inclusive por meio da ampliação do acesso a direitos socioassistenciais, suportes e apoios;
- Trabalho em rede;
- Mobilização e participação social.

✓ Objetivos da PSE de Média Complexidade:

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

DIRETRIZES E OBJETIVOS DA PSE DE ALTA COMPLEXIDADE

✓ Diretrizes que devem nortear o atendimento na PSE de Alta Complexidade:

- Excepcionalidade e provisoriedade do afastamento do convívio familiar;
- Direito à convivência familiar e comunitária;
- Preservação, fortalecimento ou resgate dos vínculos familiares e comunitários, ou construção de novas referências, quando for o caso;

- Potencialização da família/indivíduo na sua capacidade protetiva e na superação de suas dificuldades;
- Acesso a direitos socioassistenciais;
- Ética, respeito à diversidade, singularidade, dignidade, acessibilidade, inclusão social e não discriminação;
- Participação dos usuários nas decisões e fomento à construção de novos Projetos de Vida;
- Respeito à autonomia individual e familiar na construção de trajetórias de vida;
- Atendimento personalizado, individualizado e em pequenos grupos;
- Fortalecimento da capacidade de proteção das famílias, inclusive por meio da ampliação do acesso a direitos socioassistenciais, suportes e apoios.

✓ Objetivos da PSE de Alta Complexidade:

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

UNIDADES E SERVIÇOS DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais
(Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009)[13]

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE		
Unidade de Oferta	**Serviço**	**Público**
CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social)	**PAEFI** (Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos)	Trabalho social especializado com famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, tais como: ✓ Violência física, psicológica, abuso ou exploração sexual, negligência; ✓ Trabalho infantil; ✓ Descumprimento de condicionalidades do PBF e do PETI relacionadas a situações de risco pessoal e social, com violação de direitos; ✓ Tráfico de pessoas; ✓ Abandono ou afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida protetiva; ✓ Discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia etc.
	Serviço de MSE (Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida e de Prestação de Serviços à Comunidade)	Adolescentes em cumprimento de MSE de Liberdade Assistida e Prestação de Serviços à Comunidade, aplicadas pela autoridade judicial (Estatuto da Criança e do Adolescente).
	Serviço Especializado em Abordagem Social[14]	Crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam os espaços públicos como forma de moradia e/ou sobrevivência.
CENTRO POP (Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua)	**Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua**	Jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência.

13 Para saber mais, consulte: <www.mds.gov.br>.
14 Este Serviço pode ser ofertado tanto pelo CREAS quanto por Unidade a ele referenciada, de natureza pública ou pública não estatal. O Serviço Especializado em Abordagem Social pode também ser ofertado no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), conforme avaliação e planejamento do órgão gestor local.

UNIDADES DE REFERÊNCIA DA PSE DE MÉDIA COMPLEXIDADE

- ✓ **CREAS:** É a unidade pública estatal de atendimento e referência para o trabalho social especializado no SUAS. Conforme Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, todo CREAS deve ofertar o serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI, podendo, a depender da realidade e demanda do território, ofertar outros serviços de PSE de Média Complexidade. Sua implantação, funcionamento e a oferta direta dos serviços constituem responsabilidades do Poder Público local e, no caso dos CREAS Regionais, do Estado e Municípios envolvidos, conforme pactuação de responsabilidades.

- ✓ **CENTRO POP:** O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua é a unidade pública e estatal, *locus* de referência e trabalho social especializado em população adulta em situação de rua. Conforme Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, todo Centro POP deve ofertar o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. A depender da realidade local, a unidade poderá também ofertar o Serviço Especializado em Abordagem Social. A unidade deve representar espaço de referência para o convívio grupal e acompanhamento de pessoas em situação de rua. As estratégias adotadas para o acompanhamento devem buscar favorecer:

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

UNIDADES E SERVIÇOS DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE

Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009)

Conforme mencionado, a PSE de Alta Complexidade tem como objetivo ofertar serviços especializados com vista a afiançar segurança de acolhida a indivíduos e/ou famílias afastados do núcleo familiar e/ou comunitários de origem. Através da garantia de acolher e desenvolver atenções socioassistenciais a famílias e indivíduos buscando, em conjunto com os mesmos, possibilidades de reconstrução de vínculos sociais e conquistar maior grau de independência individual e social, as ações socioassistenciais visam proteger a dignidade e os direitos humanos e monitorar a ocorrência dos riscos e do seu agravamento. Os serviços de PSE de Alta Complexidade descritos a seguir poderão se articular com a rede de atenção à questão do uso abusivo e dependência de crack e outras drogas:

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE	
SERVIÇO	**PÚBLICO**
Serviço de Acolhimento Institucional[15]: ◦ Abrigo institucional ◦ Casa-Lar ◦ Casa de Passagem	✓ Pessoas em situação de risco social que demandem afastamento temporário do núcleo familiar e/ou comunitário de referência; ✓ Famílias/indivíduos em situação de rua; ✓ Mulheres, acompanhadas ou não de seus filhos, em situação de violência doméstica e familiar, causadora de lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico ou dano moral; ✓ Pessoas em situação de abandono e/ou sem referência familiar;
Serviço de Acolhimento em República	✓ Jovens entre 18 e 21 anos em processo de desligamento de serviço de acolhimento para adolescentes; ✓ Jovens e adultos em processo de saída das ruas.
Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora	✓ Crianças e adolescentes, inclusive aqueles com deficiência, aos quais foi aplicada medida de proteção, por motivo de abandono ou violação de direitos, cujas famílias ou responsáveis se encontrem temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção.
Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e Emergências	✓ Famílias/indivíduos atingidos por situações de emergência e calamidade pública (incêndios, desabamentos, deslizamentos, alagamentos, dentre outras), que tiveram perdas parciais ou totais de moradia, objetos ou utensílios pessoais, e se encontram temporária ou definitivamente desabrigados; ✓ Famílias/indivíduos removidos de áreas consideradas de risco, por prevenção ou determinação do Poder Judiciário.

15 Os serviços são organizados para o atendimento de cada segmento separadamente, considerando suas especificidades e legislações relacionadas, quando for o caso (crianças e adolescentes, idosos, pessoas em situação de rua, mulheres etc.). Por determinação da autoridade judiciária (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990).

PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL – PETI: A INTERVENÇÃO NA QUESTÃO DO USO/DEPENDÊNCIA DE CRACK E OUTRAS DROGAS ASSOCIADO AO TRABALHO INFANTIL

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

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

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

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

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

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

- ✓ Prevenção;
- ✓ Proteção;
- ✓ Colaboração ao enfrentamento.

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

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

O TRABALHO SOCIOASSISTENCIAL NOS ESPAÇOS PÚBLICOS – POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ABORDAGEM SOCIAL

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

A população-alvo desse serviço: são crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam os espaços públicos como forma de moradia e/ou sobrevivência.

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

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

Percebemos, portanto, que, no âmbito do SUAS, o **Serviço Especializado em Abordagem Social** constitui importante canal para a identificação de situações que venham a demandar ações e atendimentos continuados na rede socioassistencial e, ainda, de serviços de saúde e

das demais políticas públicas. A atuação da equipe requer, portanto, o conhecimento sobre as ofertas existentes nos territórios, incluindo a rede de serviços, benefícios, programas de transferência de renda etc., que poderão ser acessados. É importante, ainda, que a equipe busque identificar as **redes de apoio** que seus usuários dispõem nos espaços onde convivem/sobrevivem.

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

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

É importante destacar que a abordagem nos locais com pessoas em situação de risco social associadas ao uso ou dependência de crack e outras drogas deve ser realizada conjuntamente pelas equipes dos serviços socioassistenciais e as equipes de saúde que também atuam nos espaços públicos/rua (por exemplo: Consultórios na Rua).

Essa observação é importante, pois, além das demandas relativas à assistência social, muitas situações demandarão avaliação imediata de profissionais da saúde quanto à necessidade de encaminhamento a serviços específicos de saúde, frente às implicações do uso ou dependência de drogas. Nesses casos, somente uma atuação intersetorial poderá promover resultados satisfatórios, visando garantir o atendimento integral e equânime ao usuário.

É importante enfatizar que somente as equipes de saúde têm competência para avaliar os encaminhamentos necessários na sua área de atuação. Nesse sentido, a partir da avaliação desses profissionais, os usuários poderão ser encaminhados para diversos pontos de

atenção de acordo com as demanda inicial e as condições clínicas no momento da avaliação. Os pontos de atenção disponíveis são: o CAPS-AD, a Internação Breve em hospitais gerais ou, ainda, quando estáveis clinicamente, poderão ser encaminhados para as Comunidades Terapêuticas. Lembrando que estes diferentes pontos de atenção deverão atuar de forma articulada com a atenção básica, visando atendimento longitudinal do usuário em seu território (comunidade e laços afetivos).

A avaliação de saúde será importante, ainda, para identificar outras demandas de saúde, para além da questão do uso de crack e outras drogas. Nos casos de risco extremo à saúde, que demandem imediato atendimento nessa rede, o momento mais adequado para o início do acompanhamento socioassistencial deverá ser avaliado conjuntamente pelas equipes.

A articulação e, consequentemente, a realização de encaminhamentos para a rede socioassistencial dependerão das especificidades apresentadas pelas famílias e indivíduos em situação de rua e das demandas mais imediatas de atendimento. É certo, pois, que a equipe deverá atuar em estreita articulação com o Centro POP[16] e serviços de acolhimento, no caso de população adulta ou famílias, e com o CREAS e Conselho Tutelar, nos casos de crianças e adolescentes – os quais serão abordados adiante. Tais serviços de âmbito da PSE representam espaços estratégicos para a oferta de trabalho social especializado com famílias e indivíduos em situação de rua. Devido a isso, o trabalho das equipes da assistência social nas ruas, a partir da situação de cada indivíduo, deve, necessariamente, incluir a informação sobre os recursos da rede socioassistencial existentes no território que possam ser acessados.

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

Orientações e encaminhamentos para o acesso à documentação

SAIBA MAIS:
*Os termos **Atenção Básica** e **Atenção Primária à Saúde** podem ser utilizados como sinônimos na maioria das vezes, sem que se torne um problema conceitual, porém existem algumas críticas quanto à origem e a diferenças conceituais. Nas literaturas nacional e internacional há produções cientificas em que os dois termos aparecem. Porém, o termo **Atenção Básica** no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS é mais utilizado nos documentos oficiais do Ministério da Saúde. (MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. Rev. APS, v. 12, n. 2, p. 204-13, abr.-jun. 2009).*

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

pessoal e à inclusão no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal deverão também ser realizados pelas equipes dos serviços socioassistenciais, sempre que houver demanda. A inclusão no Cadastro Único deverá ser realizada quando a família apresentar o perfil para tal, mesmo que se configure como família unipessoal[17]. Tal inclusão deve estar associada à vinculação a serviços socioassistenciais e à rede de proteção social, para que intervenções de caráter intersetorial, considerando a realidade de vida desses indivíduos e famílias, possam conduzir a resultados mais efetivos.

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

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

Atenção especial deve ser dada à situação de crianças e adolescentes que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência, casos em que a equipe do Serviço de Abordagem

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

deverá observar os encaminhamentos necessários para a sua efetiva proteção. Nos casos em que identificado uso ou dependência de crack ou outras drogas, os encaminhamentos para a rede de saúde deverão ser avaliados pelas equipes que atuam nas ruas.

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

É importante destacar que o trabalho pela **busca ativa** da família da criança/adolescente em situação de rua deve sempre considerar a participação da criança ou do adolescente no processo, inclusive para analisar se há possibilidades de retorno ao convívio familiar ou se trata de demanda para encaminhamento a serviço de acolhimento, situação na qual a autoridade judiciária deverá ser comunicada, para avaliação da situação e providências relacionadas.

Norteada também pela metodologia de trabalho pautada na gradativa aproximação e vinculação à rede de proteção, a abordagem social realizada com crianças/adolescentes em situação de rua deve primar pelo resgate do direito à convivência familiar e comunitária. Deve-se buscar, sempre que possível – e esta representa a melhor alternativa para a criança/adolescente – viabilizar seu retorno ao convívio familiar, acompanhado de suportes e apoios que possam se mostrar necessários para auxiliar a família no exercício do papel de cuidado e proteção[18].

Tão logo seja localizada, a família deve ser sensibilizada ao atendimento pela equipe do PAEFI, ofertado pelo CREAS, para acompanhamento do processo de retomada do convívio

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

familiar. Nos casos em que não houver possibilidades de retomada do convívio, a equipe deve trabalhar junto ao Conselho Tutelar e à autoridade judiciária, buscando a gradativa vinculação da criança/adolescente a serviço de acolhimento, onde sua segurança, direitos e proteção poderão ser melhor assegurados.

Igualmente, deve-se trabalhar com as situações de crianças/adolescentes em situação de rua que não façam uso de drogas. Para esses casos, intervenções que visem à construção do processo de saída da rua terão papel fundamental de prevenir situações mais complexas e o agravamento da situação de risco que já se encontrem expostas. A priorização da retomada das possibilidades de convívio familiar, ou encaminhamento para serviço de acolhimento, se for o caso, acompanhado do acesso a direitos, como educação e inclusão em serviços de convivência e fortalecimento de vínculos da PSB, impactarão de modo particularmente benéfico e preventivo. De modo geral, é importante que se busque trabalhar com intervenções precoces, uma vez que, quanto mais tempo a criança e o adolescente permanecerem nessa situação, mais complexa poderá se mostrar a reversão desse processo.

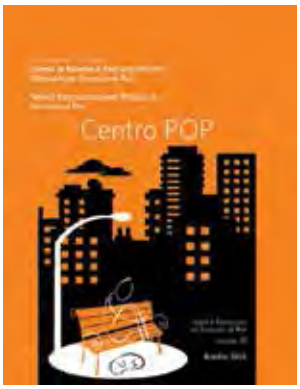
Nas situações de trabalho infantil, o Serviço Especializado em Abordagem Social deve articular-se com a coordenação ou pessoa de referência do PETI para garantir a inclusão no programa, o apoio especializado à família e a inserção das crianças/adolescentes no SCFV e/ou em outras ações socioeducativas.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

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

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

CENTRO POP: FORTALECENDO A REDE DE ATENDIMENTO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

> *"Nunca perdi a esperança de sair da rua e sonhava. Mas eram sonhos pequenos, sabe? De cortar o cabelo, tomar um banho, comer em uma mesa. Coisas que fazem a diferença entre ser humano e nada. Foi o que me salvou."*
> *(Tião Nicomedes)*[19]



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

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

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

O Centro POP representa um importante e estratégico equipamento para o atendimento socioassistencial especializado e a construção gradativa do processo de saída das ruas. A atenção ofertada visa possibilitar tanto o acesso aos espaços e recursos da Unidade (tais como: espaços para higienização e guarda de pertences) quanto ao trabalho social especializado que deve ser, concomitantemente, desenvolvido na perspectiva do acesso a direitos socioassistenciais, (re)construção de Projetos de Vida, trabalho com a autoestima e autonomia, com vista à construção gradativa do processo de saída das ruas. Nessa direção, o Centro POP deve ofertar o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua que

19 Disponível em: <diariotiao.zip.net>.

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

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

As possibilidades vislumbradas no trabalho social desenvolvido nesse Serviço podem ser reunidas no Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar, cuja construção deve acontecer de forma participativa envolvendo a equipe e os usuários. Na construção e no desenvolvimento do plano de acompanhamento deve-se identificar necessidades, demandas e potencialidades dos usuários e da rede local, na perspectiva da construção do processo de saída da situação de rua. Assim, iniciativas de outras políticas, como Trabalho e Renda e Habitação, dentre outras, deverão ser buscadas, assim como o acompanhamento conjunto com a rede de saúde, quando identificadas essas demandas.

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

Assim, o Centro POP pode incorporar atividades como oficinas de prevenção, com temas diversos (como DST e AIDS e uso/dependência de crack e outras drogas). Deve, ainda, incorporar, em sua dinâmica de funcionamento, reuniões/trabalhos conjuntos entre equipe do serviço e equipes de saúde – em especial de saúde mental – para planejamento;

encontros periódicos para discussão de caso; e até mesmo desenvolvimento de atividades conjuntas de acompanhamento das situações que exigirem a atenção compartilhada do cuidado.

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

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

Esses e outros dados apresentados nessa pesquisa indicam que possíveis intervenções junto a essa população devam ser potencializadas intersetorialmente. Tendo em vista o exposto, no Centro POP poderão vir a ser identificadas realidades nas quais a situação de rua se associe ao uso ou dependência de crack e outras drogas, as quais serão necessárias a avaliação e atendimentos pertinentes pela rede de saúde. A equipe do Centro POP, além de conhecer as ofertas na área da saúde existentes no território, deve contar com fluxos, trabalho e encaminhamento dos usuários, envolvidos com o uso de crack e outras drogas.
Particularmente em relação à situação de rua associada ao uso/dependência de drogas, o Centro POP representa uma importante retaguarda para o acompanhamento na rede de saúde, seja na realização do trabalho social com os indivíduos que permaneçam em atendimento ambulatorial, seja para aqueles, por exemplo, que se encontrem sem referência familiar e prestes a receber alta de tratamento hospitalar, momento no qual a rede de assistência social poderá também ser acionada.

Frente ao exposto, conclui-se que o trabalho conjunto entre as Políticas de Saúde e Assistência Social é fundamental para que se desenvolva um trabalho integrado, que inclua cuidados necessários no campo da saúde e o fortalecimento de aspectos/áreas da vida desses indivíduos. Essa é uma perspectiva essencial no trabalho com a questão do uso abusivo/dependência de drogas associada a situações de risco pessoal e social, cujo enfrentamento

requer a construção de novos Projetos de Vida, a interação em outros espaços e grupos de referência e o resgate/fortalecimento/construção de vínculos familiares e comunitários.

CREAS E SAÚDE MENTAL: JUNTANDO AS PONTAS NA PONTA

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

O PAEFI configura-se como serviço de apoio, orientação e acompanhamento especializado a famílias em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos.

As ações desenvolvidas por esse serviço devem buscar a promoção de acesso a direitos socioassistenciais, à rede de proteção, suporte e apoio que possam contribuir para o fortalecimento da função protetiva das famílias e o exercício de seu papel de cuidado, proteção e socialização. A reconstrução de relações familiares e a perspectiva de preservação/fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, ou construção de novas referências, devem também ser objetivadas ao longo do acompanhamento. Assim como as estratégias direcionadas à superação das situações vivenciadas que impliquem em violência/violação de direitos.

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

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

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

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

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

> É importante destacar aqui a importância da garantia de serviços que possam atuar tanto no tratamento no campo da saúde quanto no acompanhamento especializado no âmbito do SUAS, buscando fortalecer recursos e apoio para o enfrentamento da situação.

Nesses casos, é fundamental que a equipe do PAEFI realize encontros periódicos com a equipe de saúde mental para a discussão dos casos atendidos, planejamento e avaliação das intervenções, sempre tendo em vista o aprimoramento do trabalho e a qualificação do atendimento à família.

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

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

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

Quando da identificação de situações de uso abusivo/dependência de crack e outras drogas no acompanhamento pelo PAEFI, é importante que se processe o encaminhamento devido para a área da saúde e que, a partir de uma avaliação conjunta (serviço de saúde e serviço socioassistencial), defina-se sobre a continuidade do acompanhamento pelo CREAS. Se a avaliação indicar a necessidade de acompanhamento da família concomitantemente pelo PAEFI e pelo serviço de saúde, as equipes deverão reunir-se periodicamente para assegurar uma articulação das ações, que potencialize o trabalho intersetorial.

Nesses encontros poderão, por exemplo, ser discutidas as competências de cada um, limites de atuação, intervenções conjuntas e elaboração de Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar integrados. Esses encontros poderão representar, ainda, espaços estratégicos para a discussão e estudo de casos em conjunto, que contribuam para aprofundar o conhecimento compartilhado da situação e qualificar ainda mais o trabalho com a família.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) serão importantes parceiros dos CREAS para o atendimento dessas famílias/indivíduos que vivenciam situações de risco pessoal/social, por violação de direitos, e uso/dependência de crack e outras drogas. Finalmente, é importante destacar que os CREAS também representam espaços estratégicos importantes para o desenvolvimento de ações preventivas ao uso/dependência de drogas. A realização de oficinas e outras atividades incluindo as famílias, crianças, adolescentes e até mesmo a comunidade pode contribuir para o fortalecimento das estratégias preventivas nos territórios.

CREAS NA MEDIDA: SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL A ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA DE LIBERDADE ASSISTIDA (LA) E DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS À COMUNIDADE (PSC)

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

Ao desenvolver o PIA (Plano Individual de Atendimento) de cada adolescente, a equipe do serviço deverá estar atenta ao seu contexto de vida, considerando suas relações familiares, comunitárias e sociais. Nas situações em que a equipe do serviço perceber o uso ou dependência de crack e outras drogas, deverá considerar essa situação para o desenvolvimento do acompanhamento, esclarecendo o adolescente e seus familiares sobre as possibilidades de tratamento e a sua importância. Nessas situações, o acompanhamento no serviço deverá utilizar-se de estratégias para motivar e apoiar o adolescente e sua família na busca por cuidados de saúde. Ao traçar estratégias que envolvam também as famílias dos adolescentes, a equipe deverá proceder aos encaminhamentos necessários, a partir das demandas apresentadas, inclusive para serviços de saúde que possibilitem a avaliação e o tratamento do uso ou dependência de crack e outras drogas. Igualmente, deve-se avaliar se há necessidade de acompanhamento familiar especializado pelo PAEFI.

Quando houver demanda de internação para tratamento de saúde, a equipe do serviço deverá avaliar, em conjunto com a equipe de saúde, a possibilidade de continuidade do acompanhamento do adolescente em cumprimento de Liberdade Assistida (LA) pelo serviço. Os casos de internação para tratamento de saúde dos adolescentes em cumprimento de

Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) deverão ser encaminhados para avaliação da autoridade competente, tendo em vista a especificidade da Medida Socioeducativa (MSE) e a impossibilidade do seu cumprimento nesse contexto.

Nas situações em que o atendimento na saúde não indicar internação, a equipe do serviço deverá atuar em estreita articulação com a equipe de saúde que atenda ao adolescente e sua família. A elaboração de planos de atendimento integrados e a realização de intervenções conjuntas para a obtenção de melhores resultados configuram estratégias a serem consideradas pelas duas equipes. No contexto de uso ou dependência de crack e outras drogas, sempre que possível, o fortalecimento dos vínculos familiares se configurará como importante objetivo a ser perseguido pelo serviço, assim como o fortalecimento da função protetiva da família, para que esta possa dar apoio ao adolescente no enfrentamento da questão. Na mesma direção, as vinculações sociais e comunitárias devem também ser observadas e trabalhadas ao longo do acompanhamento, buscando sempre que possível inserir o adolescente em grupos e espaços de interação favoráveis ao seu desenvolvimento.

A construção de novas possibilidades de interação e vinculações sociais poderá contribuir para que o adolescente ocupe novos espaços e papéis sociais. A relevância da atuação, nessa direção, é corroborada por diversos estudos que apontam que, em alguns contextos, pode haver relação do ato infracional e do uso de drogas na adolescência com o contexto de interação grupal no qual o adolescente está inserido.

As ações desenvolvidas ao longo do cumprimento da MSE, de caráter individual ou coletivo, poderão ser planejadas estrategicamente para maior interação do adolescente com o seu contexto social, contribuindo para o acesso a direitos, novas vivências e oportunidades; para a capacidade de reflexão sobre suas ações; e para a (re)construção de projetos, sem perder de vista, contudo, a perspectiva da sua conscientização frente ao ato infracional praticado. Finalmente, cabe destacar que, no contexto do acompanhamento da MSE, será possível buscar oportunizar o desenvolvimento de ações preventivas ao uso ou dependência de drogas, que envolvam a participação protagonista dos adolescentes. Essas estratégias são particularmente importantes no trabalho com adolescentes, que constituem público particularmente vulnerável ao consumo de drogas.

SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO

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

diversidades de ciclos de vida, arranjos familiares, raça/etnia, religião, gênero e orientação sexual. Os serviços de acolhimento do SUAS devem atuar de forma articulada com as demais políticas públicas e serviços da rede, de forma a realizar ações complementares, evitando sobreposições. Os Serviços de Acolhimento do SUAS não devem ser confundidos com instituições da rede de saúde destinadas à internação para tratamento da dependência de crack e outras drogas.

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

Ao ingressar nos serviços de acolhimento do SUAS, o indivíduo deve ser acolhido em serviços adequados às suas necessidades e especificidades, e ter possibilidades de interagir e compreender a dinâmica estabelecida nesse contexto, bem como de participar das definições e decisões relativas a encaminhamentos que possam repercutir sobre sua trajetória de vida. Desde o momento inicial da acolhida no serviço – que deve ser o mais acolhedor possível – a equipe técnica deve iniciar o investimento junto às possibilidades de retorno familiar. Ao longo de todo o período de acolhimento deve-se buscar, ainda, o fortalecimento da autonomia, o desenvolvimento de potencialidades, a garantia de acesso à rede de proteção social e à reinserção social.

Nas situações em que o indivíduo/família já for usuário(a) do serviço de acolhimento, e ao longo desse atendimento, for observado o uso dependência de crack e outras drogas, a equipe do serviço deverá buscar a sensibilização para a realização de um trabalho articulado, conjunto e/ou complementar e, conforme avaliação técnica, o encaminhamento a um

serviço de saúde adequado ao seu tratamento. Nesses casos, a equipe do serviço socioassistencial deve planejar o desligamento da pessoa dependente de forma qualificada, com o cuidado de não revitimizar o usuário do serviço. Deve realizar, ainda, a supervisão do período de permanência do dependente na unidade de saúde, tendo em vista a reintegração familiar e comunitária na sua impossibilidade, o seu retorno ao serviço de PSE de Alta Complexidade. Nesses casos, a escuta profissional deve ser qualificada, principalmente em relação à (res)significação do uso de drogas e ao afastamento do convívio familiar e comunitário. Além disso, será necessário buscar resgatar e reconstruir com o indivíduo/família sua rede de relacionamentos familiares e sociais e vínculos institucionais adquiridos durante a vida, na tentativa de fortalecer suportes e apoios e prevenir episódios e situações críticas.

Importante lembrar:

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

Atividades

REFLEXÃO

Qual a importância da Política de Assistência Social no enfrentamento dos problemas decorrentes do uso do crack e outras drogas?

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. **Assinale a alternativa que NÃO corresponde as características do Sistema Único de Assistência Social – SUAS:**
   a) Centralidade no atendimento à família.
   b) Controle social exercido pelos Conselhos de Assistência Social.
   c) Gestão dos programas e serviços através de ONGs com a coordenação do governo federal.
   d) Planejamento, monitoramento e avaliação por meio de sistemas de informações.

2. **Qual alternativa abaixo NÃO contém princípios da Proteção Social de Assistência Social?**
   a) Matricialidade da família e territorialização.
   b) Apoio prioritário aos serviços sociais sem fins lucrativos.
   c) Garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.
   d) Promoção da integração ao mercado de trabalho.

3. Identifique as questões que só contenham Serviços de Alta Complexidade, segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS nº 109/2009)

a) Casa de Passagem, Comunidade Terapêutica.
b) Casa Lar, Serviço de Acolhimento Família Acolhedora.
c) Serviço de acolhimento em república, CAPS-AD III.
d) Residência Terapêutica, abrigo institucional.

4. No âmbito do SUAS, a Proteção Especial destina-se:

a) Às famílias e ao indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos.
b) Apenas às famílias vítimas de calamidades públicas.
c) Apenas às famílias de adolescentes que cumprem medidas socioeducativas.
d) Apenas às famílias com pessoas idosas ou com pessoas com deficiência.

Bibliografia

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

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

_____. Norma Operacional Básica (NOB/SUAS). Resolução nº 130, de 15 de julho de 2005. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Conselho Nacional de Assistência Social, 2005a.

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

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

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

_____. Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Conselho Nacional de Assistência Social/Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2009c.

_____. Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008.

_____. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2005. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Conselho Nacional de Assistência Social, 2005b.

_____. Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no Âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Resolução nº 07, de 10 de setembro de 2009. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Comissão Intergestores Tripartite, 2009a.

_____. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/ Conselho Nacional de Assistência Social, 2009b.

GABBARD, G.O. *Psiquiatria psicodinâmica*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. *Rev. APS*, v. 12, n. 2, p. 204-13, abr.-jun. 2009.

MINAYO, M.C.D.S.; DESLANDES, S.F.A. Complexidade da relação entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública*, 1998;14(1):35-42.

NOTO, A.R.; GALDURÓZ, J.C.F.; NAPPO, S.A.; FONSECA, A.M.; CARLINI, C.M.A.; MOURA, Y.G.; CARLINI, E.A. *Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/SENAD, 2004. v.1. 246 p.

Capítulo

2

Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social

TÓPICOS

- ✓ Há algo diferente? Fique atento!
- ✓ Sinais indiretos
- ✓ O que fazer?
- ✓ Reinserção social
- ✓ Projeto de Vida
- ✓ Desenho do Projeto de Vida
- ✓ Atividades
- ✓ Bibliografia

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Há algo diferente? Fique atento!

A Avaliação Social em pessoas com dependência de álcool e outras drogas é, na maioria das vezes, a porta de entrada do dependente para o tratamento, uma vez que o problema com o álcool e outras drogas é trazido, em geral, num contexto que envolve outras dificuldades e as exceções são aqueles que procuram ou são levados diretamente a um serviço médico.

Em geral, o abuso e a dependência de álcool e outras drogas são camuflados pelas dificuldades sociais, cuja natureza é muitas vezes vista pela sociedade como **problemas de comportamento** ou de "**destino**" do usuário.

Como o processo de abuso ou o estabelecimento da dependência não ocorre da noite para o dia, é natural que, a princípio, não se perceba nada de "anormal" no comportamento do usuário. Pais, empregadores, colegas, cônjuges etc., encaram com naturalidade certos episódios de "esquisitices".

Com o passar do tempo, observando o comportamento da pessoa, nota-se que as "esquisitices", as variações de humor e as atitudes diferentes passam a ocorrer com maior frequência e as pessoas mais próximas percebem que algo errado está acontecendo, porém não conseguem explicar.

O que sentem é que aquele indivíduo está passando por uma "transformação".

Sinais indiretos

Problemas de toda ordem começam a aparecer:

- ✓ Dificuldade de relacionamento dos filhos com os pais e diminuição do desempenho nos estudos;
- ✓ A esposa já não reconhece naquele homem, com quem partilha a vida há anos, a pessoa com quem se casou;
- ✓ O chefe busca com afinco as razões para as ausências e o "desleixo" por parte daquele empregado, até pouco tempo competente e responsável.

Inúmeras explicações são utilizadas para compreender o que se passa. Porém, dificilmente tais alterações são percebidas como relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, ou então essa relação, embora identificada, é diminuída pela utilização de mecanismos de defesa.

O que fazer?

A evolução do quadro do usuário e sua visível deterioração pessoal fazem com que as pessoas próximas fiquem ansiosas quanto à necessidade de fazer alguma coisa. Desorientadas, experimentam sentimentos ambivalentes, que se traduzem em ações contraditórias de proteção e de exclusão do usuário. Esse é o quadro que o profissional pode encontrar ao receber para atendimento um usuário abusivo ou dependente de álcool e outras drogas. Além do diagnóstico médico, é fundamental considerar o paciente não apenas como um ser biológico, mas eminentemente um ser social, cuja rede de interação e relações pode ter sido intensamente prejudicada no período de abuso/dependência de álcool e outra drogas.

1º PASSO

Acolhimento

Esse é o primeiro momento da Avaliação Social.

É quando o profissional conclui que o trabalho a ser feito **"é difícil, mas é possível"** (diferente de **"é possível, mas é difícil")**. Esse indivíduo deve, no primeiro atendimento, sentir-se acolhido pelo profissional, que ali representa a alternativa real de mudança na sua vida. O profissional, então, deve assumir uma **postura que transmita esperança, sem soluções mágicas**. A possibilidade de estabelecer uma parceria para o trabalho de recuperação do paciente deve ser uma constante.

2º PASSO

História de vida

Na sequência, o profissional deve, em conjunto com o paciente, mapear a vida dele em cinco aspectos fundamentais:

a. Vida pessoal e familiar;
b. Vida funcional;
c. Vida econômico-financeira;
d. Vida sociocomunitária;
e. Vida espiritual.

a. **Vida pessoal e familiar:** Uma história elaborada a partir da coleta de dados sobre a família de origem, a sua vida passada, a formação ou a dissolução da família atual; a dinâmica do relacionamento, o desempenho dos papéis familiares; o relacionamento com álcool e outras drogas por outros membros da família.

b. **Vida funcional:** Uma análise feita de acordo com a condição do paciente. Se ele está desempregado ou não tem qualquer grau de profissionalização, deve-se pesquisar a escolaridade, os interesses, as habilidades e os conhecimentos práticos. Experiências de trabalhos formais e informais já realizados por ele, mesmo que há muito tempo, podem trazer à tona suas potencialidades e talentos adormecidos. Se o paciente possui um trabalho regular, é fundamental conhecer a sua visão sobre o trabalho que faz e a empresa, o seu grau de motivação para aquele trabalho, a responsabilidade com que o faz; a sua visão sobre seu relacionamento com os colegas, chefias ou subordinados; o seu índice de absenteísmo (faltas) e o seu comportamento frente à segurança no trabalho, incluindo o número de acidentes sofridos ou causados (principalmente aqueles que ocorreram sob o efeito de álcool ou outras drogas).

c. **Vida econômico-financeira:** Levantamento criterioso das condições financeiras e econômicas do paciente. Se ele possui bens compatíveis com aquilo que ele ganha; se possui dívidas e, nesse caso, como foram contraídas; o uso ou o destino que dá ao dinheiro, independentemente do quanto ganha ou possui. Para aqueles em estado de carência, é importante investigar se no passado apresentavam condições econômico-financeiras diferentes.

d. **Vida sociocomunitária:** Uma análise do grau de alteração no relacionamento com amigos antigos, especialmente com aqueles que também são amigos de outros membros da família; se houve alteração no relacionamento com vizinhos ou mudança de endereço por problemas com a vizinhança; se participa de atividades na comunidade, como associação de moradores, de pais e mestres ou outras associações culturais e de lazer; se teve ou tem algum envolvimento com a polícia ou a justiça, e se isso está relacionado ao uso de drogas.

e. **Vida espiritual:** Identificação da orientação espiritual do paciente, independentemente de religião ou credo, de suas crenças, sonhos e propósitos de vida.

IMPORTANTE!
As informações de terceiros, como familiares, empregador, amigos etc., podem ser necessárias e úteis, desde que levadas ao conhecimento do paciente. Mas lembre-se que ***conhecimento*** *não é sinônimo de* ***consentimento****. O profissional deverá ter sensibilidade e habilidade para utilizar a melhor forma de dizer ao paciente que buscou ou recebeu outras informações, além daquelas que ele lhe forneceu.*

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Resumindo...

A Avaliação Social, além de mapear as reais condições sociais do paciente e fornecer elementos para o plano de tratamento, é também o primeiro passo para a sua reinserção social, pois levanta potencialidades, interesses e expectativas que poderão ser trabalhadas no tratamento e transformadas em ações gradativas, dependendo do estágio de recuperação.

Modelo de avaliação social

- ✓ Vida Pessoal e Familiar
  - ◦ Vida pregressa;
  - ◦ Relacionamento familiar;
  - ◦ Papéis familiares;
  - ◦ Relacionamento com álcool e outras drogas.
- ✓ Vida Funcional
  - ◦ Motivação para o trabalho;
  - ◦ Responsabilidade;
  - ◦ Produtividade;
  - ◦ Absenteísmo, ou seja, faltas ao trabalho;
  - ◦ Relacionamento interpessoal;
  - ◦ Segurança.
- ✓ Vida Econômico-Financeira
  - ◦ Situação financeira e econômica;
  - ◦ Uso do dinheiro.
- ✓ Vida Sociocomunitária
  - ◦ Relacionamento com amigos comuns à família;
  - ◦ Relacionamento com vizinhos;
  - ◦ Atividades na comunidade;
  - ◦ Envolvimento com justiça e a polícia.

- ✓ Vida Espiritual
  - Orientação espiritual;
  - Crenças;
  - Sonhos;
  - Propósitos de vida.

- ✓ A Avaliação Social é a leitura técnica e objetiva dos aspectos sociais envolvidos na relação do usuário com a droga;
- ✓ Pressupõe uma impressão diagnóstica, isenta de opinião pessoal por parte do profissional;
- ✓ Acompanha todo o processo terapêutico sugerindo, caso haja necessidade, o redirecionamento de ações;
- ✓ Dá início ao processo de reinserção social.

Reinserção social

"Diz-se que, mesmo depois de um rio cair no oceano, treme de medo. Olhar para trás, para toda jornada, os cumes, as montanhas, o longo caminho sinuoso através das florestas, através dos povoados, e vê a sua frente um oceano tão vasto que entrar nele nada mais é do que desaparecer para sempre. Mas não há outra maneira. O rio não pode voltar, nem você pode voltar. Voltar é impossível na existência: você pode apenas ir em frente.

O rio precisa se arriscar e entrar no oceano. E, somente quando ele entra no oceano, o medo desaparece, porque o rio saberá que não se trata de desaparecer no oceano. Por um lado é desaparecimento, mas por outro lado é uma tremenda ressurreição."

(Autor anônimo)

Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Para entender o processo de reinserção ou reintegração social é necessário retomar o conceito de exclusão, definido como "o ato pelo qual alguém é privado ou excluído de determinadas funções" (HOLANDA, 1986).

A exclusão social implica uma dinâmica de privação, por falta de acesso aos sistemas sociais básicos, como família, moradia, trabalho formal ou informal, saúde, entre outros. Ela é um processo imposto à vida do indivíduo, que estabelece uma relação de risco com algum tipo de droga. A fronteira para a exclusão é delimitada pelo início dos problemas sociais.

A **reinserção social** assume o caráter de **reconstrução** e seu objetivo é a capacitação do paciente para exercer em plenitude seu direito à cidadania. O exercício da cidadania para o paciente significa o estabelecimento ou resgate de uma rede social inexistente ou comprometida pelo abuso ou dependência do álcool e/ou outras drogas. Nesse cenário, ajudar o paciente a permanecer abstinente ou alterar o seu padrão de consumo deixa de ser o objetivo principal do tratamento. Assim como as técnicas de prevenção à recaída representaram, nos últimos anos, grande avanço no tratamento do paciente, a sua reinserção social torna-se, neste milênio, o grande desafio para o profissional que se dedica à área de dependências químicas.

*"Viver longe da droga não é o suficiente. **É preciso redescobrir o gosto e o sentido da vida.**"*

O processo de reinserção começa com a Avaliação Social, momento em que o profissional mapeia a vida do paciente em aspectos significativos, que darão suporte ao seu novo Projeto de Vida, desenhado a partir das suas características pessoais e da etapa do tratamento em que se encontra. Ao entrar em abstinência ou alterar o padrão de consumo, pelo tratamento (independentemente da sua modalidade), o paciente é exposto às demandas do mundo externo com todas as suas contradições. Sentimentos de rejeição, insegurança, culpa, incapacidade, entre outros, irão colocá-lo em frequentes situações de risco.

Por isso, já no primeiro contato, o profissional deverá assumir uma postura de **acolhimento do paciente**, na qual a atitude solidária e a crença na capacidade dele para construir e/ou restabelecer sua rede social irão determinar a construção de um vínculo positivo entre profissional e paciente. É uma parceria, na qual a porta para a ajuda estará sempre aberta, desde que o trânsito seja "de mão dupla".

Assim, o profissional e o paciente devem entender a reinserção social como um processo longo e gradativo que leva, inicialmente, à superação dos próprios preconceitos, nem sempre aparentes, como a visão de que o paciente é um "coitado" ou uma "vítima".

Os assuntos individuais e sociais de maior importância devem ser discutidos abertamente, com o objetivo de estimular uma consciência social e humana mais participativa. É nessas discussões que se percebe a energia vital manifestada, de forma quase milagrosa.

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Projeto de Vida

O **Projeto de Vida** deve considerar, principalmente, o que o paciente espera conseguir e suas possibilidades reais, dando grande importância às suas escolhas pessoais, à sua responsabilidade pelas decisões e aos comportamentos futuros. O **Projeto de Vida** deve ser personalizado, isto é, único para cada paciente, e respeitar a etapa do tratamento em que ele se encontra, lembrando que uma ou mais revisões do Projeto de Vida poderão ocorrer, dependendo da evolução do processo terapêutico.

PREMISSAS DO PROJETO DE VIDA

- ✓ **Continuidade do Tratamento:** O paciente deve estar convencido de que seu tratamento não termina com a abstinência ou a alteração dos seus padrões de consumo. A continuidade do tratamento (qualquer que seja) é um espaço para a obtenção de suporte para lidar com as situações de risco.
- ✓ **Mudança do Estilo de Vida:** É essencial a disponibilidade e a motivação do paciente para a mudança do seu estilo de vida, que envolve principalmente a reformulação de hábitos e valores adquiridos no período de ingestão de álcool e outras drogas. O ingresso em Grupo de Ajuda Mútua e/ou grupo de apoio no local de trabalho é de grande valia e pode funcionar como fator de proteção.
- ✓ **Metas Atingíveis:** O estabelecimento das metas do projeto deverá ser feito após uma leitura realista e objetiva das questões trazidas à discussão. É prudente começar com metas modestas, cujo alcance irá fortalecer a autoestima do paciente e a crença na sua capacidade de construção de uma nova realidade, na qual cada passo deve ser valorizado e cada tropeço analisado cuidadosamente.
- ✓ **Estabelecimento e/ou Resgate de Rede Social:** O abuso e a dependência do álcool e outras drogas expõem o paciente a rupturas progressivas com a família, os amigos, o trabalho, a escola e a comunidade. É preciso resgatar e/ou estabelecer novas redes de socialização. O profissional e o paciente devem investir conjuntamente na busca e na valorização de elementos que possam compor a **rede de apoio** para o processo de reinserção. Esses elementos podem ser: pessoas, instituições públicas ou privadas, e outras organizações sociais, que possam oferecer apoio nas situações de risco.

Desenho do Projeto de Vida

A elaboração do projeto de vida implica no estabelecimento de ações contínuas que interligam, de forma harmônica, os aspectos necessários ao estabelecimento ou ao resgate da rede social do paciente.

Para um melhor entendimento, demonstramos a seguir, em forma de diagrama, essa inter-relação:

Não existe aspecto da vida do paciente que tenha maior ou menor importância. O que ocorre é que, em determinado momento, algum aspecto pode estar precisando de uma atenção ou ação mais específica, daí a ideia da inter-relação harmônica. Por exemplo: um paciente que está em processo de separação judicial irá necessitar de maior reforço nos vínculos com outros familiares, como pais, irmãos, filhos etc.

ASPECTOS FAMILIARES

É na **família** que o indivíduo aprende a se relacionar com o mundo. Esse aprendizado, mesmo comprometido pelo abuso ou dependência de álcool e outras drogas, impõe-se ao paciente como referencial de comportamento e atitude diante da vida.

Em geral, a família do paciente que faz uso abusivo ou é dependente de álcool e outras drogas é uma família em crise e em sofrimento, cuja resolução vai depender da disponibilidade de seus componentes para aceitar um processo de mudança. Tal como o paciente, a família pode aprender novas maneiras de viver, abandonando comportamentos negativos e assumindo comportamentos positivos em relação a si e ao paciente. Você verá mais adiante como a família pode colaborar no processo de recuperação do paciente.

Veja no quadro a seguir alguns comportamentos positivos e negativos que a família pode ter em relação ao paciente:

Comportamentos negativos

- ✓ **Vigilância:** Perseguir para vigiar o paciente;
- ✓ **Agravamento:** Dramatizar situações de risco, lapsos e recaída, vividos pelo paciente;
- ✓ **Culpa:** Reprovar e recriminar as atitudes e as iniciativas do paciente;
- ✓ **Indiferença:** Colocar-se como vítima do paciente ou do seu problema;
- ✓ **Vitimização:** Fazer de si própria uma vítima do paciente ou do seu problema;
- ✓ **Passividade:** Submeter-se a chantagens ou ameaças do paciente.

Comportamentos positivos

- ✓ **Reconhecimento:** Valorizar pequenas conquistas;
- ✓ **Disponibilidade:** Mostrar solidariedade e comprometimento com o processo de recuperação;
- ✓ **Diálogo:** Ouvir, discutir e refletir em conjunto com o paciente;
- ✓ **Acolhimento:** Demonstrar afeto e compreensão pelo paciente e pela sua situação;
- ✓ **Inexistência de soluções mágicas:** Conscientizar-se de que a recuperação é um processo longo e gradativo;
- ✓ **Limites:** Impor um mínimo de regras ou disciplinas.

A adoção de uma postura adequada pela família favorece o restabelecimento de uma relação de confiança com o paciente, possibilitando-lhe a retomada dos papéis familiares, fortalecendo-lhe a autoestima e incentivando-o a lançar-se a novos desafios. Para alguns pacientes, a participação conjunta em grupos de autoajuda ou associações e projetos comunitários é uma boa ferramenta de reinserção no ambiente familiar e funcional.

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

ASPECTOS PROFISSIONAIS

Culturalmente, o "valor" de uma pessoa ou a sua dignidade está diretamente ligado à sua capacidade de produção. Desenvolver uma atividade formal ou informal é, para o paciente que faz uso abusivo ou é dependente de álcool ou outras drogas, quase tão importante quanto a manutenção da abstinência ou a alteração dos padrões de consumo. A discriminação quanto à sua capacidade de estar apto ao trabalho faz com que ele experimente sentimentos ambivalentes de fracasso e de sucesso. A revisão de função ou de atividades desenvolvidas pelo paciente poderá ser necessária ou sugerida pela empresa. Nesse caso, o paciente deverá ser preparado para entender a nova realidade, na qual a percepção sobre os riscos da função é utilizada no balanço das razões para a determinação da mudança. Essa mudança deve ser vista, pelo paciente, como um passo adiante na manutenção de sua abstinência ou alteração de padrão de consumo e na renovação do seu compromisso com melhorias em sua qualidade de vida pretendida. Como exemplo, pode-se analisar a situação de um motorista que, após o internamento, retorna ao trabalho exercendo atividades internas em serviços administrativos.

Essa alteração na condição do paciente deve considerar que:

- ✓ Ele deve ser fortemente estimulado à participação em grupo de apoio e ao resgate dos amigos;
- ✓ A indicação de voltar aos estudos ou frequentar cursos profissionalizantes e de aprimoramento também favorece a sua socialização e reinserção, melhorando sua chance de conseguir um emprego, ou se manter nele.

Para pacientes desempregados e/ou desprovidos de qualificação profissional, é necessária uma cuidadosa avaliação de potencialidades, escolaridade e habilidades. Aliada às expectativas do paciente, a Avaliação vai permitir um "retrato" de sua condição e o traçado de metas atingíveis, observando que:

- ✓ Trabalhos temporários e informais, assim como a baixa remuneração, não devem ser vistos como fracasso, mas como uma conquista a ser valorizada;
- ✓ A inscrição do trabalhador em programas sociais do governo poderá ser a porta de acesso a outros benefícios, como melhoria da escolaridade e da qualificação profissional;

- ✓ Programas de voluntariado também são recomendados como forma de socialização e de exercício da solidariedade e da cidadania.

ASPECTOS ECONÔMICO-FINANCEIROS

É provável que, durante os anos de uso de álcool e outras drogas, haja perdas financeiras. Portanto, seria simplista pensar que a reinserção social do paciente não implique numa recuperação dessas perdas. O primeiro ponto, nesse aspecto, é não lamentar o que foi perdido. É preciso levantar criteriosamente a condição do momento. Listar as dívidas e definir uma programação para saldá-las, ou ao menos renegociá-las, alivia a ansiedade do paciente e o coloca diante da responsabilidade de planejar o futuro. O uso e o destino a ser dado ao dinheiro devem ser orientados pelas prioridades do paciente, de acordo com as necessidades reais e os recursos disponíveis.

SAIBA QUE:
A participação da família, conjunta e ativamente, é importante em todo o processo de recuperação econômico-financeira.

ASPECTOS COMUNITÁRIOS

Em qualquer fase do desenvolvimento do ser humano, o reconhecimento social e a influência dos grupos a que pertence são fundamentais para a manutenção do sentimento de pertencimento e de valorização pessoal. No período de uso da droga, o paciente sofre uma gradativa deterioração pessoal, com o empobrecimento dos relacionamentos sociais. Sentimentos de rejeição, autodepreciação, insegurança, entre outros, o afastam do convívio social. A possibilidade de perda do emprego, da família ou problemas com a polícia e a justiça o colocam num impasse. Com a abstinência ou a mudança do padrão de uso, o paciente se vê diante do desafio de resgatar os relacionamentos desgastado e até mesmo destruídos. A participação na comunidade oferece-lhe uma oportunidade para reescrever a própria história, para começar a reparar os possíveis danos causados a si próprio ou a outras pessoas. A busca de ajuda para prováveis problemas judiciais e a reaproximação de antigos amigos podem impulsioná-lo a retomar o gosto pelo lazer e pelas atividades culturais, desprezadas até então.

ASPECTOS ESPIRITUAIS

Independentemente da formação ou orientação religiosa, é importante que o paciente recupere e mantenha a crença na sua própria capacidade de realização. Nesse sentido, a fé poderá ajudá-lo a enxergar um horizonte de possibilidades, no qual os sonhos se transformam no projeto de uma nova vida.

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

ASPECTOS MÉDICOS E PSICOLÓGICOS

É importante reforçar a necessidade dos cuidados com a saúde física e psicológica do paciente. O acompanhamento sistemático lhe dará suporte na remoção de barreiras para a recuperação e reinserção social.

Observações importantes para o profissional

A reinserção social do dependente de álcool e outras drogas deve ser pensada, planejada e orientada por toda a equipe. A multidisciplinaridade alarga o horizonte de possibilidades e permite ao paciente leituras específicas para cada nova situação que se apresente. Portanto, vale lembrar que o paciente em tratamento não é "propriedade" de um único profissional.

O conhecimento dos recursos da comunidade é o maior aliado do profissional. A identificação, a análise e a eleição do recurso adequado aumentam as chances de o paciente ter acesso e se beneficiar do melhor recurso. Conhecer pessoalmente os recursos para os quais vai encaminhar o paciente pode ser o primeiro passo para o estabelecimento de uma produtiva parceria entre a instituição de tratamento e o recurso comunitário.

A disponibilidade do profissional para aceitar os "tropeços" do processo irá permitir-lhe avaliar claramente os próprios sentimentos e expectativas e ajudá-lo a compreender e a lidar com a possível necessidade de revisão e redirecionamento de ações.

Atividades

REFLEXÃO

Cite e explique 3 aspectos da vida do paciente que devem ser mapeados pelo profissional de saúde.

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. Assinale a alternativa CORRETA sobre a avaliação social de vida do paciente:

a) Não deve abordar a vida pregressa do paciente.
b) Informações sobre o paciente podem ser coletadas através de terceiros.
c) Deve assumir um caráter realista, mas com ênfase na certeza de que o tratamento trará bons resultados.
d) Deve valorizar mais as opiniões pessoais do profissional.

2. Sobre a reinserção social, é CORRETO afirmar que:

a) Tem como meta que o paciente se mantenha em abstinência do uso da substância.
b) Não visa à capacitação do paciente para exercer sua cidadania.
c) Demanda do paciente uma postura ativa em sua reinserção, trabalhando em conjunto com o profissional.
d) Deve ser uma etapa independente da avaliação social, evitando utilizar informações previamente coletadas.

3. A elaboração do Projeto de Vida é um processo que:

a) Envolve somente aspectos médicos e psicológicos.

b) Depende unicamente da disposição do paciente em executar as orientações dos profissionais.

c) Abrange apenas os aspectos relacionados ao trabalho, devendo estes ser privilegiados durante todo o processo.

d) Não deve ser traçado de maneira rígida, mas de maneira harmoniosa e adaptado à avaliação social do paciente.

4. Em relação à participação da família do paciente, é CORRETO afirmar que:

a) Sempre é positiva, favorecendo a evolução do tratamento do paciente.

b) Também é positiva quando impõe limites e regras mínimas e claras a serem cumpridas.

c) Deve vigiar as atitudes e comportamentos do paciente e, sempre que necessário, reprovar seus comportamentos negativos ou indesejados.

d) Não afeta o processo de tratamento do paciente, uma vez que somente ele consegue modificar sua situação atual em relação ao uso de substâncias.

Bibliografia

ANDRADE, A.G.; NISCATRL, S.; TONGUE, E. *Drogas*: atualizações em prevenção e tratamento – Curso de treinamento em drogas para países africanos de língua portuguesa. São Paulo: Lemos, 1993.

BARNES, J.A. Redes sociais e processo político. In: FELDMAN-BIANCO, B. (Org.). *Antropologia das sociedades contemporâneas*. São Paulo: Global, 1987. p. 159-94.

BENJAMIN, A. *A entrevista de ajuda*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

BERTOLOTE, J. M. *Glossário de álcool e drogas*. Brasília: SENAD, 2004.

_____. *Glossário de termos de psiquiatria e saúde mental da CID-10 e seus derivados*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BRASIL. *Estudo qualitativo*: as redes sociais e as representações de risco entre usuários de drogas injetáveis. Série Avaliação – Projeto Ajude Brasil. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/avaliacao6/ ajude_71.htm>.

CENTRO ITALIANO DE SOLITARIETÀ. Scuola di formazione “Casa del sole”. *Progetto Uomo*. Roma: Castel Gandolfo, 1988. v. 1,2 e 3.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO – CREMESP; ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA – AMP. *Usuários de substâncias psicoativas*: abordagem, diagnóstico e tratamento. São Paulo: CREMESP/AMB, 2002.

_____; _____. *Usuários de substâncias psicoativas*: abordagem, diagnóstico e tratamento. 2. ed. São Paulo: CREMESP/AMB, 2002.

DUARTE, P.C.A.V. Avaliação social. In: *Curso Nacional de Aprendizado à Distância – Aspectos básicos no tratamento da dependência química*. Brasília: SENAD; São Paulo: USP, 2002.

_____. Reinserção social. In: *Curso Nacional de Aprendizado à Distância – Aspectos básicos no Tratamento das dependências químicas*. Brasília: SENAD; São Paulo: USP, 2002.

EDWARDS, G.; LADER, M. *A natureza da dependência de drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

FALEIROS, V.P. *Estratégias em serviço social*. São Paulo: Cortez, 2001.

FERREIRA, A.B.H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa/Dictionaries news of the Portuguese Language*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

HAMILTON, G. *Teoría y práctica del trabajo social de casos*. Ciudad de México: La Prensa Médica Mexicana, 1974.

HOLANDA, A.B. *Dicionário da Língua Portuguesa*. São Paulo: Atlas, 1986.

MARLATT, G.A.; GORDON, J.R. *Prevenção da recaída*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

McCONNEL, P. *A workbook for healing*: adult children of alcoholics. New York: Harper & Row, 1992.

MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. *Entrevista motivacional*: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

MIRANDA, C.F.; MIRANDA, M.L. *Construindo a relação de ajuda*. Belo Horizonte: Crescer, 1983.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Redes locales frente a la violencia familiar. Serie Violencia Intrafamiliar y Salud. Documento de Análisis nº 2. La asociación de solidaridad para países emergentes. Lima: OPAS, 1999.

PITTA, A. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SARACENO, B. *Reabilitação psicossocial*: uma estratégia para a passagem do milênio. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13-18.

SLUZKI, C.E. *A rede social na prática sistêmica. Alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

VAISSMAN, M. *Alcoolismo no trabalho*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

Capítulo
2

Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Capítulo

3

A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas: o papel dos pais e dos cônjuges

TÓPICOS

- ✓ O que é a "família"?
- ✓ O papel dos pais e dos cônjuges na prevenção e no tratamento de drogas
- ✓ Fatores de risco e proteção na família
- ✓ A participação da família no tratamento da dependência de álcool e outras drogas
- ✓ Atividades
- ✓ Bibliografia

A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas: o papel dos pais e dos cônjuges

Eroy Aparecida da Silva

A presença da droga na sociedade exige investimento em programas de prevenção e de tratamento. Esse assunto provoca reações variáveis: desde os temores de pais de crianças e jovens que nunca fizeram uso de álcool e outras drogas, de que seus filhos venham a usá- las, até sentimentos de raiva e impotência nas famílias que já convivem com o abuso ou a dependência. O objetivo deste Capítulo é definir o conceito de **família** e analisar sua participação, tanto na **prevenção** do uso de álcool e outras drogas como no **tratamento** da sua dependência.

O que é a "família"?

A família é a referência básica na formação de uma pessoa. Em seu interior, ocorrem as primeiras experiências de vínculos e ela tem sido objeto de estudo de várias áreas do conhecimento.

Na família as pessoas desempenham "papéis familiares", isto é, existem "lugares" que cada pessoa ocupa dentro da família. Há necessidade de duas ou mais pessoas para que esses papéis possam ser "postos em prática" e sirvam de referência na construção de modelos de identificação e socialização de um indivíduo. Isso ocorre com a formação de uma família composta inicialmente pelos cônjuges e depois na relação destes com os filhos e o contexto social (ARAÚJO, 1999; OAKLANDER, 1980; PEDROSA, 2004). Veja algumas definições de família:

> *"A família é um **sistema**[1] semiaberto, com regras, costumes e crenças, em constante troca com o meio social. Assim, a família transforma e é transformada pelo ambiente. Isto é, o que acontece com um membro da família afeta a todos os demais; assim como o que ocorre na família influencia todos os seus membros."*
> *(MINUCHIN, 1997; ANDOLFI; ANGELO, 1988)*

> *"A família é um organismo vivo com leis próprias de funcionamento."*
> *(BATESON, 1976)*

1 *Sistema: elementos de um todo, que se inter-relacionam, funcionando de maneira integrada. Não existe hoje, no Brasil, um modelo único e geral de família.*

A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas: o papel dos pais e dos cônjuges

Eroy Aparecida da Silva

Família é um grupo de pessoas que convivem sob o mesmo teto, desempenhando uma série de papéis relacionados aos processos de aprendizagens, integrando aspectos emocionais, cognitivos, sociais e culturais.
(KALINA, 1991)

A família brasileira enfrenta atualmente um processo de transformações em seu modelo de organização nuclear tradicional (pai, mãe e filhos vivendo sob o mesmo teto).
A inserção da mulher no mercado de trabalho, a ampliação do papel paterno, para além das tarefas de provedor, e o fato de existirem mulheres sozinhas cuidando da família são alguns dos inúmeros aspectos que têm contribuído para essas mudanças.
As modificações, pelas quais passam as famílias, estão diretamente relacionadas às da sociedade.
Essas mudanças provocaram muitos desafios: lidar com as ansiedades e temores frente à violência urbana, o desemprego, a sobrecarga de trabalho, a globalização, as doenças sexualmente transmissíveis, a violência doméstica e o abuso de drogas lícitas e ilícitas.
(SILVA, 2001)

Não se esqueça de que as estratégias de prevenção em relação ao papel da família devem estar vinculadas a outras ações conjuntas da escola e da comunidade como um todo.

Como a família constitui uma das principais fontes formadoras de comportamentos e de crenças sobre saúde, tanto a prevenção ao uso de álcool e outras drogas como os tratamentos devem incluir a sua participação.
(OLIVEIRA, 2001)

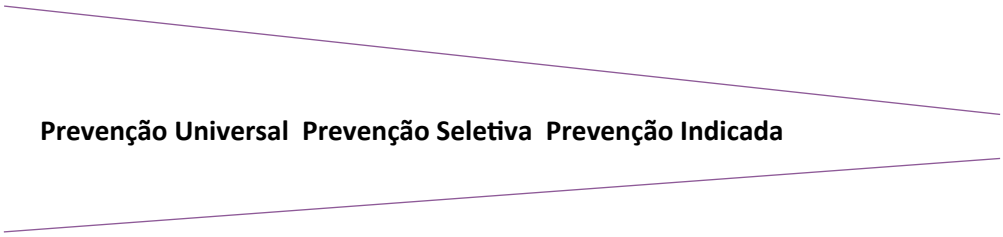
Eroy Aparecida da Silva

O papel dos pais e dos cônjuges na prevenção e no tratamento de drogas

Mas afinal, o que é PREVENÇÃO?

É grande o número de estudos sobre a prevenção ao uso abusivo de drogas. Alguns utilizam como base os níveis **clássicos** de prevenção: primária, secundária e terciária.

Recentemente, a prevenção tem sido vista como um *continuum*, de um tipo mais geral para um mais específico:



- ✓ **Prevenção Universal:** Está dirigida à população em geral (comunidade nacional ou local). O trabalho é feito por mensagens e programas cujos objetivos são prevenir ou retardar o uso nocivo de álcool, tabaco e outras drogas;
- ✓ **Prevenção Seletiva:** Está dirigida a subgrupos específicos, ou seja, população de risco de uso de álcool e outras drogas, como: filhos de dependentes, adolescentes em conflito com a lei, jovens que abandonaram a escola etc.;
- ✓ **Prevenção Indicada:** A importância do envolvimento do sistema familiar nas práticas preventivas em relação ao uso de álcool e outras drogas tem sido destacada desde a década de 60. A família deve ser orientada, motivada e informada para participar deste *continuum* de prevenção nos vários locais: comunidade, escola, centros de saúde etc. (NIDA, 2002).

Caplan (1964) enfatizou que a prática preventiva é a estratégia mais adequada para evitar o consumo problemático de substâncias psicoativas entre jovens, e ressaltou que isso não seria possível sem o envolvimento dos pais. Nas décadas de 80 e 90, houve um aumento do uso de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas, por adolescentes, todo o mundo. Programas preventivos envolvendo família, escola e comunidade passaram a ser encorajados.

Em todo o mundo, uma das principais barreiras para as práticas preventivas, em relação ao abuso de álcool e outras drogas, é dificuldade de abordagem e a participação das famílias

nos programas (OMS, 1989; GALZURÓZ; NOTO; CARLINI et al, 2002; NIDA, 2002; CANOLETTI; SOARES, 2004/2005; PATTERSON,1982). O que se observa na prática é que, na maioria das vezes, a família fica fora dos programas de prevenção relacionados ao uso de álcool e outras drogas em muitos países, inclusive no Brasil ((BORDIN, 2004; OLIVEIRA, 2001).

Alguns objetivos básicos dos programas de prevenção:

- ✓ Um programa de prevenção, envolvendo a família, deve ser claro nos seus objetivos e voltado para as necessidades reais da população, levando em consideração os contextos nos quais as famílias estão inseridas;
- ✓ Conhecer a cultura familiar, sua linguagem, crenças e normas também é importante na construção de um programa de prevenção.

Alguns estudos mostram que os programas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas envolvendo a família enfrentam um conflito que deve ser considerado: por um lado, a família é a base para a saúde preventiva, mas por outro lado muitos ambientes familiares podem ser desfavoráveis, predispondo seus membros ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Ou seja, a família pode ser tanto um fator de proteção quanto de risco para o uso/abuso de substâncias psicotrópicas (OLIVEIRA, 2001; SZAPOCZINIK; PEREZ, 1996).

Fatores de risco e proteção na família

Os fatores de risco e de proteção, em relação ao uso de álcool e outras drogas, são variáveis e envolvem aspectos psicológicos, ambientais, comportamentais e genéticos. Ou seja, estão tanto no próprio indivíduo como na família, na escola, na comunidade e na sociedade em geral. Um mesmo fator pode representar risco para uma pessoa e proteção para outra. Em um programa de prevenção, os fatores familiares de risco devem ser detectados e abordados sob a perspectiva da saúde, **evitando visões deterministas, culpabilizadoras e moralistas**.

FATORES DE RISCO

São circunstâncias sociais, familiares ou características da pessoa que a tornam mais vulnerável a assumir comportamentos arriscados, dentre eles usar álcool e outras drogas (OMS, 1989; NIDA, 2002):

- ✓ Pais que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas;
- ✓ Pais com transtornos psiquiátricos;
- ✓ Regras familiares rígidas ou ausência de regras e limites.

FATORES DE PROTEÇÃO

São aqueles que equilibram as vulnerabilidades[2], reduzindo a chance de uma pessoa usar álcool e outras drogas (OMS, 1989; NIDA, 2002), como:

- ✓ Pais que acompanham atividades dos filhos;
- ✓ Regras claras e negociadas;
- ✓ Envolvimento afetivo com os filhos.

Estudos sobre o uso de álcool e outras drogas com filhos de pais dependentes de álcool e/ou outras drogas mostram que eles têm uma chance **quatro vezes maior** de também se tornarem dependentes (PATTERSON, 1982; BRICKMAN et al, 1988; WANG et al, 1995).

A prevenção do uso de álcool e outras drogas no ambiente familiar depende do desempenho da família no seu papel de cuidar, valorizando as relações e os princípios básicos de uma comunicação clara e autêntica. Os limites e as regras precisam estar presentes e, no contexto no qual está inserida, a família deve ser coerente nos atos e nas palavras.

O ciclo de vida da família, assim como a função que os cônjuges e pais exercem na formação de uma pessoa, também deve ser considerado em uma proposta de prevenção. De modo geral, é na **adolescência** que os jovens experimentam ou entram em contato com o álcool e outras drogas. É um período de muitas transformações e convida os cônjuges e pais a uma reorganização de seus papéis, funções e estabelecimentos de novas regras e limites. São necessárias adaptações, na organização familiar, para preparar o adolescente para a vida adulta (SPOTH; REDMOND, 1994).

2 Vulnerabilidade indica o fato de alguém ser mais sensível a algum fator que contribui para o desenvolvimento de uma condição, ou estar mais exposto a este fator. A vulnerabilidade pode estar relacionada a determinadas circunstâncias e condições que podem ser revertidas e diminuídas, que podem ser sociais, institucionais, familiares ou individuais (MAN, 1992; AYRES, 1996).

A **coerência** entre os cônjuges, em relação às regras e normas na família, principalmente em relação ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, pode contribuir para uma tomada de decisão do jovem em experimentá-las ou não. Crianças que crescem com regras claras, geralmente, são mais seguras. Quando se defrontam com um limite, sabem lidar com a frustração, por terem desenvolvido recursos próprios para superá-la.

Quando a família não tem regras claras, é provável que o jovem se sinta inseguro e, na tentativa de descobrir as regras da sociedade, testará seus limites, deparando-se com frustrações. É nesse momento que o álcool e as outras drogas surgem como "solução rápida": o efeito imediato que a substância proporciona faz com que os sentimentos desagradáveis desapareçam por um tempo transitório (OLIVEIRA, 2001; BORDIN, 2004).

Ao falar sobre álcool e outras drogas na família, é indicado que os pais respeitem as diferentes faixas etárias dos filhos e se preparem para abordar o assunto de forma assertiva e segura, pois, caso contrário, "podem cair em descrédito" com os filhos, em relação às informações sobre álcool e outras drogas. Os pais têm como função orientar os filhos e conscientizá-los dos riscos que as drogas lícitas podem trazer, pois às vezes supervalorizam e temem as drogas ilícitas, mas minimizam o prejuízo das drogas lícitas (MALUF et al, 2002).

Entretanto, vale ressaltar que muitas vezes a família, cuja tarefa básica é cuidar, encontra-se também em estado de vulnerabilidade, dificultando, assim, o exercício dessas tarefas ao longo do ciclo vital familiar.

A participação da família no tratamento da dependência de álcool e outras drogas

Os **tratamentos** para pessoas com dependência de álcool e outras drogas devem ser multidisciplinares e preferencialmente integrados: psicoterapia, orientação familiar, entrevista motivacional, programa de desintoxicação domiciliar, prevenção de recaída e reinserção social e familiar do usuário. De maneira geral, as psicoterapias familiares têm se

destacado como uma abordagem de escolha na área de tratamento de dependentes de álcool e outras drogas no Brasil.

> A família é uma das instituições mais antigas da humanidade; entretanto, o cuidado em relação ao tratamento familiar ainda é recente.

A **psicoterapia familiar** desenvolveu-se nos Estados Unidos, na década de 50, a partir do esforço de várias áreas da ciência: Medicina, Psicologia, Sociologia, Antropologia etc. A psicoterapia familiar sistêmica parte da premissa de que aquilo que ocorre com um indivíduo da família atinge todos os demais, direta ou indiretamente. Reciprocamente, o que acontece à família influencia o indivíduo. Por isso, sua proposta é tratar o sistema como um todo e não apenas o indivíduo.

IMPORTANTE!
A psicoterapia familiar tem se destacado nas últimas décadas como uma abordagem importante no tratamento para dependentes de álcool e outras drogas.

Nas décadas de 70 e 80, houve uma ampliação de várias escolas das chamadas psicoterapias familiares sistêmicas, e essa forma de tratamento psicológico envolvendo toda a família tem sido a mais utilizada nas abordagens de saúde. A dependência de álcool e outras drogas é um fenômeno complexo, com múltiplas causas, envolvendo não só aspectos biológicos, como também os psicológicos, sociais e familiares. Em geral, a presença de uso de álcool e outras drogas traz muito desconforto, sofrimento psíquico e crises no sistema familiar. Normalmente, a procura de tratamento para a dependência ocorre nesses momentos. A pessoa que está usando droga busca tratamento “por livre e espontânea pressão”.

Outras vezes, algum familiar procura auxílio para “alguém” de sua família que está com problema de uso de álcool e outras drogas. As principais queixas e sentimentos da família são: cansaço, impotência, culpabilização, estresse, raiva e medo.

Como lidar com isso?

Vejamos os principais aspectos das abordagens voltadas para a família dos dependentes de álcool e outras drogas:

- ✓ **Acolhimento.** No primeiro contato, é feita uma **avaliação geral** da pessoa dependente e de sua relação com o contexto social e familiar, tendo por objetivo iniciar a inclusão no tratamento;
- ✓ Preferencialmente as famílias devem ser atendidas **no momento em que procuram o tratamento**; listas de espera desencorajam a adesão ao serviço;

- ✓ A **equipe mínima** deve ser composta por um médico e um psicólogo familiar com capacitação na área de dependência de álcool e outras drogas. Estes podem formar multiplicadores para lidar com o tema adequadamente, evitando reforçar preconceitos, crenças moralistas e culpabilizações sobre o problema, comumente presentes na família;
- ✓ A **motivação da família** para o tratamento é um fator importante a ser avaliado, assim como a orientação familiar na fase da desintoxicação;
- ✓ Uma das **metas do tratamento** é a proposta do resgate da **autonomia**[3] de cada um e da família como um todo, da competência familiar, do treino de novas habilidades, principalmente em relação à comunicação e às mudanças de estilo de vida, e o encorajamento para as mudanças.

O que costuma ser abordado na Psicoterapia Familiar?

Em geral, com base na avaliação inicial, na primeira sessão da psicoterapia são discutidas as metas e os objetivos do tratamento, as metas em relação à interrupção do uso do álcool e outras drogas, e é feito um "contrato terapêutico", ou seja, são estabelecidas as "regras" do tratamento. Os períodos de terapia são variáveis, de três a doze meses, em geral, e cada sessão tem a duração de cerca de uma hora e meia.

A fim de auxiliar a família a resgatar ou desenvolver competências, a psicoterapia familiar deve trabalhar com temas como: a presença da droga no sistema, a orientação em relação às recaídas, a afetividade, a comunicação, as tarefas, as defesas e as crenças. Um aspecto importante a ser considerado, no início do tratamento familiar com dependentes de álcool e outras drogas, é a compreensão dos papéis que cada um exerce no contexto familiar. No caso de pessoas dependentes de álcool e outras drogas, é comum ocorrer uma inversão de papéis, quando, mesmo sem estarem preparados emocionalmente para isso, os filhos assumem o papel de cuidar que deveria ser exercido pelo pai (ou mãe) dependente de álcool ou outras drogas. A esposa se sobrecarrega de tarefas e, com o decorrer do tempo, assume a "liderança" da casa (papel tradicionalmente exercido pelo homem), porém com grau alto de estresse.

SAIBA QUE:
Manter a motivação da família durante o tratamento é muito importante. ***Se puder, assista ao menos a um dos filmes listados a seguir, cujas tramas envolvem a família e o abuso de drogas:***

- ***BICHO DE SETE CABEÇAS***
  Brasil, 2001, Direção: Lais Bodanzky, com: Rodrigo Santoro, Othon Bastos, Cassia Kiss.
- ***TRAFFIC***
  EUA, 2000, Direção: Steven Soderbergh, com: Michael Douglas, Don Cheadle, Benício Del Toro, Dennis Quaid, Catherine Zeta Jones.
- ***DIÁRIO DE UM ADOLESCENTE***
  EUA, 1995, Direção: Scott Kalvert, com: Leonardo DiCaprio, Ernie Hudson, Patrick McGaw, James Madio, Mark Wahlberg.

3 Autonomia: capacidade de autogovernar-se, tomar as próprias decisões livremente, exatamente o contrário de dependência.

Outro aspecto importante é lidar com a ambivalência[4]. Os modelos de afeto, o apoio e a segurança criam uma situação de ambivalência para esposa e filhos: no período de abstinência existe carinho e na embriaguez predomina a agressão. É comum também a oscilação de humor do cônjuge, no estado de embriaguez, refletindo diretamente sua atitude "mal-humorada" para com os filhos (SPOTH; REDMOND, 1994; GRYNN, 1981).

RESUMO

- ✓ A família é a referência básica na formação de uma pessoa e seu conceito é amplo;
- ✓ A família brasileira tem passado por transformações e enfrentado vários desafios contemporâneos, entre eles o abuso e a dependência de álcool e outras drogas;
- ✓ A prevenção e o tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas devem incluir a família;
- ✓ Atualmente, o enfoque da prevenção é considerado um *continuum*;
- ✓ Um programa de prevenção envolvendo a família deve ser claro nos seus objetivos e voltado para as necessidades reais da população, levando em consideração os contextos nos quais as famílias estão inseridas;
- ✓ Conhecer a cultura familiar, sua linguagem, crenças e normas também é importante na construção de programas de prevenção;
- ✓ A dependência de álcool e outras drogas é um fenômeno complexo, multicausal, de características biológicas, psicológicas e sociais;
- ✓ As psicoterapias familiares vêm se destacando como uma abordagem importante na área de tratamento de dependentes de álcool e outras drogas;
- ✓ A família deve ser acolhida, orientada e motivada para participar do tratamento.

4 Ambivalência: quando existem ao mesmo tempo dois sentimentos ou duas ideias contrárias, opostas, com relação a uma mesma coisa (ex.: amor e ódio pela mesma pessoa).

Atividades

REFLEXÃO

Reflita sobre quais são os pontos principais que devem fazer parte de um tratamento para dependentes de drogas.

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. **De acordo com o que você aprendeu sobre família, assinale a alternativa que descreve mais adequadamente os desafios que as famílias brasileiras enfrentam atualmente:**
   a) Dificuldade de compreensão dos pais em relação à adolescência de seus filhos.
   b) Não permitir que os filhos saiam de casa antes de terminar o curso universitário.
   c) Enfrentar o desenvolvimento dos filhos e o envelhecimento dos pais.
   d) Lidar com as ansiedades e temores frente à violência urbana, ao desemprego, à sobrecarga de trabalho, à globalização, às doenças sexualmente transmissíveis, à violência doméstica e ao abuso de drogas lícitas e ilícitas.

2. **Assinale abaixo a alternativa CORRETA em relação à definição do conceito de família:**
   a) Atualmente seu conceito é amplo, é um sistema aberto e uma referência básica na formação de uma pessoa; no seu interior é que ocorrem as primeiras experiências de vínculo.
   b) É um sistema definido especialmente pelo vínculo sanguíneo entre seus membros.
   c) Existe no Brasil um modelo único de família, que é a nuclear.
   d) As famílias são todas semelhantes.

3. Assinale algumas situações de risco para o desenvolvimento do abuso e/ou dependência de drogas na família:

a) Pais acolhedores e assertivos.
b) Uso abusivo de álcool e outras drogas pelos pais.
c) Regras claras e definidas.
d) Pais colaborativos.

4. De acordo com o texto, vulnerabilidade para o uso de substâncias pode ser definida como:

a) Pais que acolhem seus filhos nas dificuldades.
b) Situações na família em que uma pessoa auxilia a outra a mudar.
c) Circunstâncias ambientais favoráveis.
d) Um conjunto de circunstâncias e condições que favorecem o uso abusivo de substâncias mas que podem ser revertidas e diminuídas, levando em consideração tanto os aspectos sociais, institucionais e familiares, quanto os individuais.

Bibliografia

ANDOLFI, M.; ANGELO, C.L. *Tempo e mito em psicoterapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

ARAÚJO, V.A. Os papéis desempenhados numa família que inclui um participante alcoolista: abordagens psicodramática, psicanalítica e da teoria da comunicação. *Psicodrama*, 1999;3:36-55.

AYRES, J.R.C.M. *Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas*: HIV/AIDS e abuso de drogas entre adolescentes. São Paulo: Casa de Edição/Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1996.

BARNES, G.M. Adolescent alcohol abuse and others problem behaviors: Their relationships and common parental influences. *J Youth Adolesc.*, 1984;13(4):329-48.

BATESON, G. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Ediciones Carlos Lohlé, 1976.

BORDIN, L. S. *Guia para a família*: cuidando da pessoa com problemas relacionados com álcool e outras drogas. São Paulo: Atheneu, 2004.

BRICKMAN, A.L.; FOOTE, F.H.; HERVIS, O.; KURTNES, W.M. Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: A strategic structural systems approach. *J Consult Clin. Psychol.*, Aug 1988;56(4):552-7.

CANOLETTI, B.; SOARES, C.B. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise de produção científica de 2001 a 2002. *Rev Interface Comun Saúde Educ.*, 2004/2005; 9.

CAPLAN, G. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books, 1964.

FERRARI, A.A. *Fatores de risco para transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas em adolescentes*. Tese de Doutorado – Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, 2001.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; CARLINI, E.A. (Coord). *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras – 1997*. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. CEBRID/UNIFESP, 1997. 130 p.

_____; _____; _____. *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – São Paulo: CEBRID/SENAD, 2002. 380 p.

GRYNN, T. *Drugs and family*. Rockville: NIDA, 1981.

HOLANDA, A.B. *Dicionário Aurélio básico da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

KALINA, E. *Drogadição hoje*: indivíduo, família e sociedade. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

MALUF, D.P.; HUMBERG, L.V.; MEYER, M.; LARANJO, T.; TAKEI, E. *Drogas*: prevenção e tratamento. O que você queria saber sobre drogas e não tinha a quem perguntar. São Paulo: Ed. CLA, 2002.

MAN, J. (Org.). *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABI/IMS-UERJ, 1992.

MINUCHIN, S. *Famílias*: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

NIDA - NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. *Principles of Drug Addiction Treatment*. Rockville: NIDA, 2002.

OAKLANDER, V. *Descobrindo crianças*: abordagens gestálticas com crianças e adolescentes. São Paulo: Summus, 1980.

OLIVEIRA, A.L.C. O papel da família na prevenção primária precoce do uso, abuso e dependência de drogas. *O mundo da saúde*, 2001;25(3).

PALAZOLLI, M.S.; BOSCOLO, L.; CECHIN, G.; PRATA, G. *Paradox and counter-paradox*. New York: Jason Aronson, 1978.

PATTERSON, G.R. *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia Publishing, 1982.

PEDROSA, M.I. *O papel da família na prevenção ao uso de drogas*. Dissertação de Mestrado – Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, 2004.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Cad. Saúde Pública*, 2004;20(3):694-59.

SILVA, E.A. Abordagens familiares. *J Bras Dep Quím.*, 2001;2(Supl.1):21-4.

SPOTH, R.; REDMOND, C. Effective recruitment of parents into family focused prevention research: a comparison of two strategies. *Psychol Health*, 1994;9:353-70.

SZAPOCZINIK, J.; PEREZ, A. *Family interventions*. January, 25-26, 1996.

WANG, M.Q.; FIELD, R.C.; EDDY, J.M. Family and peer influences on smoking behavior among American adolescents: an age trend. *J Adolesc Health*, Mar 1995;16(3):200-3.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The Health of Youth*. Back-ground paper. World Health Organization, 1989. (Document A42/ Technical Discussions/2).

Capítulo

4

Abordagem familiar: cuidado às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas pelas equipes de Saúde da Família

TÓPICOS

- ✓ Contexto em que acontece o cuidado
- ✓ O que define a família?
- ✓ Cuidando da saúde das famílias
- ✓ Famílias com pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas
- ✓ Equipes de Atenção Primária à Saúde: espaço vivo de cuidado às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas
- ✓ Ferramentas de abordagem familiar
- ✓ Atividades
- ✓ Bibliografia

Rosani Pagani, Fabiane Minozzo, Giovanna Quaqlia

Contexto em que acontece o cuidado

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi garantido na **Constituição Federal de 1988** e representou um grande avanço no Projeto da Reforma Sanitária Brasileira. A Constituição Federal previu em que bases o novo sistema de saúde deveria se apoiar e sinalizou a necessidade do **atendimento integral**.

Os **princípios constitucionais do SUS**[1] modificam os modelos de atenção e de gestão do trabalho em saúde. São eles:

- ✓ Integralidade;
- ✓ Universalidade do acesso;
- ✓ Equidade das ofertas em saúde;
- ✓ Participação da comunidade.

Nesse conceito, o sujeito deve ser percebido de forma integral, não fragmentada. O cuidado é o fio condutor na sua circulação nas redes assistenciais do sistema e há a incorporação de ações de promoção, prevenção e articulação com ações curativas e reabilitadoras.

Para que o princípio da integralidade seja efetivado, a família é um fator importante.

Vamos aprofundar esse tema?

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A Estratégia Saúde da Família (ESF), eixo estruturante da Atenção Primária à Saúde, concebe a família de forma integral e sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises, indissociada de seu contexto comunitário e de relações sociais.

> A família deve ser objeto e sujeito do processo de cuidado e de promoção da saúde das equipes de Saúde da Família.

1 Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.

Abordagem familiar: cuidados às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas pelas equipes de Saúde da Família

Rosani Pagani, Fabiane Minozzo, Giovanna Quaqlia

Para trabalhar com Saúde da Família, é importante entender a família como um sistema complexo; para tal é importante suspender os conceitos fechados, lineares e prontos, os quais tendem a reduzir a concepção de família.

O **ciclo de vida da família** é um processo vivido ao longo do tempo, através da passagem de uma fase a outra da vida. Consiste em uma série de eventos previsíveis ou não, que ocorrem na família, como resultado das mudanças em sua organização, transformando o papel de cada um dos membros.

É na **fase de transição** (mudança de uma fase para a outra) que a família é desafiada a estruturar um novo pacto, necessitando desenvolver novos recursos para atravessar esse momento. Abaixo mostramos exemplos de momentos previsíveis e imprevisíveis no ciclo de vida familiar.

Previsíveis

- ✓ Início da vida a dois;
- ✓ Nascimento do primeiro filho;
- ✓ Família com filhos na escola;
- ✓ Família com filhos adolescentes;
- ✓ Saída dos filhos de casa;
- ✓ Família envelhecendo.

Imprevisíveis

- ✓ Desemprego;
- ✓ Morte;
- ✓ Acidente;
- ✓ Mudança de cidade;
- ✓ Doença.

Cada família tem um estilo próprio, uma cultura com seus próprios códigos: normas de convivência, regras ou acordos relacionais, ritos, jogos, crenças ou mitos familiares, com um modo próprio de expressar e interpretar emoções e comunicações.

As ações são interpretadas em um contexto de emoções e de significados pessoais, familiares e culturais mais amplos. Tais emoções geram ações que formam o enredo do sistema familiar e constroem a história singular de cada família, que se transforma com o tempo, com a cultura e com as mudanças sociais. Algumas das principais funções da família são:

- ✓ Econômica (manutenção das pessoas);
- ✓ Doméstica (oferecer abrigo, higiene etc.);
- ✓ Cuidado com a saúde;
- ✓ Lazer;
- ✓ Socialização;
- ✓ Afeição;
- ✓ Educação/formação.

O que define a família?

São os sentimentos, as sensações especiais de união, a ligação, o vínculo, a interação, a interdependência. É importante ressaltar que as famílias podem viver desacordos, conflitos, desavenças e que modificações com algum membro afetam toda a família.

Em síntese:
O tema "família" refere-se a uma realidade muito próxima a cada um de nós. O significado, o sentido, os sentimentos despertados são diferentes de acordo com cada experiência familiar. Isso, muitas vezes, dificulta a percepção e o entendimento dos profissionais de saúde em relação aos pontos de vista dos usuários sobre a família, pois as referências individuais, culturais e sociais são diferentes.

O olhar, o escutar, o observar, o perceber e o entender a diversidade da forma de viver em família são fortemente influenciados pelas concepções de família, pelas crenças e valores de cada profissional, o que contribui para a construção de barreiras culturais e de comunicação que poderiam ser enfrentadas a partir de uma abordagem, por parte do profissional, que favoreça a reflexão, o diálogo, a escuta e o acolhimento do usuário.

Abordagem familiar: cuidados às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas pelas equipes de Saúde da Família

Rosani Pagani, Fabiane Minozzo, Giovanna Quaglia

Cuidando da saúde das famílias

Para cuidar das famílias é importante aliar conhecimentos científicos e tecnológicos às habilidades de observação, comunicação, empatia e intervenção, o que requer um aperfeiçoamento das competências profissionais. Trabalhar nessa perspectiva implica conceber que **Saúde da Família vai além da soma da saúde dos indivíduos**. A análise da Saúde da Família deve incluir simultaneamente saúde e doença, indivíduo e coletivo. Essa é a perspectiva que deve nortear o processo de trabalho das equipes, mas, para tanto, há a necessidade permanente de qualificação dos profissionais de saúde.

A atuação da equipe, voltada para a família, deve ter as seguintes características:

- ✓ Conhecer os conceitos de família;
- ✓ Considerar a história pregressa, atual e perspectivas futuras de cada família;
- ✓ Direcionar atenção a todos os membros da família, tanto os sadios quanto os doentes;
- ✓ Considerar que o sistema familiar é influenciado pelas mudanças de seus membros;
- ✓ Reconhecer que a pessoa mais sintomática (doente) da família pode mudar com o tempo;
- ✓ Focalizar as forças dos membros da família e do grupo familiar, objetivando promover apoio mútuo e crescimento, quando possível;
- ✓ Considerar o contexto cultural na facilitação das relações entre a família e a comunidade.

Dentro dessa compreensão ampliada de família é necessário refletir sobre os binômios:

- ✓ Família pensada/família vivida;
- ✓ Família estruturada/família desestruturada.

Rosani Pagani, Fabiane Minozzo, Giovanna Quaqlia

Além disso, é necessário buscar uma **visão sistêmica inclusiva e não conservadora**, reconhecendo que as múltiplas estruturas familiares nada mais são do que formas diferentes de estruturação da família, que ganham contornos específicos através do tempo e das peculiaridades do espaço geográfico, social e cultural. Constituída tal compreensão, é importante que os profissionais tenham critérios para subsidiar a avaliação do enredo, estrutura e dinâmica do sistema familiar e elaborar um plano de trabalho multidisciplinar, um projeto terapêutico, definindo as estratégias mais adequadas e possíveis.

É possível pensar **formas de atuação da Equipe** que facilitem o desenvolvimento da autonomia familiar em todos os seus aspectos:

- ✓ Fortalecendo a capacidade de garantir a sobrevivência material dos membros da família, utilizando sua rede primária e as redes sociais da comunidade (manutenção material);
- ✓ Fortalecendo as relações afetivas e as novas possibilidades de agir, pensar e conviver que favoreçam o desenvolvimento pessoal de todos os seus membros;
- ✓ Fortalecendo a convivência comunitária e a participação social (exercício da cidadania).

Com o objetivo de proporcionar um olhar ampliado para familiares com pessoas que usam álcool e outras drogas, a seguir abordaremos aspectos relacionados a essas famílias e possíveis ações e ferramentas que podem auxiliar na abordagem e intervenção na Atenção Primária à Saúde.

Famílias com pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas

O sistema familiar tem sofrido grandes mudanças, ou seja:

- ✓ A família não é uma instituição estática, ela move-se tanto nos espaços das construções ideológicas quanto no papel que exerce na organização da vida social;
- ✓ A família tem capacidade de modificar suas estruturas quando se produzem mudanças em seu meio;
- ✓ A família apresenta-se como lugar de troca, de construção de personalidade e, ao mesmo tempo, lugar de conflitos e tensões.

Rosani Pagani, Fabiane Minozzo, Giovanna Quaqlia

E quando ocorre uso de álcool e outras drogas?

Independentemente de sua constituição, classe social ou situação econômica, uma família pode ser surpreendida com a questão do uso abusivo de álcool e outras drogas por um de seus membros. Esse uso pode estar em um contexto social familiar positivo e ser visto como uma forma de a família se manifestar e comemorar. Nesse caso, o uso de álcool e outras drogas pode ser visto dentro da cultura familiar. No entanto, existem situações em que o uso de álcool e outras drogas é visto de maneira negativa, imprimindo dor e sofrimento. Esse uso visto como negativo geralmente provoca um **profundo impacto sobre toda a família** e é considerado como sendo de fora da cultura familiar. O usuário é visto como um estranho à família.

É importante observar o contexto cultural do uso de álcool e outras drogas dentro da família, bem como os valores éticos, morais e simbólicos que recaem sobre esse uso.

O que observamos é que as famílias apresentam dificuldades para cuidar das questões que envolvem problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, como se esse uso fosse algo totalmente externo, fora da relação familiar. Muitas vezes, é dentro do núcleo familiar dos usuários de álcool e outras drogas que se inicia um processo de **reducionismo**, **estigmatização**, **marginalização e exclusão,** que será posteriormente ampliado pela sociedade. Frequentemente as famílias sustentam um não saber sobre elas e, quando uma questão de uso de drogas emerge, esse não saber aparece como um "fantasma". As famílias apresentam-se desautorizadas ou desatualizadas em relação aos seus próprios problemas. Por isso é importante lembrar que uma família possui um saber que não é da ordem das necessidades teóricas, científicas e/ou sociais. Uma família possui um saber sobre seu desejo, sobre sua história, e é desse saber que poderá surgir a reflexão sobre a função que o uso de álcool e outras drogas tem na relação familiar e na singularidade de cada um nessa relação.

> *"A família que exclui é também a família que poderá acolher. A família 'problemática' é também a família que carrega a 'solução'. Assim, numa visão baseada no paradigma da complexidade, pode-se pensar a família como um espaço de risco, e também como contexto de proteção, sem que haja exclusão ou separação das partes."*
> *(DIOS, 1999, p. 83)*

A compreensão de que os problemas das pessoas necessitam ser compreendidos para além dos aspectos individuais, dentro de um contexto de vida em que a família está incluída, permitiu o desenvolvimento de formas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas

que incorporam a família como aspecto fundamental da visão psicossocial. A inclusão da família na atenção aos usuários de álcool e outras drogas tem sido consideravelmente estudada, no entanto, não existe um consenso sobre qual é a dinâmica que essa família possui, bem como qual o tipo de atenção a ser priorizado, dentre os vários modelos propostos.

Nesse contexto, existem alguns modelos teóricos na conceitualização das dinâmicas familiares de usuários de álcool e outras drogas:

- ✓ **Doença Familiar:** Considera o uso de álcool e outras drogas como uma doença que afeta não apenas o usuário, mas também a família. Essa ideia teve origem nos Alcoólicos Anônimos, em meados de 1940. Alguns estudos têm considerado que o uso de álcool e outras drogas estaria relacionado à manifestação de sintomas específicos nos companheiros de usuários de álcool e outras drogas, dando origem ao conceito de codependência. Entretanto, este conceito tem recebido várias críticas.
- ✓ **Sistêmico:** Considera que as famílias com problemas relacionados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas mantêm um equilíbrio dinâmico entre o uso de substâncias e o funcionamento familiar. Em meados de 1970 a 1980, esse modelo passou a exercer grande influência sobre os profissionais de saúde. Na perspectiva sistêmica, um usuário de álcool e outras drogas exerce uma importante função na família, que se organiza de modo a atingir uma homeostase dentro do sistema, mesmo que para isso o uso de álcool e outras drogas faça parte do seu funcionamento e, muitas vezes, a abstinência possa afetar tal homeostase.
- ✓ **Comportamental:** É uma extensão do constructo da teoria da aprendizagem e assume que as interações familiares podem reforçar o comportamento de consumo de álcool e outras drogas. O princípio é que os comportamentos são apreendidos e mantidos nas interações familiares. Esse modelo tem propiciado a observação de alguns padrões típicos recorrentes nessas famílias, tais como: reforçamento do uso de álcool e outras drogas como uma maneira de obter atenção e cuidados; amparo e proteção do usuário de álcool e outras drogas quando relata consequências e experiências negativas decorrentes de seu uso; punição do comportamento do uso de álcool e outras drogas.

Tendo em vista a dificuldade em entender o tema, apontamos para a importância de pensar numa perspectiva mais complexa de intervenção. Uma abordagem fechada da questão pode incidir em perda das dimensões socioculturais que envolvem o uso de álcool e outras drogas. Pensar a família como uma organização social e cultural, como uma rede afetiva

Rosani Pagani, Fabiane Minozzo, Giovanna Quaqlia

atravessada e interligada pela experiência de cada integrante, é fundamental para se pensar em uma intervenção. Desse modo, a família e o usuário de álcool e outras drogas devem ser percebidos como **agentes responsáveis por transmissão de conhecimento afetivo e provocadores de mudanças**, capazes de identificar seus sentimentos, expressá-los e de reconhecer as demandas emocionais das pessoas com quem convivem para construir uma nova rede afetiva. **Lá, onde só se vê doença, lá, onde só se vê erro: há sabedoria.**

Equipes de Atenção Primária à Saúde: espaço vivo de cuidado às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas

A **Reforma Psiquiátrica brasileira**[2] trouxe imensas contribuições na forma de conceber e perceber a família no contexto do cuidado em Saúde Mental. Antes de sua implementação, a forma de tratamento disponível para as pessoas em sofrimento psíquico e usuárias de álcool e outras drogas era baseada no isolamento e na exclusão, ou seja, os sujeitos eram privados do contato com sua família e com a sociedade. Não havia investimentos na mobilização das pessoas e das suas famílias como participantes no tratamento, já que o indivíduo era visto unicamente como doente.

Atualmente, com as mudanças de concepções e metodologias na saúde, a família passa a ser concebida como necessária e fundamental nesse processo; sendo assim, passa a ser vista como aliada e protagonista no acompanhamento/tratamento, sendo percebida como um apoio e espaço de trocas sociais do sujeito em sofrimento.

> Nessa perspectiva, abordaremos como as equipes de Saúde da Família, em seu processo de trabalho, já incluem ações voltadas para a família e de que forma podem acolher, abordar e cuidar das famílias em sofrimento devido ao uso de álcool e outras drogas.

2 Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_15_anos_ caracas.pdf>.

Rosani Pagani, Fabiane Minozzo, Giovanna Quaqlia

IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO

Um aspecto importante da Estratégia Saúde da Família é o vínculo construído entre os profissionais de saúde e a família, seus membros e a comunidade, sendo esse vínculo concebido como fundamental para que as ações da Equipe tenham impacto positivo na saúde da população. Para isso, é **importante que seja construída a confiança da comunidade no trabalho da equipe de saúde**.

O vínculo pode ser fortalecido por meio de:

- ✓ Escuta qualificada aos usuários e famílias;
- ✓ Acolhimento;
- ✓ Garantia da participação da família na construção do projeto terapêutico;
- ✓ Valorização da família na participação ativa e corresponsabilização no tratamento.

No processo de trabalho das Equipes, é importante frisar que a família deve ser o norte de suas ações. Algumas das atividades realizadas pelas equipes de Saúde da Família já contemplam o cuidado da família. Dentre elas, além dos atendimentos familiares e da visita domiciliar, citam-se:

- ✓ **Acompanhamento mensal realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (organizado por núcleo familiar):** O cadastramento atualizado das famílias da área de abrangência da Saúde da Família e o diagnóstico da situação de saúde da população permitem que as equipes conheçam e prestem assistência de maneira diferenciada às famílias em situação de risco, vulnerabilidade e/ou isolamento social. Dentre as ações de priorização, as equipes podem organizar um maior número de visitas domiciliares a essas famílias, priorizá-las nos atendimentos, mobilizar a rede social etc.
- ✓ **Atenção diferenciada às famílias em situação de vulnerabilidade e risco:** As famílias com usuário de álcool e outras drogas necessitam atenção especial. Para isso, um dos primeiros passos consiste em instrumentalizar os Agentes Comunitários de Saúde e a equipe de Saúde da Família na identificação dessas situações.
- ✓ **Acolhimento:** O acolhimento dos usuários e das famílias deveria estar presente em todas as ações das equipes de Atenção Primária à Saúde. Este pode disparar, tencionar, movimentar, produzir e fazer funcionar arranjos organizacionais, técnicos e posturais nas equipes, levando em conta as várias dimensões da vida. Segundo Kenneth et al (2006), o acolhimento é percebido como importante na construção da postura dos profissionais baseada em receber, escutar e tratar humanizadamente as famílias e suas demandas. O acolhimento implica, também, na responsabilização dos profissionais pela condução da proposta terapêutica e na corresponsabilização das famílias pela sua saúde.

- ✓ **Prontuário familiar:** O prontuário familiar é o instrumento no qual são registrados os atendimentos e as ações. Preconiza-se que o prontuário seja organizado por núcleo familiar, contendo todos os prontuários individuais de cada um dos membros e que o mesmo seja utilizado pelos profissionais da equipe. Essa organização permite que os profissionais tenham acesso às informações da família como um sistema, à sua história, aos motivos que levam seus membros a buscar atendimento, à atenção recebida, aos problemas vivenciados, às formas de enfrentamento utilizadas por cada membro e pela família, à dinâmica familiar etc.
- ✓ **Reunião de equipe:** A reunião de equipe é um recurso fundamental no trabalho dos profissionais, pois permite discussão de casos, planejamento e avaliação de ações, troca de conhecimentos, construção de projetos terapêuticos, abordagem interdisciplinar etc. É um forte instrumento na discussão e construção de condutas para as situações que ocorrem com as famílias que possuem problemas com o uso de álcool e outras drogas.

DIFICULDADES

Assim, as equipes da Atenção Primária possuem um campo fértil no que se refere ao cuidado à família com pessoas que usam álcool e outras drogas, embora sejam conhecidas as dificuldades referentes à formação que privilegia o indivíduo, a fragmentação do sujeito e os "especialismos". Nas graduações da área da saúde, a família e as ferramentas que auxiliam no seu acompanhamento aparecem em poucos currículos, gerando limites ao alcance das ações da saúde. Dessa forma, no cotidiano de trabalho, os profissionais de saúde encontram dificuldades em realizar intervenções baseadas em uma abordagem familiar. O processo de educação permanente fortalece o cuidado familiar e pode ser uma das estratégias de auxílio no enfrentamento dessas dificuldades.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

Dentre as formas de educação permanente, citamos aquelas desencadeadas pelo **apoio matricial às equipes de Saúde da Família**[3]. Esse apoio visa a ações conjuntas das equipes matriciais e equipes de Saúde da Família, para auxiliar na identificação e no acompanhamento das pessoas com sofrimento devido ao uso de álcool e outras drogas, bem como no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção.

3 Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/publicacoes>.

Rosani Pagani, Fabiane Minozzo, Giovanna Quaqlia

CORRESPONSABILIDADE DAS EQUIPES

O apoio matricial às equipes de Saúde da Família pode se efetivar pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou por outras equipes matriciais, dependendo da necessidade de saúde da população, das equipes de Saúde da Família, gestão local e dos recursos disponíveis.

Para auxiliar no enfrentamento das dificuldades de se trabalhar com família, a seguir apresentaremos algumas ferramentas que podem subsidiar a abordagem familiar.

Ferramentas de abordagem familiar

A abordagem à família deve estar presente transversalmente, nas discussões, promovendo um olhar para a família e para o sujeito na família. Para trabalhar na perspectiva proposta, podemos utilizar algumas ferramentas, descritas a seguir:

I. **ENTREVISTA FAMILIAR:** Objetiva realizar a caracterização do sistema familiar (estrutura, desenvolvimento e funcionamento familiar, condições materiais de vida, estado de saúde dos integrantes, rede social da família).

II. **GENOGRAMA:** O Genograma Familiar é uma representação gráfica que mostra o desenho ou mapa da família. Identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional da família. Instrumento amplamente utilizado na terapia familiar, na formação de terapeutas familiares, na Atenção Primária à Saúde, e, recentemente, sua aplicação tem sido difundida em pesquisas sobre família.

III. **ECOMAPA:** O Ecomapa, tal como o Genograma, faz parte dos instrumentos de avaliação familiar, mas, enquanto o Genograma identifica as relações e ligações dentro do sistema multigeracional da família, o Ecomapa identifica as relações e ligações da família com o meio onde habita. Foi desenvolvido em 1975, por Ann Hartman. É uma representação gráfica das ligações de uma família com as pessoas e estruturas sociais do meio. Desenha, poderíamos assim dizer, o seu "sistema ecológico". Identifica os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família.

IV. **FIRO – *Fundamental Interpersonal Relations Orientation,* ou Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais:** Objetiva compreender melhor o funcionamento da família, estudando as suas relações de poder, comunicação e afeto. A família é estudada nas dimensões de inclusão, controle e intimidade. Essa ferramenta é bastante útil quando a família se depara com situações que provocam crises familiares e demandam negociações e alterações de papéis entre os seus membros, tais como problemas de saúde, mudanças, doenças agudas e crônicas, hospitalizações etc. Também é utilizada na avaliação de problemas conjugais ou familiares, para entender como a família está lidando com alterações no ciclo da vida.

V. **P.R.A.C.T.I.C.E:** Objetiva a avaliação do funcionamento da família do paciente específico. Fornece informações sobre a organização familiar e posicionamento da família diante dos problemas enfrentados, possibilitando ao profissional maior sucesso no manejo daquele caso específico. Essa ferramenta foca no problema, permite uma aproximação esquematizada para trabalhar com a família, facilita a coleta de informações e elaboração de avaliação, com construção de intervenção (FERNANDES; CURRA, 2006).

- ***P**resenting problem* (problema apresentado);
- ***R**oles and structure* (papéis e estrutura);
- ***A**ffect* (afeto);
- ***C**ommunication* (comunicação);
- ***T**ime of life cycle* (fase do ciclo de vida);
- ***I**llness in family* (doença na família);
- ***C**oping with stress* (enfrentamento do estresse);
- ***E**cology* (meio ambiente, rede de apoio).

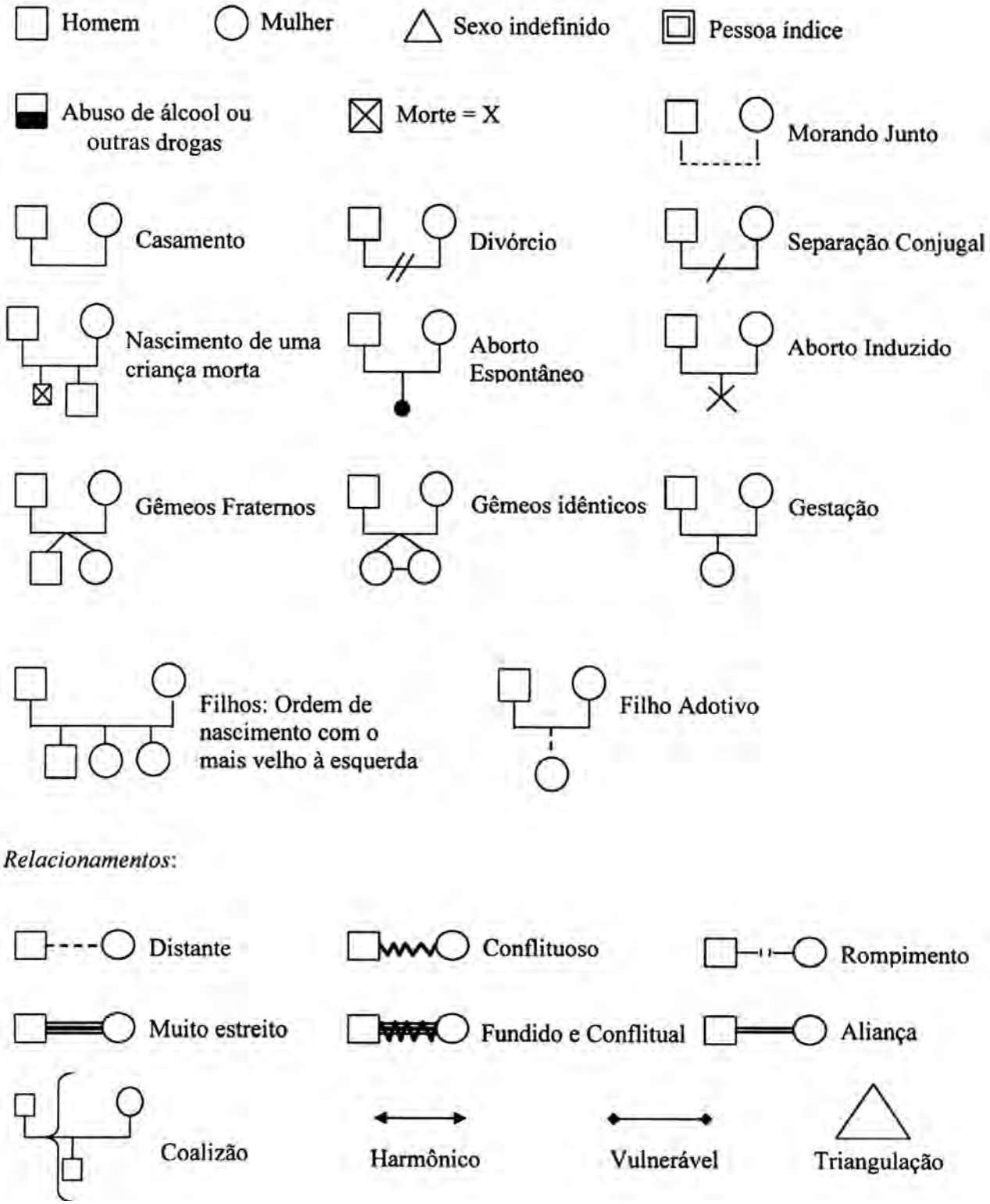
VI. **DISCUSSÃO E REFLEXÃO DE CASOS FAMILIARES:** Discussão e reflexão de casos com equipe multiprofissional – discussão dos casos clínicos, estudo de casos etc.

VII. **PROJETO TERAPÊUTICO DE CUIDADO À FAMILIA**: Permite conhecer e construir um projeto terapêutico de cuidado para a família. O Projeto Terapêutico é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas a partir da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário, e com a participação da família na sua elaboração.

Para melhor compreensão das ferramentas anteriormente descritas, seguem exemplos de Ecomapa, Genograma (Figura 1) e seus símbolos, questionários baseados no FIRO, bem como uma proposta de projeto terapêutico de cuidado à família.

Rosani Pagani, Fabiane Minozzo, Giovanna Quaglia

SÍMBOLOS DO GENOGRAMA



Exemplo de Ecomapa e Genograma. Nas referências bibliográficas específicas poderão ser encontrados detalhes sobre sua utilização. Há variações entre os autores quanto às formas de representação. Fonte: Baseado em McGoldrick; Gerson, 1995; Minuchin, 1982.

FIRO

Exemplos de questionários baseados nas dimensões de inclusão, controle e intimidade do FIRO.

Questionário 1

INCLUSÃO

1. Eu gosto que as pessoas me chamem para participar de suas conversas.

( ) Maioria das pessoas
( ) Muitas pessoas
( ) Algumas pessoas
( ) Poucas pessoas
( ) Uma ou duas pessoas
( ) Ninguém

2. Quando as pessoas estão fazendo coisas juntas, eu tendo a me juntar a elas.

( ) Normalmente
( ) Às vezes
( ) Ocasionalmente
( ) Raramente
( ) Nunca

CONTROLE

1. Eu deixo outras pessoas controlarem minhas ações.

( ) Maioria das pessoas
( ) Normalmente
( ) Às vezes
( ) Ocasionalmente
( ) Raramente
( ) Nunca

2. Eu tento que as outras pessoas façam as coisas à minha maneira.

( ) Normalmente
( ) Às vezes
( ) Ocasionalmente
( ) Raramente
( ) Nunca

INTIMIDADE

1. Eu gosto que as pessoas se tornem próximas, íntimas.

( ) Normalmente
( ) Às vezes
( ) Ocasionalmente
( ) Raramente

2. Eu tento ter relações mais íntimas com as outras pessoas.

( ) Maioria das pessoas
( ) Muitas pessoas
( ) Algumas pessoas
( ) Poucas pessoas
( ) Uma ou duas pessoas
( ) Ninguém

Fonte: Griffin, 1991.

Questionário 2 - Protocolo de Librach e Talbot

INCLUSÃO (estar dentro ou fora)
Desde que você descobriu sobre a gravidade da doença: **1. Como você sente que seu papel na família mudou ou tem mudado?** **2. O seu papel atual lhe causa alguma preocupação?** **3. Como você se sente sobre o modo como os outros membros da família lidam com seus respectivos papéis?**
CONTROLE (estar no topo ou na base)
Desde que você descobriu sobre a gravidade da doença: **1. Você se sente suficientemente envolvido no processo de decisão da sua família?** **2. Você sente que sua família tem uma boa maneira de tomar decisões? E quanto à resolução de conflitos?** **3. Você está satisfeito na sua relação com o seu cônjuge? Pais? Irmãos? Outros membros importantes da família?** Neste protocolo, não há itens separados para avaliar a INTIMIDADE (“estar perto ou distante”), uma vez que essa necessidade já está incluída na avaliação dos outros itens.

Fonte: Wilson et al, 1996.

Projeto terapêutico de cuidado à família

Para desenvolvimento do projeto terapêutico, a equipe fará um diagnóstico da situação familiar, detectando as **fragilidades** e **potencialidades** da família em relação a diversas competências esperadas. Em seguida, discutirá quais as atitudes a serem tomadas e quais profissionais deverão intervir, podendo anotar os resultados dessa discussão na tabela abaixo:

Competências Familiares	Fragilidades	Potencialidades	O que fazer?	Quem da equipe de SF?
Promover desenvolvimento afetivo e cognitivo (dinâmica, estrutura e funcionamento)				
Manutenção física/econômica (Contexto social-cultural-econômico)				
Sociabilidade e participação comunitária (Redes intra e extrafamiliares)				
Aspectos relevantes da história familiar que auxiliam no entendimento dos problemas de saúde apresentados				
Impacto do problema atual (o que motivou a abordagem familiar)				

Fonte: Soares, Pagani, Oliveira, 2005.

Atividades

REFLEXÃO

Reflita sobre quais são as principais atribuições da equipe de Saúde da Família na abordagem das famílias com pessoas que abusam de álcool ou outras drogas.

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. **De acordo com o que você estudou neste Capítulo, na Estratégia Saúde da Família:**
   a) Os profissionais devem focar suas ações de saúde nos indivíduos.
   b) Os profissionais devem atender todos os indivíduos das famílias, mas não priorizar abordagens familiares.
   c) É importante que a família seja objeto do cuidado da Saúde da Família e que esta seja entendida como protagonista do cuidado, corresponsabilizando-se pelo seu tratamento.
   d) A família é entendida como um sistema fechado, constituído por pessoas que convivem juntas ao longo do tempo, mantendo tradições, mitos e crenças que se perpetuam.

2. **Para intervir na área de Saúde da Família, a equipe deve ter as seguintes características:**
   a) Para não ser considerada invasiva, deve focalizar o tratamento principalmente na pessoa doente, treinando a família para enfrentar a doença e orientando-a apenas quando procurar ajuda.
   b) Ter conhecimento científico sobre os problemas da família e sempre aguardar que esta procure auxílio.
   c) Cada profissional deve abordar apenas os aspectos relacionados à sua especialidade, mantendo as informações em sigilo, até mesmo dos outros profissionais.
   d) Deve existir interação dos profissionais com a família, buscando oferecer apoio que fortaleça a comunicação e potencialidade de cada família.

3. Assinale a alternativa INCORRETA em relação às atividades realizadas pelas equipes de Saúde da Família que contemplam o cuidado da família:

a) Os Agentes Comunitários de Saúde realizam o cadastramento e acompanhamento das famílias de sua área de abrangência, o que permite, junto com o atendimento da equipe, conhecer e prestar assistência de maneira diferenciada às famílias em situação de risco, vulnerabilidade e/ou isolamento social.

b) A reunião de equipe permite a discussão e construção de projetos terapêuticos para as famílias que possuem problemas com o uso de álcool e outras drogas.

c) O acolhimento por parte da equipe de Saúde da Família possibilita que a unidade de Atenção Primária à Saúde seja reconhecida como um local de acesso e cuidado aos usuários de álcool e outras drogas e a suas famílias.

d) O prontuário é o instrumento em que são registrados os atendimentos. Na Saúde da Família é interessante que prontuários sejam individuais, não tendo uma organização por família.

4. Assinale a alternativa CORRETA no que diz respeito à abordagem dos profissionais da Saúde da Família com pessoas usuárias de álcool e outras drogas e suas famílias:

a) Deve existir preocupação com a construção de vínculo entre os profissionais e a família, fazendo uso do prontuário familiar, acolhendo tanto os usuários quanto suas famílias.

b) As famílias com pessoas usuárias de álcool e outras drogas não necessitam de cuidados especiais, por isso não devem participar do tratamento, para manter o sigilo das informações fornecidas pela pessoa dependente de drogas.

c) A família deve ser atendida separadamente, sem o conhecimento da pessoa com dependência de drogas, para que a família possa dar informações que os profissionais usarão para confrontar o usuário de drogas.

d) O cuidado com a família e com o usuário deve ser realizado em separado, para evitar conflitos.

Bibliografia

AFONSO, M.L. Trabalhando dentro do sistema: habilidades de apoio à família. In: MINUCHIN, P.; COLAPINTO, J.; MINUCHIN, S. (Org.). *Trabalhando com famílias pobres*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. p. 39-67.

ANDOLFI, M.; ANGELO, C. *Tempo e mito em psicoterapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

_____; _____; MENGHI, P.; NICOLO-CORIGLIANO, A.M. *Por trás da máscara familiar*: um novo enfoque em terapia da família. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

ÁRIES, P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

BOUSSO, R.S. A enfermagem e o cuidado na saúde da família. In: BRASIL. *Manual de enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde/Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/ Universidade de São Paulo, 2001. p. 18-22.

CALDERÓN, A.I.; GUIMARÃES, R.F. Família: a crise de um modelo hegemônico. *Rev Serviço Social Sociedade*, 1994;XV(46).

CALVO, S.M. La familia: una aproximación desde la salud. *Rev Cubana Med. Gen Integral*, 2001;17(3):257-62.

CARTER, B.; McGOLDRICK, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar*: uma estrutura para a terapia familiar. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 7-27.

CARVALHO, M.C.B. (Org.). *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC/Cortez, 2000.

COSTA, J.F. *Ordem médica e norma familiar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1983.

DABAS, E. A intervenção em rede. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 1995;4(6):5-17.

DIOS, V.C. Droga, família, escola e o grupo de pares no processo de socialização de crianças e adolescentes em situação de rua. In: CARVALHO, D.B.B.; SILVA, M.T. (Org.). *Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua*: a experiência do Prodequi. Brasília: Ministério da Saúde-COSAM/UnB-PRODEQUI/UNDCP, 1999. Cadernos do PRODEQUI, 1.

FERNANDES, C.L.C.; CURRA, L.C.D. Ferramentas de abordagem da família. *PROMEF: Programa de Atualização em Saúde da Família*. Organização SBMFC, p. 13-29. Porto Alegre: Artmed/Panamericana Ed., 2006.

GUEIROS, D.A. Família e proteção social: questões atuais e limites da solidariedade familiar. *Rev Serviço Social Sociedade*, 2002;XXIII(71).

GRIFFIN, W.C. (Ed.). *A first look at communication theory*. 1991. p. 97. Disponível em: <http://www.afirstlook.com/archive/firo.pdf> (tradução nossa).

KENNETH JR., R.C.; CAMPOS, S.E.M.; TEIXEIRA, M.T.B.; MASCARENHAS, M.T.M.; MAUAD, N.M.; FRANCO, T.B. Aspectos metodológicos da avaliação na Atenção Básica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Gestão em redes*: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006.

MASIGLIA, R.M.G. Famílias de baixa renda na periferia do município de São Paulo: questões para os serviços de saúde. *Rev Serviço Social Sociedade*, 2002;XXIII(71).

McGOLDRICK, M.; GERSON, R. Genetogramas e o ciclo de vida familiar. In: _____; CARTER, B. (Ed.). *As mudanças no ciclo de vida familiar – Uma estrutura para a terapia familiar*. 2. ed. Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MINUCHIN, P.; COLAPINTO, J.; MINUCHIN, S. A estrutura: uma orientação sistêmica e uma abordagem centralizada na família. In: _____; _____; _____ (Org.). *Trabalhando com famílias pobres*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. p. 19-29.

MINUCHIN, S. *Famílias funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

OSÓRIO, L. C. *Família hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

PISZEZMAN, M.L.R.M. *Terapia familiar breve*: uma nova abordagem terapêutica em instituições. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

PIMENTEL, S. Perspectivas jurídicas da família: o novo Código Civil e a violência familiar. *Rev Serviço Social Sociedade*, 2002;XXIII(71).

SARTI, C.A. Contribuições da antropologia para o estudo da família. *Psicol USP*, 1992;3(1/2):69-76.

_____. O olhar sobre a família no atendimento à saúde. *VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO)*, nº 4.066. Brasília, 2003.

SCHUTZ, W. FIRO Theory of Needs. In: GRIFFIN, W.C. (Ed.). *A first look at communication theory*. 1991. p. 97. Disponível em: <http://www.afirstlook.com/archive/firo.pdf> (tradução nossa).

SEIXAS, M.R.A. *Sociodrama familiar sistêmico*. São Paulo: Aleph, 1992.

SOARES, M.L.P.V. *Vencendo a desnutrição*: abordagem social. São Paulo: Salus Paulista, 2002. p. 35-51.

SOARES, T.Q.S. *Proposta educativa para os profissionais de nível superior das Equipes da Estratégia de Saúde da Família de Sobral em abordagem sistêmica familiar*. Dissertação de Mestrado, Havana/Cuba, Escola Nacional de Saúde Pública, 2006.

_____; PAGANI, R.; OLIVEIRA, D.L. *Abordagem a família no PSF. Escola de Formação em Saúde da Família*, 2005. Mimeo.

SZYMANSKI, H. Teorias e "teorias" de famílias. In: CARVALHO, M.C.B. (Org.). *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC/Cortez, 2000.

_____. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. *Rev Serviço Social Sociedade*, 2002;XXIII(71).

VASCONCELOS, E.M. Priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate – Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde*, 1999;23(53):6-19.

WAGNER, H.L.; WAGNER, A.B.P.; OLIVEIRA, E.; TALBOT, Y. Estratégias e ferramentas para trabalhar com famílias. *Coletânea e adaptação livre para estudo na residência de saúde da família*. Adaptação: Dilma Lucena Oliveira.

WILSON, L.; TALBOT, Y.; LIBRACH, L. O modelo FIRO de estudo da família. In: _____. *Trabalhando com famílias*: livro de trabalho para residentes. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 1996.

WINNICOTT, D.W. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

WRIGHT, L.; LEAHEY, M. Fundamentos teóricos dos Modelos Calgary de Avaliação e Intervenção na Família. In: _____; _____ (Org.). *Enfermeiras e famílias*: um guia para avaliação e intervenção familiar. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

Capítulo
4

Abordagem familiar: cuidados às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas pelas equipes de Saúde da Família

Rosani Pagani, Fabiane Minozzo, Giovanna Quaqlia

Capítulo

5

Grupos de Ajuda Mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas

TÓPICOS

- ✓ Um pouco de história
- ✓ Características
- ✓ Filosofia
- ✓ Profissionais
- ✓ Centros de tratamento
- ✓ Atividades
- ✓ Bibliografia

Nota dos Organizadores:

Alguns conceitos expressos nos textos deste capítulo podem ser diferentes dos que você viu em módulos anteriores. O objetivo destes capítulos é apresentar a proposta dos profissionais que atuam com diferentes tipos de abordagem. O conhecimento dos conceitos básicos destas diferentes modalidades é importante para que você tenha elementos para decidir se o seu paciente tem um perfil que provavelmente se adequará, ou não, a determinada modalidade terapêutica.

Grupos de Ajuda Mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas

John E. Burns, Walter Labonia Filho

Um pouco de história

Carl Gustav Jung tratou, por meio de psicanálise, de um alcoolista, Roland Hazard, banqueiro americano de uma rica família, durante o ano de 1931. Sem resultado satisfatório, Jung recomendou que Roland procurasse uma "experiência espiritual ou religiosa". Roland se envolveu num movimento evangélico, o Grupo de Oxford, e livrou-se de sua dependência. Formou-se, a partir de então, um subgrupo de alcoolistas dentro do Oxford Group, que posteriormente fundaram o Alcoólicos Anônimos (AA), em 1935, em Akron, Ohio. As raízes religiosas continuam presentes nesse movimento até os dias de hoje.

O AA cresceu rapidamente e estima-se que hoje existam 114.070 grupos com 2.133.842 membros, em 170 países diferentes. No Brasil, há cerca de 6.000 grupos com 121.000 membros.

A experiência do AA foi aplicada a outros transtornos e hoje existem centenas de tipos de grupos de autoajuda dedicados a problemas como tabagismo, sexo, jogo e alimentação.

Todas essas organizações de autoajuda têm grupos paralelos e similares para os amigos e familiares do dependente e utilizam, para identificar o tipo de grupo, nomes como Al-Anon para AA e Nar-Anon para NA.

O grupo que mais cresce é o de Narcóticos Anônimos (NA), com mais de 61.800 reuniões semanais no mundo inteiro e cerca de 600.000 membros. O Brasil tem aproximadamente 1.500 reuniões semanais de NA e 15.000 membros.

Características

Os grupos de autoajuda, baseados no modelo de AA, têm como único requisito à participação o desejo de não beber, e quaisquer duas pessoas, com esse desejo, podem formar um grupo. **Existem pesquisas sobre isso?** Uma vez que os membros entram e saem livremente, grupos formam-se e desaparecem com frequência, **dificultando a obtenção de números exatos** dos membros atuantes, o que dificulta as pesquisas.

Existem, porém, membros muito dedicados que organizam **serviços de informação** e produzem uma **literatura especializada**. Escritórios locais estão integrados a uma estrutura internacional.

A **sede do AA** está localizada em **Nova Iorque** e tem um orçamento anual de 10 milhões de dólares, enquanto a **sede do NA** está localizada na **Califórnia** e tem despesas de 4 milhões de dólares, custeadas por doações de membros e venda de literatura. Não existem registros dos membros e nenhum grupo recebe doações de pessoas ou entidades não AAs; **são totalmente autossustentáveis**.

Com essa organização, podem aparecer tentativas de imposição de normas e rituais e, às vezes, surgem lideranças informais. A grande maioria dos membros de grupos de autoajuda é alheia a essa estrutura, entrando, saindo e formando novos grupos com os quais podem se identificar e se sentir confortáveis.

Filosofia

Os **12 Passos** são sugeridos aos membros de grupos de autoajuda como um processo útil para atingir e manter a abstinência. Foram escritos no plural e no passado, como sugestões dos primeiros alcoolistas que tiveram sucesso na aplicação do programa, no espírito de **"se você quer o que nós temos, pode fazer o que nós fizemos"**.

IMPORTANTE!
Os AA, além do afeto e acolhimento, demonstram, a cada momento, muita disponibilidade em relação aos membros do grupo, em casos de necessidades.

Os 12 passos são:

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool, que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
2. Viemos acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos a sanidade.
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus na forma em que O concebíamos.
4. Fizemos um minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano a natureza exata de nossas falhas.

6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7. Humildemente pedimos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
8. Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
11. Procuramos, pela prece e pela meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, pedindo apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.
12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

ENTENDA OS PASSOS

No PRIMEIRO PASSO – a chave do processo – o dependente assume sua dependência, ou seja, se rende à condição de usuário. A linguagem e confirmação desse passo acontecem indiretamente na medida em que o usuário ouve depoimentos de outros membros e fala de si ao grupo. Admitindo sua impotência no Primeiro Passo, o indivíduo em recuperação está num estado de “só eu posso me ajudar, mas preciso de ajuda”.

Assim, chega ao **SEGUNDO** e **TERCEIRO PASSOS** procurando um Poder Superior, “na forma em que O concebíamos”. O conceito de Poder Superior é considerado muito pessoal e pode variar entre o tradicional Deus cristão até o panteísmo, ou um objeto ou pessoa, como um profissional de saúde. Abrange o ateu e o agnóstico sem conflitos.

John E. Burns, Walter Labonia Filho

Profissionais

Por que os médicos, psiquiatras, psicanalistas, psicólogos, assistentes sociais, conselheiros e as lideranças religiosas, como indivíduos que tratam da dependência química, às vezes têm dificuldades em relacionar-se com os grupos de autoajuda? Algumas possíveis causas:

- ✓ Os grupos não são fundamentados em nenhuma teoria ou linha de trabalho. São totalmente pragmáticos, voltados para o momento presente e para ações práticas.
- ✓ Seu teor espiritual/religioso não se encaixa bem em algumas linhas de psicoterapia, a psicanalítica, por exemplo.
- ✓ Como não existem registros das sessões, por parte dos membros, é difícil realizar uma avaliação de resultados.
- ✓ Nos grupos de autoajuda, há uma resistência ao uso de qualquer substância psicoativa, inclusive ao uso de medicamentos. Assim, pacientes de profissionais que prescrevem medicamentos, frequentemente, sentem-se marginalizados nesses grupos.
- ✓ Membros de grupos de autoajuda podem criar laços emocionais muito fortes com seus companheiros, levando ao fanatismo ou a um culto religioso. Em função disso, algumas pessoas chegam a rejeitar a ajuda de profissionais ou outra ajuda fora do âmbito do grupo.

SAIBA QUE:
O AA faz uma pesquisa por amostragem de seus membros a cada três anos e, dessa forma, mostra que cerca de 60% dos membros recebem, antes e depois de entrar no AA, algum tratamento ou aconselhamento profissional. Para a grande maioria desse grupo, a experiência tem sido positiva. Na edição de 1988 do "Cecil, Textbook of Medicine", de Wyngaarden, Smith Jr., Bennett e Plum, está recomendado, como parte de seu tratamento, que os alcoolistas frequentem os grupos de AA.

Centros de tratamento

Alguns médicos, clínicos e psiquiatras participaram da fundação de AA e trataram os alcoolistas em hospitais com alas designadas para desintoxicação. A internação em um desses hospitais era quase uma condição para entrar num grupo de AA.

O próprio AA inaugurou um centro de tratamento baseado nos **12 Passos**, mas como é uma organização que tem uma tradição que diz: "AA jamais deverá organizar-se como tal...", esse grupo não conseguiu administrar o centro e fechou.

VOCÊ SABIA?
Hoje, são mais de 11.000 centros de tratamento nos Estados Unidos que recomendam a participação dos dependentes químicos em grupos de autoajuda. Há estimativas no Brasil da existência de um a dois mil centros dessa natureza.

O AA, porém, coopera ativamente com centros que utilizam os **12 Passos**, orientado pelo princípio de "cooperação e não afiliação". Segundo o estudo citado, 35% dos membros ingressaram nos grupos de AA pelos centros de tratamento.

CONCLUSÃO

Apesar dos mais de 500 estudos realizados sobre a eficácia de grupos de autoajuda, desde 1980, incluindo o "Project Match" (que não foi somente uma avaliação do AA), não há dados definitivos sobre a eficácia de AA, devido à sua particular estrutura.

Por outro lado, um movimento que atrai milhões de dependentes no mundo inteiro e que, depois de 78 anos, continua diversificando-se e crescendo tem algo a contribuir como uma modalidade de tratamento, que pode ser eficaz para o enfrentamento da dependência de substâncias psicoativas.

Atividades

REFLEXÃO

Descreva como você avalia que o grupo de autoajuda contribuiria para o tratamento de pessoas usuárias de álcool e outras drogas e quais os perfis de pacientes que muito provavelmente se beneficiariam e quais teriam dificuldade de se adaptar a este tipo de intervenção.

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. **A afirmação: "O único requisito para ser membro do AA é o desejo de não beber e quaisquer duas pessoas com esse desejo podem formar um grupo" e a afirmação: "Não existem registros de membros e nenhum grupo recebe doações de fora; são totalmente autossustentáveis." São, respectivamente:**

   ( ) a) V V.
   ( ) b) V F.
   ( ) c) F V.
   ( ) d) F F.

2. **O principal requisito para ser membro de um Grupo de Ajuda Mútua é:**

   a) Buscar sobriedade e assistir às reuniões dos grupos anônimos.
   b) Interromper totalmente o consumo e trazer a família para uma orientação.
   c) Comprometer-se com os ideais religiosos difundidos pelo grupo.
   d) Arregimentar novos companheiros semanalmente.

3. É provável que os profissionais da área de saúde tenham dificuldades para se relacionar com grupos de autoajuda porque:

a) Os grupos não são fundamentados nos princípios dos serviços de saúde.
b) Os grupos de autoajuda proíbem que seus participantes utilizem os serviços de saúde.
c) Todo grupo de autoajuda tende ao fanatismo religioso.
d) Nenhuma das anteriores.

4. Membros de grupos de autoajuda criam entre si laços emocionais que podem levá-los a:

a) Rejeitar ajuda fora do âmbito do grupo.
b) Frequentar igrejas.
c) Associar-se a times de futebol.
d) Nenhuma das anteriores.

Bibliografia

ALCOHOLICS ANONYMOUS. *The forty-ninth annual meeting of the General Service Conference of Alcoholics Anonymous, 1999 Final Report*. New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc., 1999.

_____. *A newsletter for professionals – about AA. 1998 membership survey*: a snapshot of AA membership. New York: Alcoholics Anonymous, 1999.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS – AA. *Os doze passos e as doze tradições*. São Paulo: Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil – JUNAAB, 1952.

_____. *Informação pública*. São Paulo: Alcoólicos Anônimos/Área Estado de São Paulo, 2011c.

DARRAH, M.C. *Sister Ignatia – Angel of Alcoholics Anonymous*. Chicago: Loyola University Press, 1992.

HART, K.E. A spiritual interpretation of the 12-Steps of Alcoholics Anonymous: from resentment, to forgiveness to love. *J Ministry Addict Recovery*, 1999;6(2):25-39.

HAZELDEN FOUNDATION. *The Voice*: Summer 2000. Minnesota: Hazelden Foundation, 2000.

KURT, E. *Not-God, a history of Alcoholics Anonymous*. Minnesota: Hazelden Foundation, 1979.

NARCOTICS ANONYMOUS – NA. *2000 Conference Agenda Report. World Service Conference of Narcotics Anonymous*. Woodland Hills, 30 April-6 May 2000.

NIAAA - NATIONAL INSTITUTE OF ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. *NIAAA Report Project MATCH Main Findings, 1996*. Washington: NIH, 1996.

ROBERTSON, N. *Getting better*: inside Alcoholics Anonymous. New York: William Morrow, 1988.

THE NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. *Principles of drug addiction treatment*: a research based guide. Washington: NIH; 1999.

VAILLANT, G.E. *The natural history of alcoholism revisited*. Cambridge: Harvard University Press, 1995.

WYNGAARDEN, J.B.; SMITH JR., L.H.; BENNETT, J.C.; PLUM, F. (Ed.). *Cecil, Textbook of Medicine*. 18. ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1988.

Capítulo
5

Grupos de Ajuda Mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas

John E. Burns, Walter Labonia Filho

Capítulo

6

Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa: definição, objetivos e pressupostos

TÓPICOS

- ✓ Por que Terapia Comunitária?
- ✓ Os objetivos da Terapia Comunitária
- ✓ A escolha do terapeuta
- ✓ A importância das etapas e das regras na roda comunitária
- ✓ As abordagens terapêuticas
- ✓ Atividades
- ✓ Bibliografia

Nota dos Organizadores:
Alguns conceitos expressos nos textos deste capítulo podem ser diferentes dos que você viu em módulos anteriores. O objetivo destes capítulos é apresentar a filosofia e proposta dos profissionais que atuam com diferentes tipos de abordagem. O conhecimento dos conceitos básicos destas diferentes modalidades é importante para que você tenha elementos para decidir se o seu paciente tem um perfil que provavelmente se adequará, ou não, a determinada modalidade terapêutica.

Adalberto de Paula Barreto

Por que Terapia Comunitária?

Terapia é uma palavra de origem grega (do grego: *therapeia*) que significa acolher, ser caloroso, servir, atender. Portanto, o terapeuta é aquele que cuida dos outros de forma calorosa, acolhedora.

É um espaço comunitário onde se procura compartilhar (ou dividir) experiências de vida com os demais componentes ou membros do grupo. Cada membro torna-se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de vida que ali são relatadas. Todos se tornam corresponsáveis, na busca de soluções e superação dos desafios diários, em um ambiente acolhedor e caloroso. É um momento de transformação da crise e do sofrimento, no qual o indivíduo "ressignifica" seus sentimentos, dando origem a uma nova visão dos elementos que o faziam sofrer.

VOCÊ SABIA?
A palavra COMUNIDADE é composta de duas outras palavras: COMUM + UNIDADE, ou seja, o que essas pessoas têm em comum? Entre outras afinidades, têm sofrimentos, buscam soluções e meios para vencer as dificuldades.

É essa dimensão sagrada de transformar o sofrimento em crescimento, a carência em competência, que faz da Terapia Comunitária um espaço sagrado.

A AÇÃO TERAPÊUTICA DA COMUNIDADE

A Terapia Comunitária é um ESPAÇO DE ESCUTA, PALAVRA E VÍNCULOS: uma prática sistêmica e integrativa de saúde e trabalho social comunitários.

A Terapia Comunitária se propõe a ser um instrumento de aquecimento e fortalecimento das relações humanas, na construção de redes de apoio social, em um mundo cada vez mais individualista, privatizado e conflitivo. A comunidade age onde a família e as políticas sociais falham. Nesse sentido, a solução está no coletivo e em suas interações, no compartilhar, nas identificações com o outro e no respeito às diferenças.

A Terapia Comunitária se baseia nos seguintes pressupostos:

- ✓ Toda pessoa, qualquer que seja sua condição socioeconômica ou cultural, mesmo que desconheça, possui recursos e saberes úteis aos outros;
- ✓ De onde provêm essas competências? Elas provêm das dificuldades superadas e dos recursos culturais;

- ✓ É sobre essas bases que as partilhas ocorrem de forma horizontal e circular, uma vez que o que é valorizado não é a diferença de situação econômica ou educacional, mas a variedade das experiências de vida. Nesse sentido todos encontram-se no mesmo patamar;
- ✓ A partilha de experiências mostra as possíveis estratégias de superação dos sofrimentos do cotidiano e permite à comunidade encontrar, nela mesma, as soluções aos seus problemas que a pessoa, a família e os serviços públicos não foram capazes de encontrar isoladamente;
- ✓ A Terapia Comunitária é um instrumento que desenvolve uma grande capacidade para se escutar, respeitar-se uns aos outros e melhor compreender os diferentes pontos de vista. Trata-se bem mais de uma postura do que de um método, mesmo que disponhamos de uma estrutura contendo diversas etapas, com regras claramente identificadas. Trata-se de um espaço de escuta, palavra e construção de vínculos que permitem identificar uma série de soluções a partir da troca de experiência vivenciada em um clima de tolerância, respeito e liberdade;
- ✓ Com a Terapia Comunitária, tentamos nos diferenciar de técnicas que fazem da relação de ajuda ao outro um meio de oferecer soluções prontas, fazendo interpretações brilhantes, diagnósticos, prescrições, dando receitas prontas, cursos magistrais sobre um tema abordado. Em vez de fazer algo para os outros, nós fazemos com os outros, escutando, tentando compreender seu universo cultural, através de perguntas que geram dúvidas em suas certezas que aprisionam, fecham o diálogo e impedem a partilha;
- ✓ Nós privilegiamos as perguntas que ajudam a nomear o sofrimento, identificar a emoção que nos permite refletir, que despertam a consciência e que possibilitam a partilha, que ajudam a descoberta dos recursos construídos ao longo da vida ou herança de nossos antepassados africanos, indígenas, europeus e asiáticos, que possibilitam a mudança, que fazem emergir os valores, que reconhecem o esforço feito, o processo, que permitem dar um novo sentido ao sofrimento.

Adalberto de Paula Barreto

Os objetivos da Terapia Comunitária

A TC tem os seguintes objetivos:

- ✓ Reforçar a dinâmica interna (ou funcionamento interno) de cada indivíduo, para que este possa descobrir seus valores, suas potencialidades e tornar-se mais independente;
- ✓ Reforçar a autoestima individual e coletiva;
- ✓ Redescobrir e reforçar a confiança em cada indivíduo, diante de sua capacidade de evoluir e de se desenvolver como pessoa;
- ✓ Valorizar o papel da família e da rede de relações que ela estabelece com o seu meio;
- ✓ Promover, em cada pessoa, família e grupo social, um sentimento de união e de identificação com seus valores culturais;
- ✓ Favorecer o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de desintegração dos indivíduos e das famílias, pela restauração e fortalecimento dos laços sociais;
- ✓ Promover e valorizar as instituições e práticas culturais tradicionais que são detentoras do "saber fazer" e guardiãs da identidade cultural;
- ✓ Tornar possível a comunicação entre as diferentes formas do "saber popular" e "saber científico";
- ✓ Estimular a participação social, como requisito fundamental para dinamizar as relações sociais, promovendo a conscientização e estimulando o grupo, por meio do diálogo e da reflexão, a tomar iniciativas e ser agente de sua própria transformação.

Adalberto de Paula Barreto

A CONSTRUÇÃO DAS TEIAS

A teia de aranha é um símbolo. Os índios Tremembé, que habitam o nordeste brasileiro, dançam o torém, uma dança em ritmo de xote, pela qual invocam e imitam os animais com os quais, no passado, aprenderam uma lição. Entre os animais reverenciados, está a aranha. Com a dança da aranha, os índios lembram que ela, sem a teia, é como o índio sem a terra. A aranha sem a teia é como uma comunidade sem vínculos.

As TCs são semelhantes ao trabalho da aranha, que tece teias invisíveis. Esse tipo de trabalho terapêutico tem se tornado uma referência para os indivíduos excluídos da sociedade, tem aberto um espaço de expressão para os que sofrem, fornecendo suporte e apoio.

A cultura é como uma teia invisível, que integra e une os indivíduos. Portanto, é possível acreditar que a melhor prevenção é manter o indivíduo ligado ao seu universo cultural e relacional, a sua teia, pois é por sua identificação com os valores culturais de seu grupo que ele se alimenta e constrói a sua identidade.

A escolha do terapeuta

Para selecionar os candidatos a terapeutas comunitários, sugerimos uma palestra de sensibilização aberta ao público para apresentar a TC, seus objetivos, princípios teóricos e o papel do terapeuta comunitário. Essa palestra de sensibilização permite esclarecer dúvidas e realizar uma melhor escolha de quem deseja fazer a formação, evitando, assim, desistências posteriores e mal-entendidos. A etapa da escolha do terapeuta comunitário é muito importante.

A comunidade deve seguir alguns critérios para que seja realizado um bom trabalho. Se já existe comunidade organizada e consciente da importância da TC, a escolha do terapeuta torna-se mais fácil.

Aqui, apresentamos alguns critérios que devem auxiliar na escolha do terapeuta comunitário:

1. A comunidade deve escolher o terapeuta após uma explicação sobre o trabalho do terapeuta comunitário. Esse trabalho deve ser discutido com as pessoas da

comunidade, para que elas sugiram nomes que correspondam ao perfil necessário. Esse processo democrático fortalece o papel do terapeuta comunitário e garante que o eleito seja alguém que tem o respeito e a confiança da comunidade.

2. Ser alguém já envolvido em trabalho comunitário, pois a experiência como líder que organiza reuniões será muito útil ao trabalho.
3. Estar consciente de que o trabalho realizado não traz nenhuma remuneração financeira, sendo puramente voluntário, podendo ser realizado por alguém já ligado à instituição, por exemplo, um Agente Comunitário de Saúde, ou outros profissionais inseridos em programas como ESF (Estratégia Saúde da Família).
4. Ter mente aberta para participar das práticas vivenciadas durante o curso. É preciso querer se conhecer, aceitar rever seus conceitos e crenças, para que, de fato, haja crescimento humano e profissional.
5. Não ser adolescente, nem pessoa imatura, "super-rígida" ou preconceituosa.
6. Não ser pessoa com situação-problema mal-resolvida, uma vez que lidará com a formação de pessoas para atuarem como mediadores sociais do sofrimento humano. O curso para formação do terapeuta comunitário não prepara para tratar pessoas com problemas graves. Exige-se, portanto, um mínimo de equilíbrio emocional.
7. Ter disponibilidade para se dedicar às atividades como terapeuta comunitário.
8. Saber que essa formação exige o afastamento de sua família e de suas atividades, por períodos de quatro dias, em intervalos de dois a três meses (o curso para formação de terapeuta comunitário, em geral, ocorre em quatro módulos, dos quais dois são de quatro dias e dois, de três dias).
9. Conhecer as diversas atividades que seu Município desenvolve, para que a terapia comunitária venha dar apoio a outras atividades e não funcione de forma isolada das outras ações.
10. Ter disponibilidade entre duas horas e duas horas e trinta minutos semanais para realizar as sessões de Terapia Comunitária.
11. Em locais onde já existe a Terapia Comunitária, propor aos candidatos que participem de, pelo menos, três sessões de TC. Isso lhes permitirá entender melhor a proposta e observar se há identificação com ela.
12. Realizar entrevista individual com os candidatos, para melhor compreender a sua motivação para a formação proposta, bem como analisar se o(s) interessado(s) atende(m) aos critérios exigidos.

Devem ainda ser escolhidas duas ou três pessoas por comunidade ou instituição, a fim de que seja constituída uma equipe para coordenar a TC.

Não é exigida nenhuma capacitação anterior. O mais importante é que o terapeuta comunitário eleito deseje adquirir novos conhecimentos que lhe permitam fazer melhor o trabalho que já desenvolve na comunidade. O terapeuta deve estar a serviço do grupo, e não o contrário: colocar o grupo a serviço de sua dinâmica individual, de seu projeto pessoal, querer crescer sozinho ou sozinho realizar, empreender.

Essa é a diferença entre o terapeuta comunitário e outras lideranças político-partidárias.

A CAPACITAÇÃO DO TERAPEUTA COMUNITÁRIO

Depois da seleção, feita com base nos critérios apontados, os eleitos devem fazer o **curso** para formação de **Terapeuta Comunitário**.

Trata-se de um curso de capacitação profissional, com carga horária de 360 horas, distribuídas da seguinte forma:

- ✓ 80 horas são dedicadas aos princípios teóricos;
- ✓ 80 horas, às vivências terapêuticas, utilizando-se técnicas de relaxamento e autoconhecimento; e
- ✓ 120 horas dedicadas à realização de práticas em TC, equivalentes à condução de 48 terapias, como terapeuta ou coterapeuta, realizadas em sua comunidade e/ou instituição, com 60 horas de supervisão dos professores da instituição organizadora e ainda 20 horas para realizar as dez entrevistas necessárias.

O PERFIL DO TERAPEUTA

O terapeuta comunitário é uma pessoa que pode proporcionar às mães e aos pais de família o alívio às suas ansiedades, às suas angústias, às suas frustrações, aos seus estresses e aos seus sofrimentos, e também possibilita partilharem seus recursos e suas descobertas, pela troca de experiências na TC.

Embora o sofrimento passe pelo corpo, não é uma dor só do corpo. Não diz respeito somente à medicina. Trata-se da dor de pessoas humanas que estão vivendo um drama, uma dificuldade, e precisam de apoio e suporte da comunidade. São mães e pais que precisam ser escutados e apoiados.

O PAPEL DO TERAPEUTA

O terapeuta comunitário deve estar consciente dos objetivos da terapia e dos limites de sua intervenção para não ir além da sua função. A função da TC não é resolver os problemas das pessoas, mas promover o compartilhamento de experiências e a criação de uma rede de apoio aos que sofrem. O terapeuta comunitário não deve assumir o papel de especialista (psicólogo, psiquiatra), fazendo interpretações ou análises.

O terapeuta deve trabalhar a competência das pessoas, procurando, sempre por meio de perguntas, "garimpar" o saber produzido pela experiência do outro. Deve, pois, resgatar e valorizar o "saber" produzido pela experiência, pela vivência de cada um. O terapeuta não deve colocar suas ideias na terapia, mas promover ideias do próprio grupo, em propostas como: **"Quem já vivenciou algo parecido e o que fez para superá-lo?".**

Na Terapia Comunitária Integrativa (TCI), o que nos interessa são as emoções das experiências de vida de cada um, e não o *status* social, a especialidade de cada um, nem o problema em si. Expressar a emoção diante de uma dificuldade permite a ressonância ao nível das histórias de cada um dos presentes na roda (espaço da Terapia Comunitária), gerando um movimento de solidariedade e promovendo reforço dos vínculos de amizade que iniciam dentro da própria roda, estendendo-se gradativamente para a comunidade.

O terapeuta deve criar e estimular os laços afetivos entre as pessoas e procurar intervir como um comunicador, preocupado em esclarecer as mensagens. O papel central do terapeuta é, pois, ajudar na descoberta dos recursos individuais e comunitários e mobilizar o possível em cada um, evitando a busca do consenso entre os membros do grupo, pois essa busca desencadeia a luta pelo poder.

VOCÊ SABIA?
Os termos TCI e TC podem ser utilizados como sinônimos sem que se tornem um problema conceitual.

Adalberto de Paula Barreto

A importância das etapas e das regras na roda comunitária

A fim de evitar que as rodas comunitárias se tornem espaço de dominação, de massificação do indivíduo, foram estruturadas em etapas e criadas as regras que garantem a liberdade de expressão, o respeito das diferenças e a partilha de experiências de cada pessoa, bem como as estratégias de superação construídas no cotidiano. Somente assim as rodas podem ser libertadoras.

AS ETAPAS DA TERAPIA COMUNITÁRIA

1. **Acolhimento**

   Na TCI o acolhimento é a chave da participação exitosa. Com um ambiente acolhedor, caloroso, as regras estabelecidas oferecem um quadro seguro. Quando um indivíduo identifica um ambiente como seguro ou como ameaçador, terá uma reação no seu Sistema Nervoso que facilita o engajamento social ou desencadeia a fuga; parte para a luta ou congelamento. Quando o Sistema Nervoso detecta que o ambiente é saudável, acolhedor, o Sistema Vagal Ventral (Parassimpático) entra em ação, ficamos relaxados, confiantes, conscientes e socialmente interconectados. Quanto mais interconectados, maior é o sentimento de integração e desejo de participação. Pessoas mais calmas e relaxadas conseguirão mais facilmente narrar suas histórias, estabelecer diálogos construtivos e relações sociais saudáveis. **Quais são os objetivos do acolhimento?**

   Aquecer o grupo para a partilha; deixar os participantes à vontade; garantir o diálogo respeitoso, estruturar a troca baseada no respeito, sem julgamento.

   As regras: silêncio, falar de si usando o EU, não dar conselhos, não fazer análises nem interpretações ou piadas, e propor músicas, provérbios adequados ao momento.

   - O **silêncio** é uma regra de ouro. Possibilita a escuta ativa. Ouve-se de si, quando o outro fala dele.
   - **Falar de si na primeira pessoa:** Na TCI, falar **NA** primeira pessoa significa algo

muito profundo, que é falar **DA** própria pessoa, falar de mim mesmo expressando meus sentimentos para o grupo, que é muito diferente de falar **EM** mim mesmo ou falar em **NÓS** como um coletivo abstrato. Falar no **EU** exige que me conecte com meus sentimentos, com meus desejos, com minha participação no **NÓS**, responsabilizando-me por minhas palavras, por minhas atitudes, sem deixar de ser **NÓS**. Exige olhar dentro de mim mesmo, assumir meus sentimentos e expressá-los olhando respeitosamente para o **NÓS**, o que quase nunca é fácil e sempre exige coragem, independentemente de contexto cultural. Quando falo de sentimentos, só posso falar dos meus sentimentos, pois só posso conhecer e reconhecer os sentimentos que eu sinto, só posso falar **DE** mim, no **EU**, na primeira pessoa do singular.

- A possibilidade de falar de si, de suas inquietações e sofrimentos, daquilo que tira o sono faz com que os outros se identifiquem, percebam sua humanidade e seus limites, mas também identifiquem seu potencial e suas competências. Assim é deflagrada a construção de redes de solidariedade e de corresponsabilidade, de onde emerge um **NÓS coletivo**, mais humanizado, constituído de muitos **EUS conscientes**; é o que responde pela força transformadora da TC.
- **A celebração de aniversários e datas significativas** valoriza pessoas e acontecimentos e ajuda na formação de redes após a TC.
- **As músicas** têm uma ação de acolhimento e continência das emoções que emergem no grupo. Possibilitam sair do sofrimento individual para o apoio do coletivo. Desdramatizam e permitem nomear metaforicamente as emoções.

2. **Escolha do tema**
3. **Contextualização**

   Contextualizar é compreender o significado do problema para a vida da pessoa, as relações, a visão de si mesma e perspectivas de futuro; superar preconceitos, ressignificar o vivenciado, sair do aconselhamento, da culpa para a corresponsabilidade; possibilita a responsabilidade relacional.

4. **Partilha de experiências**

   A situação trazida pelo protagonista faz emergir situações semelhantes já vivenciadas e suas respectivas estratégias de superação. O que possibilita:

   - Redimencionar sua dor, seu sofrimento e descobrir que a sua dor é a dor de muitos;
   - Sair do sentimento de solidão e descobrir possibilidades de inserção;
   - Evidenciar os recursos socioculturais disponíveis na rede;

- Respeitar as diferenças aos múltiplos códigos de expressão;
- Aprender a pensar juntos e ampliar o repertório de possibilidades;
- Dar visibilidade e legitimar a competência das pessoas;
- Criar um espaço de construção coletiva de forma participativa e democrática;
- Levar a soluções, estratégias inovadoras;
- Consolidar a rede de identificações que vai entrar em cena após a TC;
- Revitalizar a vida e fortalecer iniciativas de humanização já existentes.

5. Encerramento

No final da roda, propomos sempre um ritual de agregação. É um momento de síntese humanizada em que os participantes se dirigem uns aos outros para expressar sua gratidão e admiração pela coragem e virtudes que emergiram das falas e pelo que puderam aprender.

De pé fazemos uma roda, apoiados uns nos outros, o que reforça um sentimento de união e apoio em um mesmo movimento em busca do equilíbrio pautado num clima intimista e afetivo. Cria-se uma circulação de energia num clima de acolhimento. As palavras de identificação pronunciadas antes transformam-se agora em gesto corporal de apoio e construção de uma rede humanizada, e se dirigem uns aos outros, reconhecendo, valorizando, agradecendo o esforço, a coragem, a determinação e a sensibilidade. É uma forma de refletir sobre o significado transformador das partilhas. Terminada a terapia, inicia-se a construção da rede de apoio social.

A TC é pautada pela ética das relações a serviço dos valores da vida, igualdade, justiça e cidadania.

Em uma roda de TC, uma mãe se expressa:
Pensa: — *"O que vou fazer da minha vida, agora que perdi meu marido?",* diz que está com insônia. Tem cinco filhos e o marido morreu. O desespero não a deixa dormir. Além disso, tem medo de perder o emprego, única fonte de alimento para sua família. Teme enlouquecer se não voltar a dormir.

Acrescenta: — *"Doutor, me dê um remédio, mas vou logo lhe dizendo, não me dê receita que eu não tenho dinheiro nem para comprar comida, quanto mais para comprar remédio",* e começa a chorar.

O terapeuta, então, pergunta ao grupo: —*"Quem de vocês já vivenciou uma situação parecida e o que fez para superá-la?"*

E poderá ouvir respostas, como:

— *"Ah, eu já passei por isso, eu só faltei ficar doida, mas eu fiquei boa da minha insônia, tomando o suco do capim santo"* (e passa a dar a receita para preparar), ou: — *"O meu caso foi terrível. Eu sei o que é isso, fiquei várias noites sem dormir. Para mim, os chás não resolveram, o que resolveu foram umas massagens que tomei com um senhor que mora na rua Santa Elisa. Ele tem umas mãos abençoadas"*, ou: — *"Eu resolvi minha insônia foi rezando na igreja, entregando a Jesus. Depois que entreguei minha vida a Jesus, não sei mais o que é insônia", ou ainda: "Eu curei minha insônia cansando o meu corpo. Todo dia depois de cuidar da casa eu saio, dou uma voltinha e, quando chego, tomo um banho, e o sono é uma beleza".*

E assim vão surgindo do grupo pistas, ideias, soluções possíveis. Uma senhora com insônia chega com uma demanda específica – quer um remédio – e sai com várias possibilidades. A história dela permite a cada um falar também da sua dor, do seu sofrimento e socializar toda a produção de saber elaborado ao longo da vida (experiência pessoal de cada um). A senhora que pede remédio ao doutor se comporta como a maioria dos presentes: **vai à terapia em busca de um remédio "material", como se só o doutor fosse capaz de trazer soluções.** Na TC é a comunidade quem oferece alternativas de soluções e cura. Isso não impede que, no final da terapia, as pessoas que precisam sejam encaminhadas aos especialistas.

A importância da diversidade

É bom que o terapeuta comunitário não somente tenha uma visão ampla da sociedade, como também a noção de que, para ser bem-sucedido no seu trabalho, precisa entender que a diversidade (ou as diferenças) é um elemento importante.

O terapeuta comunitário precisa entender que ele só será um bom terapeuta se conseguir lidar com as diferenças, sem querer "colonizá-las". É preciso admitir que a riqueza está na diferença.

A pessoa pode ser católica, umbandista, ateísta, espírita, curandeira, evangélicos não importa. A ela não deve ser imposta nenhuma hierarquia nessa diversidade, nenhuma exclusão. Daí o porquê de o terapeuta comunitário precisar ser uma pessoa aberta. O

próprio nome já está dizendo: terapeuta comunitário, uma pessoa aberta para a comunidade, para acolher as diferenças, como valores dignos de serem levados em consideração. Faz parte do crescimento aprender a ver a pessoa humana como filho de Deus, como irmão, e não de acordo com uma religião, uma raça, cor ou classe social.

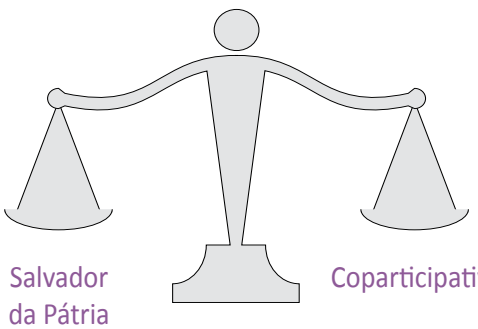
O reconhecimento do valor de cada participante

Na TC, em que se fazem presentes vários indivíduos, o cimento da relação grupal é a socialização da informação. O indivíduo que se expõe, quando fala de seu sofrimento, revela suas fantasias e expressa suas emoções, ao mesmo tempo em que se libera daquilo que o oprime. Esse indivíduo permite ao grupo refletir sobre as raízes do sofrimento humano e esboçar soluções práticas, curativas e preventivas. Por isso toda terapia deve, na fase de conclusão, fazer o que chamamos de **conotação positiva**, ou seja, **agradecer a contribuição do indivíduo que se expôs, ao falar de seu sofrimento**.

Quando uma pessoa decide falar de seu sofrimento, de suas angústias, não expressa apenas uma queixa ou informação verbal. Ela comunica, com suas lágrimas, sua voz embargada, seu silêncio, o sofrimento que quer apagar, a fragilidade que a habita, o temor que a domina. Por sua vez, o grupo que a escuta termina por fazer eco do que ouviu. Aqueles que se identificam podem, enfim, falar daquilo que os habitava em silêncio. A escuta provoca o desejo de solidariedade, desperta a compaixão e, assim, esboçam-se os primeiros passos da construção de uma comunidade solidária. A partir daquele momento, o indivíduo não se sente só. Já tem com quem compartilhar.

As abordagens terapêuticas

Nossa conduta (ou comportamento) é determinada pelo modo como percebemos (entendemos e sentimos) os acontecimentos de nossa vida. É a nossa percepção de mundo que define nossa conduta, justifica nossas atitudes e determina uma política de ação.



Identificamos pelo menos duas grandes linhas de ação, dois grandes modelos vigentes que norteiam as ações dos cuidadores:

- ✓ **O modelo do "SALVADOR DA PÁTRIA"**: Esse modelo privilegia as carências e baseia-se na tradição cristã. Todo o mundo ocidental está impregnado dessa visão que privilegia o que não funciona, o negativo, as falhas e os erros. Um exemplo marcante é a educação dos nossos filhos. Quando a criança age corretamente, nós, raramente, elogiamos. Mas basta que ela faça algo errado para logo nós a repreendermos. Outro exemplo são os prontuários dos médicos e dos psicólogos que contêm toda uma informação minuciosa do que está errado e do que não funciona, e quase nunca assinalam o potencial pessoal e familiar do paciente.

  Nesse sentido, **temos que ter o cuidado, na TC, de não explorar os aspectos negativos**, campo reservado aos especialistas. A valorização de tais aspectos desperta no indivíduo um sentimento de incapacidade, de culpabilidade e de grande insegurança. Na TC, é preciso romper com esse modelo que valoriza o negativo, a falha, o pecado, pois ele alimenta o "Salvador da Pátria". Ele gera dependência, uma vez que o indivíduo está sempre à procura de um iluminado, de um "guru", de um doutor, enfim, de um "Salvador da Pátria" para resolver seu problema.

  O mais dramático dessa visão negativista é que a solução é vista como vinda de fora, de longe, e é centrada no unitário, deixando indivíduos, famílias e comunidades na dependência total de outros indivíduos – políticos, religiosos, cientistas – na tentativa de superar seus problemas e dificuldades. Se as respostas para nossos problemas dependem de alguém, de uma pessoa, o que o indivíduo, sua família e a comunidade podem fazer? Ele será sempre objeto, e jamais sujeito de sua história.

- ✓ **O modelo COPARTICIPATIVO da TC:** Esse modelo se apoia na competência das pessoas. Quem tem problemas tem também soluções. O fato de estarmos todos vivos e termos vencido as dificuldades, ao longo da vida, mostra-nos que temos uma grande bagagem de experiências e de sabedoria.

  Na TC, cada pessoa é chamada a participar, falando da sua experiência, sem querer colocar-se como "salvador", sem querer ser "doutor-sabe-tudo". Permitindo que as informações circulem, a TC rompe com o modelo que privilegia a informação concentrada num único indivíduo, portador de soluções, pois reconhece as competências individuais, evidenciando que, se o grupo tem problemas, tem também suas próprias soluções. Nesse caso, o terapeuta comunitário tem apenas a função de promover essa capacidade terapêutica que surge dentro do próprio grupo.

A comunidade descobre que ela tem problemas, mas também tem as soluções. E aos poucos vai descobrindo que a superação não é obra particular de um indivíduo, de um iluminado, ou de um terapeuta, mas é da coletividade. A PALAVRA É O REMÉDIO. Na Terapia Comunitária a palavra é o remédio, o bálsamo, a bússola para quem fala e para quem ouve.

É da partilha de experiência entre as pessoas que se alivia o sofrimento das dores e se vislumbram novas pistas de superação de seus problemas.

- ✓ A comunidade torna-se espaço de acolhimento e de cuidado, sempre atento às regras: fazer silêncio, não dar conselhos, não julgar, falar de si na primeira pessoa, propor músicas, poesias e histórias apropriadas.

Mudando o olhar

DE	PARA
Coparticipativo	Soluções participativas
Carências/deficiências	Competências/potenciais
Unitário (técnico)	Comunitário
Concentração na informação	Circulação da informação
O outro é um objeto passivo	O outro é um parceiro ativo
A solução vem de fora	As soluções vêm das famílias
Gera dependência	Suscita corresponsabilidade
Descrença no outro	Crença na capacidade do outro
Clientelismo	Cidadania

Síntese

A TC é um instrumento que permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Procura promover a dimensão terapêutica do próprio grupo, valorizando a herança cultural

dos nossos antepassados indígenas, africanos, orientais e europeus, bem como o saber produzido pela experiência de vida de cada um.

Enquanto muitos modelos centram suas atenções na patologia, nas relações individuais, privadas, a TC convida a uma mudança de olhar, de enfoque, sem querer desqualificar as contribuições de outras abordagens, mas ampliar seu ângulo de ação.

Propõe:

1. Ir além do unitário, para atingir o comunitário. Com a globalização do mundo, avolumaram-se os desafios: drogas, estresse, violência, conflitos e insegurança. A superação desses problemas já não pode mais ser obra exclusiva de um indivíduo, de um especialista, de um líder e, sim, de uma coletividade (comunidade). A própria comunidade que tem problemas dispõe também de soluções e, por consequência, torna-se instância terapêutica no tratamento e na prevenção de seus males;
2. Sair da dependência para a autonomia e a corresponsabilidade. Modelos que geram dependência representam obstáculos a todo desenvolvimento pessoal e comunitário. Estimular a autonomia (independência) é uma forma de estimular o crescimento pessoal e o desenvolvimento familiar e comunitário. A consciência de que as soluções para os problemas provêm da própria comunidade reforça a autoconfiança;
3. Ver além da carência, para ressaltar a competência. O sofrimento vivenciado é uma grande fonte geradora de competência que precisa ser valorizada e resgatada no seio da própria comunidade, como uma forma de reconhecer o saber construído pela vida;
4. Sair da verticalidade das relações (relações com base em hierarquia), para a horizontalidade (vida comunitária mesmo). Essa circularidade deve permitir acolher, reconhecer e dar o suporte necessário a quem vive situações de sofrimento. Isso proporciona maior humanização nas relações;
5. Acreditar no potencial de cada um. É preciso deixar de apenas pedir a adesão do outro às nossas propostas, e também estar a serviço das competências dos outros, sem negar a contribuição da ciência;
6. Ir além do privado para o público. A reflexão dos problemas sociais que atingem os indivíduos sai do campo privado para a partilha pública, coletiva, comunitária. Enfatiza-se o trabalho de grupo, para que juntos partilhem problemas e soluções

e possam funcionar como escudo protetor para os mais vulneráveis, tornando-se instrumento de agregação e inserção social. Afirmamos que a solução está no coletivo e em suas interações, no compartilhar, nas identificações com o outro, no respeito às diferenças. Os profissionais devem ser parte dessa construção;

7. Romper com o clientelismo para chegar à cidadania. O indivíduo deixa de ser objeto passivo de intervenção (simplesmente um paciente a ser tratado) para se tornar um parceiro ativo e sujeito de sua história;
8. Romper com o modelo que concentra informação para fazê-la circular. Resgatar o capital sociocultural do grupo e torná-lo coautor das decisões e das políticas públicas.

Atividades

REFLEXÃO

Por que nas rodas uma da regras é para que as pessoas falem de si usando o EU?

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. Assinale Verdadeiro (V) ou Falso (F) para as afirmações abaixo:

( ) A Terapia Comunitária é um espaço onde as pessoas falam das dores de suas almas sem risco de serem julgadas ou criticadas.

( ) Na TCI, o que é valorizado é a experiência de cada um, independentemente do seu nível social ou econômico.

( ) A Terapia Comunitária se baseia em alguns pressupostos fundamentais como: toda pessoa, qualquer que seja sua condição socioeconômica ou cultural, mesmo que desconheça, possui recursos e saberes úteis aos outros.

( ) Na TCI, ao exprimir a emoção diante de uma dificuldade, ocorre a ressonância ao nível das histórias de cada um dos presentes na roda, gerando um movimento de solidariedade e promovendo reforço dos vínculos de amizade que iniciam dentro da própria roda, estendendo-se gradativamente para a comunidade.

a) V V V V.

b) V F V V.

c) F V V V.

d) V V F V.

2. Qual destas afirmações está INCORRETA? Os objetivos da TCI são:

a) Aconselhar as pessoas que têm problemas.

b) Construir redes de amizade e de apoio.

c) Valorizar os recursos da comunidade.

d) Acolher o sofrimento sem julgamento.

3. Assinale a afirmativa INCORRETA. Qual o valor das perguntas em uma roda de TCI?

a) Investigar a causa do problema.
b) Favorecer a reflexão de si e dos seus vínculos familiares, profissionais, comunitários.
c) Possibilitar o foco no processo e não nos resultados.
d) Gerar dúvidas e abrir espaço para a compreensão e para o diálogo.

4. Assinale a afirmação INCORRETA. O modelo coparticipativo gera:

a) Dependência.
b) Autonomia.
c) Valorização do positivo.
d) Corresponsabilidade.

Bibliografia

ALMEIDA, A.M.B. *Perder para ganhar*. Brasília: Koinonia, 2000.

ALVES, R. *Conversas com quem gosta de ensinar*. São Paulo: Artes Poéticas, 1995.

BOYER, J.P. *O índio que vive em mim*: o itinerário de um psiquiatra brasileiro. São Paulo: Terceira Margem, 2003.

BARRETO, M.R. *A trajetória vocacional do terapeuta comunitário*: um novo olhar social. Dissertação de Mestrado – Psicologia Social, Pernambuco, FAFIRE; Porto Alegre, PUCRS, 2001.

FREIRE, P. *Paulo Freire ao vivo*. São Paulo: Loyola, 1983.

GRASSANO, S.M.; HOLZMANN, M.E.F. *Multifamílias*: construção de redes de afeto. Curitiba: Integrada, 2002.

RÜDIGER, D. *A doença como linguagem da alma*. São Paulo: Cultrix, 2000.

_____. *A doença como símbolo – Pequena enciclopédia psicossomática. Sintomas, significados, tratamentos e remissão*. São Paulo: Cultrix, 1996.

Capítulo 7

Problemas médicos, psicológicos e sociais associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas

Marcelo Santos Cruz, Marisa Felicissimo

Distribuição Gratuita - Venda Proibida

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-5506-037-3
9 788555 060373

AFIP Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa

UNIFESP Universidade Federal de São Paulo 1933

SECRETARIA NACIONAL DE **POLÍTICAS SOBRE DROGAS**

MINISTÉRIO DA **JUSTIÇA E CIDADANIA**

BRASIL GOVERNO FEDERAL