EAD

SUPERA

7

Recursos da comunidade e da família para cuidado e Redução de Danos

SUPERA

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

Módulo 7

RECURSOS DA COMUNIDADE E DA FAMÍLIA PARA CUIDADO E REDUÇÃO DE DANOS ASSOCIADOS AO USO DE DROGAS

São Paulo
2018

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 (12 primeiras edições) por meio de uma parceria entre a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e em sua 13a edição por meio de convênio tripartite entre a Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), a UNIFESP e a Fundação de Apoio à UNIFESP (FapUnifesp).
©2018 – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)/Unidade de Dependência de Drogas (UDED); Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

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

Fundação de Apoio à UNIFESP (FapUnifesp)
Presidente: Jane Zveiter de Moraes
Rua Diogo de Faria, 1087 cj 801 – Vila Clementino – CEP 04037-003 - São Paulo/SP

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)
Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas: Humberto Viana
Diretor de Articulação e Projetos: Gustavo Camilo Baptista

Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP)
Presidente: Fernanda Gouveia (2018) e Rodolfo Azevedo (2019)
Chefe de Gabinete: Kléber Dias (2018) e Elias Drummond (2019)
Diretora Acadêmica: Patrícia Laczynski (2018) e Simone Telles Martins Ramos (2019)
Equipe Técnica de Desenvolvimento e Produção de Material Didático

APOIO:
Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa (AFIP)
Presidente: Sergio Tufik
Rua Padre Machado, 1040 – Bosque da Saúde – CEP 04127001 São Paulo/SP

INFORMAÇÕES
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

Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP)
Av. Prof. Almeida Prado, 532 - Prédio 1, Térreo. Cid. Universitária - Butantã - São Paulo/SP. CEP 05508-901

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

PROPRIEDADE INTELECTUAL E DIREITOS AUTORAIS
COMERCIALIZAÇÃO PROIBIDA. Para inserção em sites ou adoção como material didático de outros cursos solicitar anuência da coordenação geral do curso na UNIFESP e da SENAD (módulos 1 a 7) ou da UNIFESP e da UNIVESP (Redução de Danos: conceitos e práticas). Material gratuito. Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.
Disponível em: http://www.supera.org.br
Contato: faleconosco@supera.org.br

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

EQUIPES TÉCNICAS
Revisão de Conteúdo
Diretoria de Articulação e Projetos (SENAD)
Coordenação Geral de Pesquisa e Formação (SENAD)
Keith Machado Soares (AFIP/FapUnifesp)
Yone Gonçalves Moura (AFIP)
Desenvolvimento da Tecnologia de Educação a Distância
Fabrício Landi de Moraes (FapUnifesp)
Projeto Gráfico Original
Silvia Cabral (Unifesp)
Diagramação e Design
Marcia Omori (AFIP/FapUnifesp)
Revisão Ortográfica e Gramatical
Tatiana França (FapUnifesp)

M692

Módulo 7 [recurso eletrônico] : recursos da comunidade e da família para cuidado e redução de danos associados ao uso de drogas / Organização de Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni ; Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. -- 1ª ed. -- São Paulo : Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) ; Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP) ; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) , 2018. -- 158 p. (Coleção SUPERA).

SUPERA EAD [13ª Turma]

ISBN: 978-85-62377-31-0 (on line) ; v. 8

1. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 2. Capacitação Profissional. 3. Educação a Distância. I. Formigoni, Maria Lucia Oliveira de Souza (org.) II. Duarte, Paulina do Carmo Arruda Vieira (org.) III. Título.

CDD 610

Bibliotecária Daianny Seoni de Oliveira - CRB 8/7469

RECURSOS DA COMUNIDADE E DA FAMÍLIA PARA CUIDADO E REDUÇÃO DE DANOS ASSOCIADOS AO USO DE DROGAS

INTRODUÇÃO

Neste módulo você terá a oportunidade de conhecer as propostas de abordagens de ajuda mútua e comunitária, muitas das quais realizadas por pessoas leigas, assim como conhecer abordagens de profissionais de saúde e assistência social que envolvem a família e a comunidade. Alguns pressupostos podem ser conflitantes com outros que você estudou em módulos anteriores, mas é exatamente este o objetivo deste módulo: contemplar a diversidade de opiniões, teorias e práticas, que tornam o tema tão instigante. Neste módulo as abordagens são apresentadas por pessoas que nelas acreditam e as utilizam na prática. Antes de adotar ou rejeitar qualquer tipo de intervenção é importante conhecê-la para que você possa saber o quanto se identifica com ela e avaliar se ela é ou não adequada às pessoas que você atende no seu dia-a-dia devido a problemas associados ao uso de álcool ou outras drogas.

OBJETIVOS DE ENSINO

Ao final do Módulo, você deverá ser capaz de:

- ✓ 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 necessário para 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 os princípios que embasam o Tratamento Comunitário, a Terapia Comunitária Sistêmica e os programas de Redução de Danos.

CAPÍTULOS

1. Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social
2. A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas: o papel dos pais e dos cônjuges
3. Abordagem familiar: cuidado às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas pelas equipes de Saúde da Família

4. Grupos de Ajuda Mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas
5. Tratamento comunitário: redes, processos e recursos
6. Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa: definição, objetivos e pressupostos
7. Estratégias de Redução de Danos: da Atenção Primária à Secundária

CAPÍTULO 1

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

COMO CITAR:

Duarte PCVA. Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social EM:Formigoni MLOS, Duarte PCVA (Org) Módulo 7 [recurso eletrônico]: Recursos da comunidade e da família para cuidado e redução de danos associados ao uso de drogas. Coleção SUPERA, 1ª. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018. ISBN: 978-85-62377-31-0 (on line); v.8 SUPERA EAD [13a turma] pags 7-28

TÓPICOS

Há algo diferente? Fique atento! 10

Sinais indiretos 11

O que fazer? 11

Reinserção social 16

Projeto de vida 18

Desenho do projeto de vida 19

Bibliografia 26

Sobre a autora 28

OBJETIVOS

- ✓ Conhecer a importância, os objetivos e as técnicas para fazer uma avaliação social e promoção da reinserção social de pessoas com problemas associados ao uso de álcool ou outras drogas;
- ✓ Conhecer as etapas para ajudar o usuário de substâncias a construir seu projeto de vida.

Nota dos Organizadores: Este capítulo encontra-se em revisão e sua versão atualizada será disponibilizada na última quinzena do curso.

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:

1. **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.

2. **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).

3. **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.

4. **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.

5. **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.

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)

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.

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.

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

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.

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 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.

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 MAIS

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 relacio-

namentos 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.

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.

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.

SOBRE A AUTORA

PAULINA DO CARMO ARRUDA VIEIRA DUARTE

Mestre e Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Desde 2013 é Diretora do Departamento de Segurança Pública da Secretaria de Segurança Multidimensional da Organização dos Estados Americanos (OEA) em Washington –DC (EUA). Durante 10 anos atuou na Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) como Diretora Técnica, Secretária Nacional Adjunta e posteriormente como Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas.

CAPÍTULO 2

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

COMO CITAR:

Silva EA. A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas: o papel dos pais e dos cônjuges EM: Formigoni MLOS, Duarte PCVA (Org) Módulo 7 [recurso eletrônico]: Recursos da comunidade e da família para cuidado e redução de danos associados ao uso de drogas. Coleção SUPERA, 1ª. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018. ISBN: 978-85-62377-31-0 (on line); v.8 SUPERA EAD [13a turma] pags 29-47

TÓPICOS

O que é a “família”? 32

O papel dos pais e dos cônjuges na prevenção e no tratamento de pessoas com problemas associados ao uso de drogas 34

Vulnerabilidades: desequilibrios entre fatores de risco e proteção na família 36

A importância da família no tratamento da dependência 40

Bibliografia 44

Sobre a autora 47

OBJETIVOS

O objetivo deste Capítulo é definir o conceito de família e compreender sua participação, tanto na prevenção quanto no tratamento da dependência de álcool e outras drogas.

Nota dos Organizadores: Alguns conceitos expressos neste 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 dessas 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 determinadas modalidades terapêuticas.

O que é a "família"?

A família é um sistema composto de dinâmicas variáveis que se modificam ao longo do ciclo de vida, além disso é referência básica na formação de uma pessoa. Em seu interior, ocorrem as primeiras experiências de vínculos, valores, regras, (des)afetos, por isso tem sido objeto de estudo de várias áreas do conhecimento. No entanto, a família tem passado por várias mudanças ao longo do tempo, deixando de ser considerada apenas pelo modo tradicional de pais e filhos convivendo em um mesmo espaço.

Na família as pessoas desempenham "papéis familiares", isto é, existem "lugares" no seu interior que cada pessoa ocupa. É necessário um sistema familiar para que esses papéis possam ser "postos em prática" e sirvam de referência na construção de modelos de identificação e socialização de uma pessoa. Isso ocorre com a formação de uma família composta tanto pelos cônjuges e depois na relação destes com os filhos e o contexto social, como entre pessoas reunidas por vínculos de afetivos amparadas por redes de apoios extensas (OAKLANDER, 1980; ARAÚJO, 1999; FONSECA, 2005, OLIVEIRA, 2008 . Veja algumas definições de família:

> *"A família é um sistema 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)

SAIBA MAIS

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

"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. É importante considerar que as famílias da atualidade apresentam diferentes formas nas suas configurações: famílias nucleares (pais e filhos convivendo juntos; famílias monoparentais (filhos convivendo com um dos genitores apenas); famílias homoafetivas, familias reconstituídas, etc (SILVA, 2001, PEDROSA, 2004, SILVA,2011).

LEMBRE-SE

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

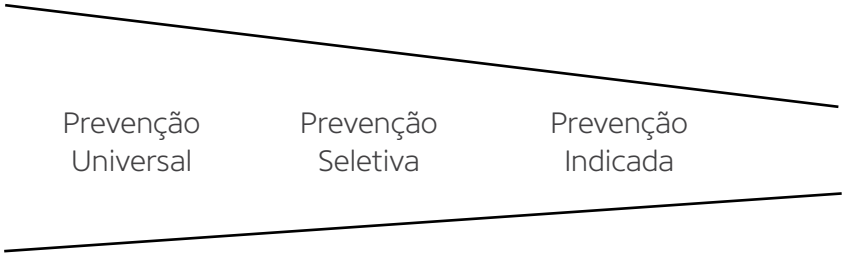
Como a família constitui uma das principais fontes formadoras de comportamentos e de crenças sobre saúde, tanto a prevenção do uso de álcool e outras drogas como os tratamentos devem incluir a sua participação. (OLIVEIRA, 2001)

O papel dos pais e dos cônjuges na prevenção e no tratamento de pessoas com problemas associados ao uso 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:** é 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:** é 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:** É dirigida a indivíduos com comportamentos de risco associados ao seu uso de substâncias psicoativas, considerando o nível de risco individual. Neste caso pode ser de longa duração e visando o desenvolvimento de competências.

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 pioneiramente 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 aumento do uso de álcool e outras drogas lícitas e ilícitas, por adolescentes, em todo o mundo. Programas preventivos envolvendo família, escola e comunidade passaram a ser encorajados. Em todo o mundo, uma das principais barreiras às práticas preventivas, em relação ao abuso de álcool e outras drogas, é a dificuldade de abordagem e a participação das famílias nos programas (PATTERSON,1982.OMS, 1989; GALZURÓZ; NOTO; CARLINI et al, 2002; NIDA, 2002; CANOLETTI; SOARES, 2004/2005). 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.
- Considerar tanto as diferentes configurações familiares (não apenas as das famílias nucleares ou seja pais e filhos vivendo juntos), como as relações de afeto e comunicação presentes entre as pessoas.

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 educação e saúde preventiva, mas por outro lado vários ambientes familiares, dependendo de suas dinâmicas podem desencadear vulnerabilidades de várias naturezas, 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 (SZAPOCZINIK; PEREZ, 1996, OLIVEIRA, 2001; SILVA, 2011).

Vulnerabilidades: desequilibrios entre fatores de risco e proteção na família

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).

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, reduzindo a chance de uma pessoa usar álcool e outras drogas (OMS, 1989; NIDA, 2002), como:

- Pais que acompanham as atividades dos filhos;
- Regras e limites claros e negociados;
- 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, pais, ou sistema de cuidado 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 o sistema cuidador 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).

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 adolescente 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, por vários motivos ou dificuldades não tem regras claras, é provável que o adolescente 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.

Na compreensão sobre o conceito de vulnerabilidade tanto na prevenção como no tratamento é fundamental também o conceito sobre RESILIÊNCIA, ou seja explorar as forças familiares que existem em todos os sistemas familiares, e que muitas vezes não são conhecidos por eles mesmos ou explorados pelos próprios profissionais. De modo geral as famílias em estado de vulnerabilidade, trazem dentro de si muitas queixas relacionadas as suas dores fisicas, psíquicas, carências de necessidades básicas. Neste sentido convidar as famílias a buscar suas forças resilientes é fundamental (WALSH,2005)

ATENÇÃO

Evite julgamento, culpabilização e estigmatização no sistema familiar.

A importância da família no tratamento da dependência

Os tratamento da 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 (MOURA, SILVA & NOTO, 2008; SILVA, 2011)

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 uma das mais utilizadas 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 aspectos básicos 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;
- Proposição de um plano terapêutico com acolhimento, diagnostico familiar, tratamento, seguimento;
- Lidar com prevenção e ou situações de recaída;
- 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 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;

SAIBA MAIS

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

- Explorar junto com as famílias suas forças resilientes, ou seja como o sistema se junta (ou não) para enfrentar os sofrimentos.

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 MAIS

Manter a motivação da família durante o tratamento é muito importante, assim como conhecer as forças resilientes. Se puder, assista ao menos a um dos filmes listados a seguir, cujas tramas envolvem a família e o abuso de drogas (SILVA et al, 2009): Bicho de Sete Cabeças, Brasil, 2001; Traffic, EUA, 2000; Diário de Um Adolescente, EUA, 1995; Réquiem para um Sonho, EUA, 2000.

Outro aspecto importante é lidar com a ambivalência. 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).

SAIBA MAIS

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).

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, assim como conhecer as situações de vulnerabilidades e resilências das famílias, e fortalecer as forças resilientes familiares;
- 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;
- Psicoterapia familiar, não é um grupo que se reune para falar sobre o dependente, e sim para trabalhar as relações circularmente; COM TODOS JUNTOS.
- A família deve ser acolhida, orientada e motivada para participar do tratamento.

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.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.115-29, set.2004/fev.2005.

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.

FONSECA, C. **Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 50-59, 2005.

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.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A. **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.

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.

MOURA,Y. G.; SILVA, E. A.; NOTO, A. R. **Redes sociais no contexto de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua**. Revista de Psicologia e Pesquisa, 3(1), 31-46, 2009.

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. 25(3): 305-309, jul-set, 2001.

OLIVEIRA, D.; SIQUEIRA , A. C.; DELL 'AGLIO, D. D.; LOPES, R. C. S. **Impacto das configurações familiares no desenvolvimento de crianças e adolescentes: Uma revisão da produção científica**. Interação em Psicologia, 12(1), 87-98, 2008.

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

PATTERSON, G. R. **Coercive family process**. 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; 20(3):694-59, 2004.

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

SILVA, E. A., CAMARGO, B. M. V., PAVIN, T.; BUSCATTI, D., SARTORI, V. **As drogas no** âmbito familiar, sob a perspectiva do cinema. Revista Psicologia-Teoria e Prática, 10(1).214-222, 2008.

SILVA, E. A. **Avaliação do funcionamento de famílias com dependentes de drogas por meio da Family Assessment Measure-III (FAM-III).** 2011. 198 f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2011.

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.

WALSH, F. **Fortalecendo a Resiliência Familiar**. Editora Roca, São Paulo, 2005.

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).

SOBRE A AUTORA

EROY APARECIDA DA SILVA

Possui Graduação em Psicologia pela Faculdade Paulistana Organização Paulista de Educação e Cultura (1989) e Doutorado em Psicobiologia pela Universidade Federal de São Paulo (2011). É membro fundador e efetivo da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas, Consultora - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Consultora ad hoc de várias revistas brasileiras. Psicóloga contratada pela Associação Fundo de Pesquisa-AFIP. Coordenadora Pedagógica do Curso de Especialização Intervenções Comunitárias: Empoderamento Psicossocial com Ênfase em Substâncias-da Universidade Federal de São Paulo.Coordenadora do Curso Substâncias Psicoativas- Processos Formativos dos Profissionais da Rede SAMPA-Saúde Paulistana, da Prefeitura Municipal de São Paulo (2013-2016). Tem experiência na área de Psicologia Clínica e Pesquisa , com ênfase nos processos intrapsiquico e interpsíquicos , atuando principalmente nos seguintes temas: dependência álcool e outras drogas entre população vulnerada, transtornos de humoar, relacões familiares, grupais e comunitarios. Professora e Colaboradora de Programas de Pós Graduação em Psicologia, Processos Formativos de Profissionais.Coorientadora de teses de mestrado. Autora de vários artigos nacionais e internacionais. Autora de vários livros na área de álcool e outras drogas.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/8738343026653952

CAPÍTULO 3

Abordagem familiar:

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

Rosani Pagani
Fabiane Minozzo
Giovanna Quaglia

COMO CITAR:

Pagani R, Minozzo F, Quaglia G. Abordagem familiar: cuidados às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas pelas equipes de Saúde da Família EM: Formigoni MLOS, Duarte PCVA (Org) Módulo 7 [recurso eletrônico]: Recursos da comunidade e da família para cuidado e redução de danos associados ao uso de drogas. Coleção SUPERA, 1ª. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018. ISBN: 978-85-62377-31-0 (on line); v.8 SUPERA EAD [13a turma] pags 48-76

TÓPICOS

Contexto em que acontece o cuidado 51

Estratégia Saúde da Família 52

O que define a família? 54

Cuidando da saúde das famílias 56

Famílias com pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas 58

Equipes de atenção primária à saúde: espaço vivo de cuidado às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas 62

Ferramentas de abordagem familiar 66

Bibliografia 72

Sobre as autoras 75

OBJETIVOS

- ✓ Conhecer a inserção das estratégias de saúde da família no contexto do SUS;
- ✓ Conhecer o ciclo de vida da família, suas funções e os fatores previsíveis e imprevisíveis associados a mudanças,
- ✓ Refletir sobre o conceito de família e sua evolução com o passar do tempo;
- ✓ Conhecer os modelos teóricos na conceitualização das dinâmicas familiares de usuários de álcool e outras drogas;
- ✓ Conhecer algumas das principais ferramentas de abordagem familiar.

Nota dos Organizadores: Alguns conceitos expressos neste 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 dessas 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 determinadas modalidades terapêuticas.

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 modificam os modelos de atenção e de gestão do trabalho em saúde. São eles:

- Integralidade;
- Universalidade do acesso;
- Equidade das ofertas em saúde;
- Regionalização e hierarquização;
- Descentralização e Comando;
- Participação Popular.

SAIBA MAIS

Os princípios constitucionais do SUS estão disponíveis em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>

No Brasil um dos pilares da atenção à saúde envolveu não apenas priorizar a atenção primária, mas também concentrar-se no usuário-cidadão como ser integral, abandonando a fragmentação do cuidado que dividia a pessoa em órgãos, pedaços doentes. Na atenção integral, 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. Na atenção integral devemos levar em consideração que as ações em saúde são ao mesmo tempo individuais e coletivas e que devem ser considerados o contexto sociocultural, histórico, político, ambiental e familiar.

Com vista a reorientar o modelo de atenção à saúde foi consolidada a Estratégia Saúde da Família (ESF). Vamos aprofundar esse tema?

Estratégia Saúde da Família

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.

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.

SaúdedaFamília

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;
- Separações e divórcios;
- 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?

"Achamos que dizemos o que queremos, mas é o que quiseram os outros, mais particularmente nossa família, que nos fala." Jacques Lacan (16.06.1975)

Sem dúvida a instituição e o agrupamento humano mais antigos são a família, haja vista que todo ser humano, todo indivíduo, nasce em razão da família. A família como instituição é o lugar das múltiplas invenções decorrentes desse acaso que é o encontro sexual; no entanto, no mundo contemporâneo existem várias maneiras de se construir família, são novos modelos possíveis de vínculos familiares para além da definição institucional da família "tradicional".

A ideia do que vem a ser uma família, suas características, sua formação, etc., é um **conceito mutável no tempo, acompanhando as variáveis dos ideais sociais, das descobertas científicas e dos costumes da sociedade**, sendo impossível se construir uma ideia sólida e fixa do que vem a ser família e quais suas características.

Na atualidade, as transformações da família propõem novas questões que devem ser abordadas além das estruturas clássicas, nas suas formas patriarcais tradicionais, ou seja, a família nuclear, com pai, mãe e filhos convivendo em um mesmo espaço físico. **Hoje falamos de modalidades de famílias matrimoniais, informais, ampliadas, juntadas, monoparentais, homoparentais, anaparentais**, as famílias aliam em seu âmago as decorrências do fato de que o tradicional pai de família já não é mais o que era, ou mesmo, quem era. No entanto, apesar das transformações, de alguma maneira, ninguém pôde escapar dos assuntos de família e **sua importância em nosso laço social** (CERVENY, 1997; CERVENY & BERTHOUD, 2002).

Os encontros e desencontros da união sexual e amorosa encontram na família um referencial do laço social a partir do qual homens e mulheres se tornam mães, pais e filhos.

A família é uma estrutura de relações simbólicas que nem sempre se sobrepõe ou coincide com a unidade biológica. São os sentimentos, as sensações especiais de união, a ligação, o vínculo, a interação, a interdependência, que determinam as relações familiares.

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. 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.

PARA REFLETIR

Você já parou para pensar sobre as mudanças que vêm ocorrendo nas famílias? Liste tipos de famílias e vínculos emocionais que conhece.

Cuidando da saúde das famílias

Para cuidar das famílias é importante aliar conhecimentos científicos e tecnológicos às habilidades de observação, comunicação, acolhimento, 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:

- Despir-se de modelos ideais e identificatórios de família, reconhecendo que cada família é feita de um vínculo social específico, que tem uma história anterior;
- Conhecer os conceitos de família, crenças, vínculos e representações sociais;
- 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, apesar do todo familiar, cada um possui sua característica, competências e sofrimento;
- Considerar que o sistema familiar é influenciado pelas mudanças de seus membros;
- Considerar que o sistema familiar é influenciado pelas mudanças sociais, culturais, econômicas, ambientais e políticas;
- 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;
- Aceitar que existem famílias que não querem mais estar juntas;
- Considerar o contexto cultural na facilitação das relações entre a família e a comunidade.

Ao trabalhar com famílias é importante buscar uma visão sistêmica inclusiva e não conservadora e/ou julgadora, reconhecendo que as múltiplas estruturas familiares nada mais são do que formas diferentes de organização de vínculos afetivos e sociais, 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 um sistema estático, ela se move 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.

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 sem maiores problemas como uma forma de união e agregação familiar, como também manifestação histórica, tradicional e comemorativa. Nesse caso, o uso de álcool e outras drogas pode ser encarado dentro da cultura familiar, como parte de sua identidade histórico-social. No entanto, existem situações em que o uso de álcool e outras drogas é compreendido como um sério problema e prejuízo tanto de saúde física como psíquica, causando desagregação, culpas, dores e sofrimentos. Esse uso problemático 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, porque muitos dependentes de álcool aprendem a beber no interior de sua família.

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).

O entendimento 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, esse 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.

- **Psicanalítico**: A família para a psicanálise é um conceito central; para Freud é um lugar onde a criança se identifica, lugar onde opera a transmissão da palavra e da cultura. Nesse sentido considera o uso de álcool e outras drogas como um sintoma contemporâneo, efeito do capitalismo nos laços familiares, caracterizado pelas rupturas com os ideais de família conjugal tradicional, tendo como consequência o declínio da função paterna. Os abusos de álcool e drogas podem ser pensados caso a caso, porém manifestam uma crise da autoridade paterna, caracterizada pela horizontalidade nas relações, como se todos fossem irmãos; pela cultura da permissividade; do "tudo é permitido", pela transparência que abole os segredos de família; pela denúncia das hipocrisias e pela subversão das barreiras entre as gerações. Por outro lado, o abuso de drogas também pode ser a resposta de um sujeito ante a **irrupção (invasão) angustiosa do insuportável no contexto da constelação familiar.** O consumo de álcool e outras drogas costuma esconder os assuntos de família e deve ser pauta para a instalação da transferência nesses casos.

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 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.***

O uso de álcool e outras drogas é um fato da atualidade; nesse sentido, antes de qualquer coisa, é importante refletir que as questões ligadas à família e uso de álcool e outras drogas refletem particularidades do contexto cultural, podendo ser pensadas como um assunto de família. Assim, é importante refletir sobre a possibilidade de ações da Redução de Danos no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

Equipes de atenção primária à saúde: espaço vivo de cuidado às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas

A Reforma Psiquiátrica brasileira 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.

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, tensionar, 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 de 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. 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.

SAIBA MAIS

Conheça mais sobre as Equipes de Saúde da Família em http://edehumanizasus.net/category/publicacoes-1/

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 famílias, 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:

1. **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).

2. **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.

3. **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.

4. **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.

5. **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);

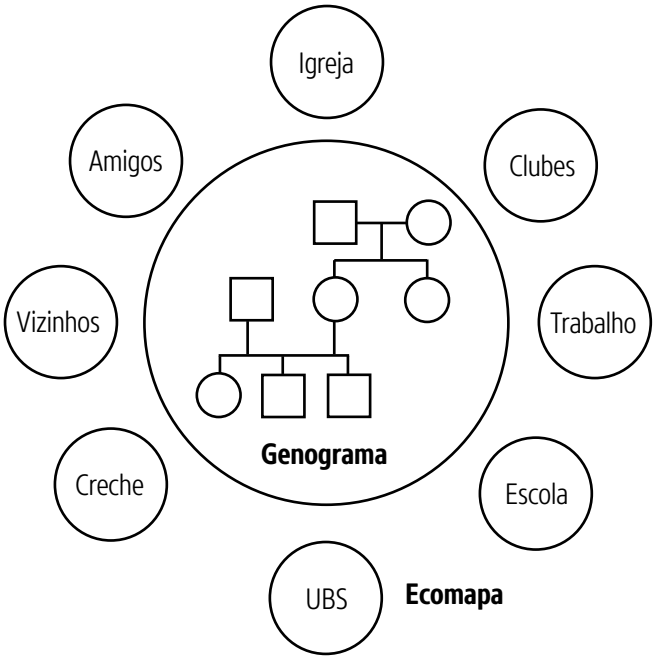
C*oping with stress* (enfrentamento do estresse);

E*cology* (meio ambiente, rede de apoio).

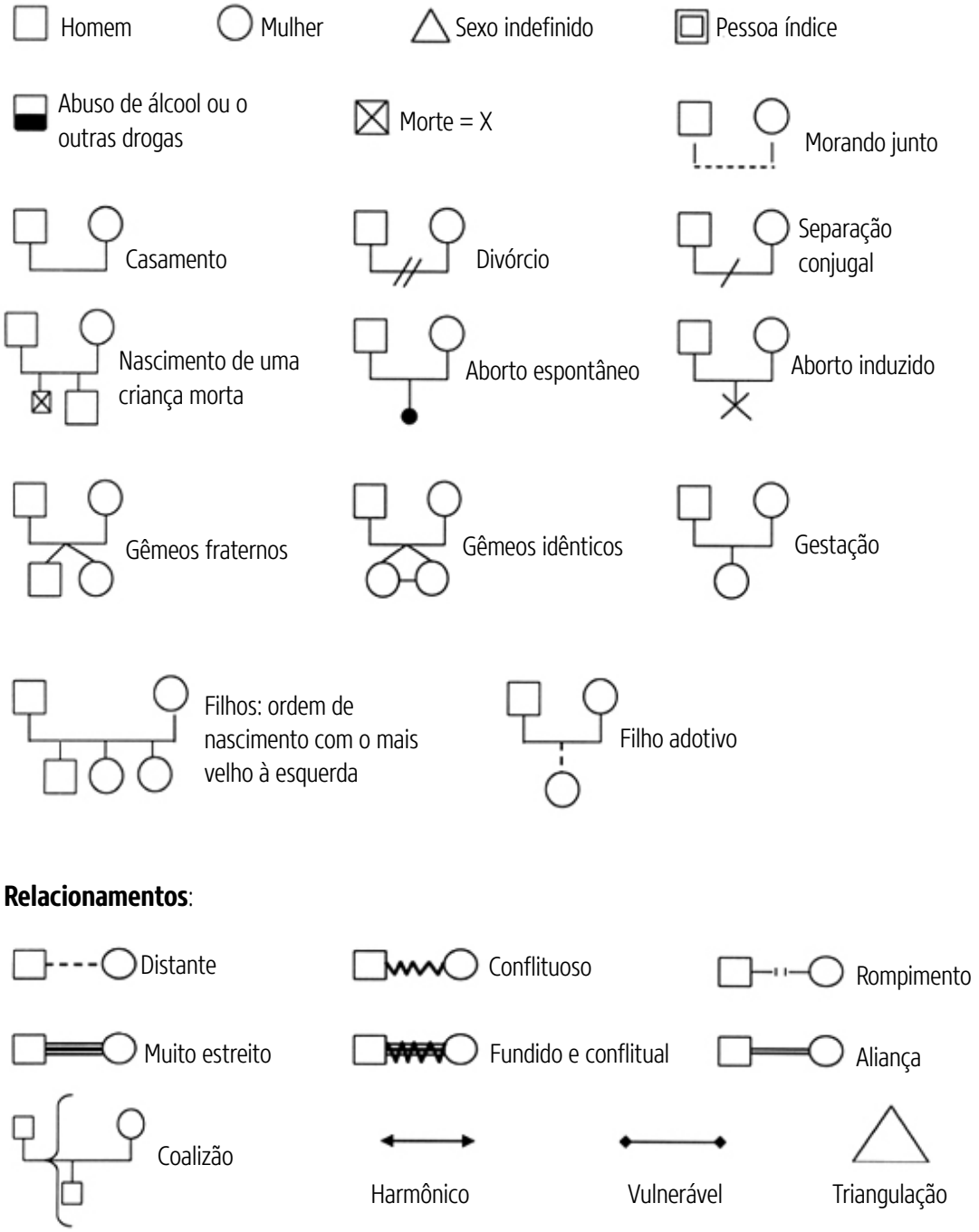
6. **Discussão e reflexão de casos familiares:** Discussão e reflexão de casos com equipe multiprofissional – discussão dos casos clínicos, estudo de casos etc.

7. **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.



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 a seguir:

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.

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, p. 39-67, 1999.

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

ANDOLFI, M.; ANGELO, C.; 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, p. 18-22, 2001.

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

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

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

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

CERVENY, C. M. O. **Família e Ciclo Vital**: nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 1997.

CERVENY, C. M. O., BERTHOUD, C. M. E. **Visitando a família ao longo do ciclo vital** (Vol. 1º). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

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; 4(6):5-17, 1995.

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, XXIII(71), 2002.

GRIFFIN, W. C. (Ed.). **A first look at communication theory**. 1991. p. 97. Disponível em: <http://www.afirstlook.com/archive/firo.pdf> (tradução nossa). Acesso em: 11 dezembro 2018.

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; XXIII(71), 2002.

McGOLDRICK, M.; GERSON, R. **Genetogramas e o ciclo de vida familiar**. In: _____; CARTER, B., McGOLDRICK, M. 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. p. 19-29, 1999.

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; 3(1/2):69- 76, 1992.

_____. **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). Acesso em 11 dezembro 2018.

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, p. 35-51, 2002.

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; XXIII(71), 2002.

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

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

SOBRE AS AUTORAS

ROSANI PAGANI

Graduação e Licenciatura em Psicologia, com Aprimoramento em Planejamento e Administração na Saúde, Sanitarista, Especialista em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção a saúde, e em Saúde Baseado em Evidencia, com Mestrado em Saúde Publica. Atuou na Coordenação Geral da Atenção Básica do Ministério da Saúde, Acompanhando e Coordenando a implementação do NASF no Brasil, Realizou Oficinas de qualificação dos NASF, Oficinas do PMAQ, Oficinas de Apoio Matricial, Oficinas de Residência em Saúde, Apoio Institucional aos Estados principalmente em São Paulo e Minas Gerais. Atuou na Assessoria e Coordenação da Residência em Área Profissional da Saúde, apoio ao Programas Mais Medico e a Educação Permanente em Saúde, no Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde no Ministério da Saúde e Secretaria Executiva Adjunta da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS/MEC. Em 2017-2018 na Assessoria de Gabinete do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde - DEGERTS. Orientadora pedagógica e tutora de Cursos em Educação a Distância, principalmente para Qualificação do NASF e de Educação Permanente em Saúde. Com experiência na área de Saúde Pública, Sistema Único de Saúde, Psicologia, Educação Permanente em Saúde, Planejamento em saúde, Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde e em Educação a Distância - (EAD - Formação de Tutores para Qualificação do NASF e de Educação Permanente em Saúde em Movimento).

Lattes: http://lattes.cnpq.br/2870053712752045

FABIANE MINOZZO

Possui graduação em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (2003) e mestrado em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (2011). Especialista em Atenção Primária à Saúde, modalidade residência multiprofissional, pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Especialista em Saúde Mental (Universidade de Brasília - UnB). Assessora técnica de saúde - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Possui experiência na área de Gestão de Saúde, Atenção Primária à Saúde e Saúde Mental.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/3009421690395955

GIOVANNA QUAGLIA

Psicanalista, Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Toxicomania - Brasília e Goiânia, Rede TyA Brasil do Campo Freudiano. Doutoranda em Filosofia, Mestre em Psicologia Clínica pela UNB. Especialista em em Neurociências/USP e em Dependência Química/UNIFESP. Graduada em Psicologia pela PUC-SP. Experiência progressiva de 26 anos em Psicologia Clínica, intervenção em crise e supervisão em saúde mental, álcool e outras drogas.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/0796695994081861

CAPÍTULO 4

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

John E. Burns
Walter Labonia Filho

COMO CITAR:

Burns JE, Labonia Filho W. Grupos de Ajuda Mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas EM: Formigoni MLOS, Duarte PCVA (Org) Módulo 7 [recurso eletrônico]: Recursos da comunidade e da família para cuidado e redução de danos associados ao uso de drogas. Coleção SUPERA, 1ª. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018. ISBN: 978-85-62377-31-0 (on line); v.8 SUPERA EAD [13a turma] pags 77-86

TÓPICOS

Um pouco de história 80

Características 80

Filosofia 81

Entenda os passos 82

Profissionais 83

Centros de tratamento 84

Bibliografia 85

Sobre os autores 86

OBJETIVOS

- ✓ Conhecer a história, a filosofia e os princípios básicos que norteiam os grupos de ajuda mútua.

Nota dos Organizadores: Alguns conceitos expressos neste 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 dessas 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 determinadas modalidades terapêuticas.

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; estima-se que 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 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".

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.

IMPORTANTE

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

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.

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 MAIS

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 do 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.

LEMBRE-SE

Muitos centros de tratamento nos Estados Unidos 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 se diversificando e crescendo tem algo a contribuir como uma modalidade de tratamento, que pode ser eficaz para o enfrentamento da dependência de substâncias psicoativas.

Bibliografia

ALCOHOLICS ANONYMOUS. **The forty-ninth annual meeting of the General Service Conference of Alcoholics Anonymous**. 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; 6(2):25-39, 1999.

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.

SOBRE OS AUTORES

JOHN E. BURNS

Formado em Psicologia, Filosofia e Teologia nos EUA, com Licenciatura para Administração de Centros de Tratamento de Dependência Química – Hazelden Foundation, Minnesota, EUA; Doutor em Teoria Geral de Sistemas e Tratamento de Dependência Química – Union Institute; Diretor-Presidente dos Centros para Tratamento de Dependência Química Vila Serena.

WALTER LABONIA FILHO

Graduação em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP) Ex-diretor Clínico da Vila Serena – Centro para Tratamento de Dependência Clínica.

CAPÍTULO 5

Tratamento comunitário:
redes, processos e recursos

Efrem Milanese
Raquel Barros
Eroy Silva

COMO CITAR:

Milanese E, Barros R, Silva EA. Tratamento comunitário: redes, processos e recursos EM: Formigoni MLOS, Duarte PCVA (Org) Módulo 7 [recurso eletrônico]: Recursos da comunidade e da família para cuidado e redução de danos associados ao uso de drogas. Coleção SUPERA, 1ª. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018. ISBN: 978-85-62377-31-0 (on line); v.8 SUPERA EAD [13a turma] pags 87-114

TÓPICOS

O que é o Tratamento Comunitário (TC)? 90

Qual o objetivo do TC? 90

Bases teóricas do TC 91

Quais são os princípios do TC? 93

Palavras-chave do TC 94

Eixos, processos e estruturas do TC 96

A Comunidade como sujeito e protagonista do tratamento: o Sistema Estratégico de Tratamento (SET) 100

As estruturas materiais e os locais do TC 106

Procurando recursos, visibilizando e construindo redes 108

Conclusão 110

Bibliografia 111

Sobre os autores 113

OBJETIVOS

- ✓ Conhecer as bases teóricas, princípios e objetivos do Tratamento Comunitário;
- ✓ Compreender as propostas do SET - Sistema Estratégico de Tratamento;
- ✓ Entender como viabilizar a construção de redes comunitárias.

Nota dos Organizadores: Alguns conceitos apresentados neste capítulo podem ser conflitantes com outros que você estudou em módulos anteriores, mas é exatamente este o objetivo deste módulo: contemplar a diversidade de opiniões, teorias e práticas, que tornam o tema tão instigante. Neste módulo as abordagens são apresentadas por pessoas que nelas acreditam e as utilizam na prática. Antes de adotar ou rejeitar qualquer tipo de intervenção é importante conhecê-la para que você possa saber o quanto se identifica com ela e avaliar se ela é ou não adequada às pessoas que você atende no seu dia-a-dia devido a problemas associados ao uso de álcool ou outras drogas.

O que é o Tratamento Comunitário (TC)?

O Tratamento Comunitário (TC) é um método de trabalho com pessoas, grupos, comunidades e redes baseadas em relações não formais que vivem em contextos cotidianos de alta vulnerabilidade, incluindo a questão que envolve álcool e outras drogas.

Qual o objetivo do TC?

O objetivo do TC é melhorar as condições de vida das pessoas, dos grupos e das comunidades em condição de alta vulnerabilidade. Nesse contexto são consideradas também todas as condições de vulnerabilidade nas quais a "droga" é consequência ou causa de sofrimento e exclusão social. Essa proposta está constituída por cinco eixos. Os eixos são estratégias para entender, visibilizar e usar as relações de troca que caracterizam a vida cotidiana das comunidades. São essas relações o coração do TC.

A consequência é que o foco não é o tema das drogas e sim as relações que nas comunidades garantem troca, solidariedade e respostas a dificuldades ou problemas.

Bases teóricas do TC

O Tratamento Comunitário resulta de um movimento que surge a partir da comunidade e produz uma mudança de concepções e práticas em todo seu entorno. Esse movimento possibilita o encontro entre a demanda e a oferta comunitária (de baixo para cima) e a demanda e a oferta da política pública (de cima para baixo), por meio da articulação de redes e dos processos de construção do conhecimento produzido pela investigação na ação territorial. A ideia central é transitar evolutivamente de uma visão para a outra, como veremos a seguir:

- **De Vulnerabilidade para Potencialidade**: A intervenção ocorre na medida em que o dispositivo comunitário é capaz de visibilizar e promover as potencialidades, encontrar recursos onde parece não ter, ao contrário da atenção focada nas vulnerabilidades.

- **De Beneficiário para Parceiro**: A pessoa não é vista como um sujeito passivo, é considerada com suas potencialidades e recursos relacionais, competências e habilidades, atua como colaborador de suas ações e protagonista do seu processo de mudança.

- **De Serviço a Dispositivo Comunitário**: A ideia de serviço está associada a beneficiar a pessoa por intervenções profissionais (servir). No serviço há um servidor competente e um receptor vulnerável (usuário do serviço). Já o dispositivo comunitário oferece a oportunidade de visibilizar o potencial relacional e suas competências na produção da proteção social.

- **De Atendimento ao Vínculo**: No paradigma do serviço se presta uma "atenção", que não é suficiente para potencializar a participação do sujeito atendido. A ideia em Tratamento Comunitário é que o processo de intervenção se dá a partir da construção de vínculos que permita o fortalecimento de uma relação entre um profissional (parceiro) que dá e recebe, e um "beneficiário" (parceiro), que assume o mesmo papel de servidor e de receptor.

- **De Caso/Profissional a Sujeito Social/Rede Operativa**: O modelo clássico de intervenção no paradigma da atenção coloca o indivíduo em condição de um caso a ser solucionado pelo profissional. A mudança proposta se deve dar no sentido de trazer ações de vinculação e atuar na estrutura relacional desse indivíduo (sujeito social), em relação com uma rede operacional que possa atuar no contexto onde ele vive, a partir dos recursos de que dispõe.

- **De Protocolo a Acessibilidade**: É comum que os profissionais atuem baseados em diretriz de protocolos (anamneses, fluxos, organogramas, missão institucional, requisitos de entrada...). O movimento de mudanças se dá pela superação das barreiras formais em favorecimento do acesso, através de ações de vinculação. No tratamento comunitário não se fazem "atividades", mas "ações de vinculação".

- **De Reinserção Social para Participação e Integração Social**: A reinserção social considera o processo de adaptação do indivíduo aos padrões

de um grupo social. As ações do Tratamento Comunitário devem ser capazes de promover a **participação social** através do fortalecimento das potencialidades desse sujeito. Trata-se de considerar o que ele tem para oferecer ao contexto comunitário e quanto deste é aplicável na transformação dessa realidade, que se dá ao se vincular com outros. Assim mesmo, o processo auxiliará na construção de outros papéis sociais para o sujeito, de maneira que evite estigmas, rotulações ou preconceitos.

Quais são os princípios do TC?

Se o foco da proposta do TC é considerar a comunidade como experiência concreta e cotidiana de relações entre pessoas num território, então entre os seus princípios podem ser incluídos os seguintes:

- **Recurso:** A sua estratégia de base é a visibilização de todos os contextos nos quais a comunidade é efetivamente um recurso sem negar dificuldades e problemas.
- **Aliança:** O TC procura construir alianças em vez de buscar a aderência.
- **Processo**: O TC promove processos para dar sentido e sustentabilidade aos serviços.
- **Fluxo de intervenções:** O TC reconhece que numa comunidade há processos implementados pelas instituições (de cima para baixo) e processos que surgem do fluxo das relações não formais que caracterizam a vida cotidiana da comunidade (processo de baixo para cima). Harmonizar esses dois fluxos é uma prioridade do TC.
- **Participação social**: Se o processo é realmente comunitário o tema da reinserção social se transforma no tema da participação e integração social.
- **Relações não formais**: Se o TC acontece na vida cotidiana da comunidade a sua estratégia principal são as relações não formais que produzem autonomia, segurança e melhoria das condições de vida para todos.

Palavras-chave do TC

O TC identificou algumas palavras-chave, uma espécie de glossário dinâmico que funciona como um mapa mental para navegar pela complexidade da vida cotidiana (não formal) da comunidade.

- **Relação.** Uma relação existe quando uma pessoa leva ou contribui em algo com outro sujeito. Isso significa que sem contribuição não há relação. Uma relação é completa quando há troca, quando há reciprocidade.

- **Comunidade.** Pelo TC a comunidade é um sistema aberto de relações (organizadas em redes) que surge da vida cotidiana das comunidades e produz o seu fluxo constante, que produz sentido e organização.

- **Sofrimento Social.** É o produto das relações no interior da vida comunitária: relações de exclusão, de marginalização, de estigmatização, de empobrecimento, de negação de direitos etc.

- **Redes.** São modalidades com as quais as pessoas organizam as suas relações para favorecer processos de troca e solidariedade de maneira que os seus recursos possam fluir mais facilmente e alcançar as pessoas que deles precisam.

- **Representações sociais**. As representações sociais teriam que ser consideradas como uma maneira específica de entender e de comunicar o que sabemos. Elas ocupam, de fato, uma posição singular entre os conceitos. Sua finalidade é a de abstrair o significado do mundo e dar ordem ao mesmo, e os preceitos, que reproduzem o mundo de maneira significativa. (Moscovici, 1979).

- **Inclusão, inserção, integração social.** Trata-se de três processos complementares. O primeiro propõe que uma pessoa, um grupo ou uma comunidade fique dentro dos processos de participação social; o segundo assegura que esse grupo, pessoa ou comunidade participe com sentido da vida comunitária; e o terceiro incentiva que todos os participantes da vida comunitária contribuam para construir aquilo que é comum.

- **Direitos humanos.** Os direitos humanos são os direitos reconhecidos para todo ser humano simplesmente porque ele é "humano". Na Declaração Universal dos Direitos Humanos podem ser identificados quatro elementos fundamentais: a **dignidade** que protege os valores compartilhados por todas as pessoas independentemente da sua religião, etnia ou sexo; a **liberdade** que focaliza nos direitos relacionados à liberdade individual e segurança; a **igualdade** que garante a participação política e pública de todos os indivíduos; a **fraternidade** que foca o olhar nos direitos sociais, culturais, econômicos etc.

- **Acesso.** Esse conceito foca na igual possibilidade para todas as pessoas de alcançar as formas de ajuda existentes na comunidade, sejam estas formais ou não formais.

- **Pessoa.** O conceito de pessoa é fundamental no TC. Este sublinha o fato de que o indivíduo não existe sozinho. O indivíduo existe num contexto de relações. Mesmo que em um estado de abandono e exclusão, o indivíduo tem amigos, recursos relacionais, vizinhos etc. Para o TC a pessoa é o indivíduo com todo o seu capital de relações. Por consequência, o TC não trabalha com os indivíduos, mas com as pessoas. A pessoa é o ator fundamental do TC.

- **Parceiro.** Um dos princípios do TC é a necessidade de superar a relação de aderência (típica dos serviços de saúde), dando vida a uma relação que seja fundamentalmente de troca e de aliança. Para que isso seja possível, é fundamental que todos os atores do TC se reconheçam numa relação de parceria. Uma das consequências imediatas é que os antigos clientes ou pacientes passam a ser vistos como parceiros, ou seja, portadores de recursos como todos os outros atores do tratamento.

Eixos, processos e estruturas do TC

EIXOS DO TRATAMENTO COMUNITÁRIO

Na parte inicial se sublinhou o fato de que os eixos do TC são formas de visibilizar e organizar as relações de troca e solidariedade que acontecem no fluxo da vida cotidiana das comunidades, essencialmente nos processos de baixo para cima. Formalmente os eixos são cinco: Prevenção e Organização, Assistência Básica e Redução de Danos, Educação e Reabilitação, Cuidado Médico e Psicológico, Ocupação e Trabalho.

Prevenção e Organização

- **Objetivo:** fortalecer, quando existe, criar e organizar, quando não existe, o dispositivo para o Tratamento Comunitário (TC).
- **Descrição:** no contexto do Tratamento Comunitário as atividades de prevenção incluem a prevenção universal, seletiva e indicada, as quais também são descritas na bibliografia e implementadas nas práticas mais reconhecidas. Porém, o objetivo principal da prevenção no TC é visibilizar e, se necessário, criar os dispositivos (as redes) necessários para implementação do TC. Esses dispositivos são mapas de relações não formais entre pessoas e foram chamados de: **Redes Subjetivas Comunitárias (RSCs)** (pessoas com as quais os membros da equipe têm relações de amizade e relações entre eles); **Redes Operativas (ROs)** (nós das RSCs que participam com a equipe na implementação de ações e processos de TC e as relações entre eles); **Redes de Líderes de Opinião (RLOs)** (entidades compostas pelos líderes de opinião formais e não formais de uma comunidade e das relações entre eles). E as **minorias ativas** (redes com um alto grau de densidade nas relações entre seus membros, focadas na melhoria das condições de vida da comunidade).

Assistência Básica e Redução de Danos

- **Objetivo:** reduzir as consequências prejudiciais do consumo de drogas e de outras formas de exclusão (pobreza, falta de serviços básicos, etc.) e melhorar as condições de vida de pessoas, grupos e comunidades.

- **Descrição:** a Assistência Básica e a Redução de Danos focam nos direitos fundamentais das pessoas, dos grupos e das comunidades em situação de exclusão grave. É verdade que na área de drogas adotam formas (serviços e processos) conhecidas (entrega de material para uso seguro de drogas, para sexo com segurança, tratamentos substitutos quando preciso), e é verdade também que sua finalidade é implementar ações sociais focadas em diminuir o impacto ou as consequências do sofrimento social: ações para reduzir o impacto da pobreza, da falta de educação, da legalidade e justiça, de trabalho, moradia, alimentação, higiene, apoio relacional, apoio na área de saúde.

É característico do Tratamento Comunitário o fato de que essas ações são pensadas, planejadas e implementadas por meio das redes em que têm se constituído (o dispositivo), nas quais estão inclusos os atores que são "parceiros" (beneficiários diretos) dessas ações.

Educação e Reabilitação

- **Objetivo:** melhorar os conhecimentos e as competências da comunidade e das pessoas vinculadas com formas de sofrimento social nas seguintes dimensões: legalidade, drogas, moradia, higiene, segurança pessoal, trabalho, vida sexual, educação, alimentação, família, condição psicológica, consumo de álcool.

- **Descrição:** esse eixo é preciso para que as formas de Assistência Básica e Redução de Danos não se transformem em práticas assistencialistas e novas formas de dependência e injustiça (como por exemplo o tratamento obrigatório da dependência de drogas). As ações e os processos nessa

área incluem: processos educativos não formais, por meio do trabalho de rua nas esferas individual ou grupal, ou formais, como cursos profissionalizantes, oficinas, seminários, dentre outros, finalizados à alfabetização, educação digital, recuperação do ciclo escolar, à melhoria das competências relacionais (competências sociais), das competências no trabalho (competências ocupacionais) e nas áreas indicadas no objetivo. Os temas de direitos humanos, de sensibilização de gênero, de relações com os recursos comunitários (formais e não formais, institucionais e do setor privado), de mediação dos conflitos comunitários e de diminuição dos impactos dos processos de exclusão são centrais nesse eixo.

As atividades culturais (cinema, teatro, fotografia, literatura, poesia, dança, música, pintura, recreativas, jogos e esportes) são elementos centrais da metodologia de trabalho. A participação das redes que constituem o dispositivo é uma das características do TC.

Cuidado Médico e Psicológico

- **Objetivo:** Reduzir as consequências prejudiciais da exclusão grave associada com o consumo de drogas na área da saúde (mental e física).

- **Descrição:** As condições de exclusão grave associadas com o consumo de drogas (e vice-versa) podem produzir consequências prejudiciais na pessoa como um todo, tanto físicas (desnutrição grave, infecções, doenças sexualmente transmissíveis, hipertensão, tuberculose) quanto psiquicamente (transtornos e/ou confusões mentais, sentimentos de abandono e exclusão, transtornos mentais, em nível físico (infecções, hepatite, desnutrição grave, etc.). O trabalho com as pessoas que sofrem essas condições se desenvolve por meio da prática médica e psicoterapêutica conhecida (a nível individual, familiar, de grupo e de redes) em contextos formais (quando possível) e sobretudo em contextos (dispositivos) não formais (ruas, centros de baixo limiar (verificar mais adiante), famílias, lares, etc.). As atividades nesse eixo se interconectam com as atividades de Assistência Básica e Redução de Danos e com as atividades de educação e reabilitação. Nesse sentido a cura médica e psicológica é uma tarefa de toda a equipe e de toda a rede operacional.

O elemento inovador nesse eixo é a implementação de ações terapêuticas em dispositivos não formais; A participação das redes que constituem o dispositivo do TC é fundamental.

Ocupação e Trabalho

- **Objetivo:** melhorar o grau de autonomia, as competências e as condições gerais de vida da comunidade e das pessoas, famílias, grupos, redes vinculadas com situações de sofrimento social (legalidade, relação com drogas legais ou ilegais, moradia, higiene, segurança pessoal, trabalho, vida sexual, educação, alimentação, família, condição psicológica, consumo de álcool).

- **Descrição:** a autonomia das pessoas é fortemente enriquecida pela sua capacidade de providenciar suas necessidades básicas. O eixo de ocupação e trabalho se implementa por meio de atividades e processos formais e não formais de capacitação para o trabalho, práticas em lugares de trabalho, bolsas de trabalho, inserção em atividades produtivas, desenvolvimento de microempresas e atividades produtivas, tanto individual como grupalmente, entrelaçando redes.

A experiência demonstrou que pessoas em alto estado de vulnerabilidade, seja como resultado de consumo problemático de drogas ou das condições de alta exclusão, necessitam também de um apoio psicológico e relacional durante o processo de inserção e permanência no trabalho. Esse apoio é garantido por meio da continuidade do Tratamento Comunitário nos outros eixos.

As Ações de Vinculação

- **Objetivo:** produzir, fortalecer, manter a participação comunitária por meio de suas redes.
- **Descrição:** essas atividades podem se incluir nas atividades mencionadas nos cinco eixos. Mencionam-se algumas que têm um particular impacto nessa área: festas populares, civis e religiosas, acontecimentos culturais abertos, como teatro de rua, música, dança para promover e sensibilizar em temas específicos: gênero, direitos humanos, direitos de populações específicas.

Entre aquelas que o Tratamento Comunitário tem desenvolvido estão: a construção de redes, a terapia de rede, a construção de formas organizadas na vida social (organizações, associações, grupos formais, grupos de autoajuda).

A Comunidade como sujeito e protagonista do tratamento: o Sistema Estratégico de Tratamento (SET)

É possível trabalhar com a comunidade entendendo-a como um sujeito de tratamento. Isto significa ter uma abordagem metodológica dirigida especificamente à comunidade (da mesma maneira que existem na prática social abordagens dirigidas a indivíduos, familiares e grupos). O Sistema Estratégico de Tratamento (SET) é uma maneira pela qual se tem organizado as estratégias de trabalho que envolvem a comunidade como um todo. Por isso se pode dizer que o SET é um mapa que serve para orientação no fluxo da vida comunitária.

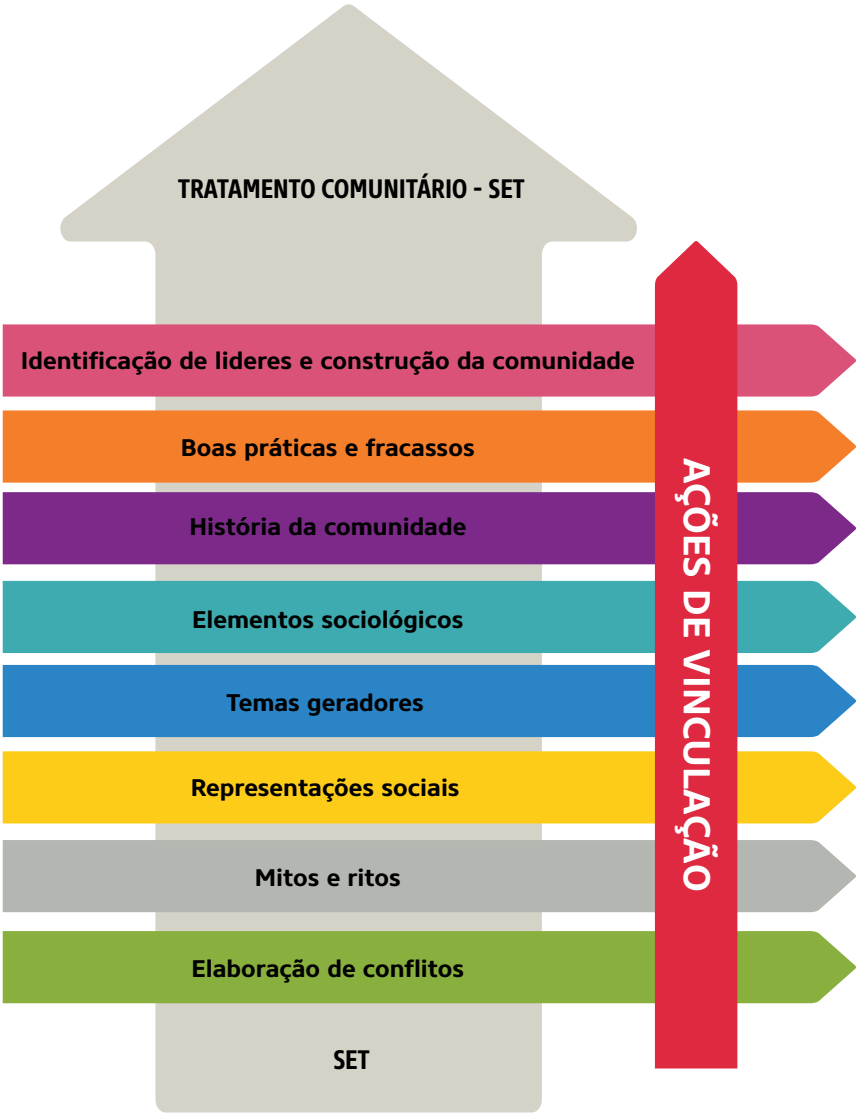
OBJETIVO DO SET

Reduzir o impacto prejudicial dos processos de exclusão social, e melhorar as capacidades de inclusão social.

PROCESSOS DO SET

Os processos do Sistema Estratégico de Tratamento são oito. Todos esses processos já existem nas comunidades. O papel das equipes do TC é visibilizá-los e, em um processo de troca, inserir estratégias e ações produzidas por outras comunidades e outros contextos de trabalho.

O gráfico abaixo ilustra os oito processos do SET.



O significado de cada um desses processos é responder, algumas perguntas fundamentais. Veja o esquema abaixo.

Identificação da comunidade pelos líderes de opinião não formais	Qual é a representação que os líderes de opinião têm da sua comunidade e que implicações tem na vida cotidiana dos seus moradores?
Boas Práticas e Fracassos.	Quais foram as maneiras como os atores comunitários deram respostas aos seus problemas e dificuldades? Quais foram os resultados e os impactos?
História da comunidade.	Quais acontecimentos da história da comunidade ainda influem na vida comunitária, quais foram os seus atores, quais os conteúdos dessas experiências?
Elementos sociológicos	Quais são os recursos estruturais da comunidade: dados gerais da população, serviços, infraestrutura, urbanização, educação, vida econômica etc.?
Temas geradores	De que fala a população, quais são as suas preocupações, os temas mais relevantes da sua vida?
Representações sociais	Quais são as representações sociais que a comunidade tem da sua condição, dos atores da sua vida cotidiana, dos excluídos e marginalizados, das instituições, e como essas representações influem na vida cotidiana e nas relações entre pessoas?
Mitos, ritos e costumes	Quais são os mitos que dão uma forma à cultura comunitária, quais os rituais que a fazem visível e os costumes que regulam a sua vida cotidiana?
Elaboração de conflitos	Quais são as formas e estratégias que os atores comunitários têm produzidos e usam para visibilizar conflitos, para encontrar respostas e garantir a sua seguridade?

COMO SE FAZ? METODOLOGIA DE TRABALHO COM OS PROCESSOS DO SET

A metodologia de trabalho com os processos do SET é comunitária na medida em que se implementa por meio da participação dos atores comunitários, da participação das redes do dispositivo comunitário e dos parceiros. Nesse sentido, o ator mínimo desses processos é um grupo.

Os atores/participantes são as redes: (i) subjetiva comunitária, operativas, de recursos comunitários, de líderes de opinião, minorias ativas; (ii) toda a população que deseja participar. As modalidades de trabalho são as mais variadas: oficinas, seminários, grupos de discussão, rodas de conversas, grupos focais, assembleias, debates, encontros com especialistas, jogos de papéis, teatro, música, pesquisas comunitárias, trabalho de rua, visitas domiciliares, cartografia social ou ecológica e todas aquelas formas que a criatividade dos atores comunitários sugere.

1. **Identificação da comunidade por parte de seus líderes de opinião**

   A construção e a elaboração conjunta da representação social da comunidade produzida por seus líderes de opinião são um exercício cognitivo e relacional, que favorece por um lado os conhecimentos da comunidade e seus atores, e por outro lado permite modificar as relações na rede de líderes dessa comunidade; nesse sentido se pode falar de tratamento de rede. Simultaneamente se constrói o dispositivo, se modificam as relações, se produz conhecimento.

2. **Estudo dos projetos anteriormente desenvolvidos ou em fase de implementação**

   A história dos atores, dos resultados, as lições aprendidas por meio das experiências espontâneas, não formais, formais e institucionais que trataram de melhorar as condições de vida da comunidade são fundamentais para aprender com o passado, fortalecer aqueles que deram resultados, mudar o que for preciso mudar, inovar o necessário.

3. **Análise dos desafios, das dificuldades dos projetos e das boas práticas**

   Entender as lógicas que dificultam ou invisibilizam os projetos e as ações, e como estas se articulam também com as dinâmicas de poder dentro das comunidades, com as resistências, com a força da persistência e com o medo frente à necessidade de mudar, é fundamental para facilitar a participação ativa de todos na construção e na implementação das ações. A compreensão daquilo que deu certo e daquilo que não deu o resultado esperado é fundamental para aprender com a experiência.

4. **Breve história da comunidade**

   As comunidades são como as pessoas: têm histórias. Essas histórias contribuem em parte para condicionar e determinar seu presente e seu futuro. Conhecer essas histórias é um dos fatores importantes para conhecer as raízes dos atores comunitários, as origens dos processos de construção da comunidade, das suas representações sociais, de seus mitos e ritos, da sua vida política.

5. Elementos sociológicos, antropológicos e etnográficos

Trata-se aqui de todo o acervo de conhecimento formal da comunidade: território e suas características, serviços existentes e faltantes, características demográficas, arquitetura urbana. Paralelamente situam-se resultados de estudos antropológicos e etnográficos, ou seja, o estudo da cultura comunitária e das formas nas quais essa cultura se manifesta.

6. Identificação dos temas geradores

O ponto central relacionado com os temas geradores é responder à pergunta: do que falam as pessoas? Qual é o conteúdo dos diálogos e discursos da vida comunitária: desejos, preocupações, queixas, propostas, comentários e ideias. Os temas geradores são subdivididos em dois grupos: os espontâneos, propostos diretamente pelos atores comunitários e os induzidos (aqueles que são propostos pela equipe e/ou a rede operativa). O trabalho com temas geradores tem uma finalidade cognitiva (saber) e uma finalidade de transformação: modificar linguagens, modalidades representativas e expressivas, etc.

7. Representações sociais

Modificar as representações sociais é o objeto central da prevenção, em seu sentido clássico, da educação/reabilitação e do cuidado psicológico no marco do tratamento comunitário (eixos 1, 3 e 4). Visibilizar coletivamente quais são os conteúdos das representações sociais, as palavras e as imagens que usamos para definir pessoas e relações ajuda a entender como estas podem produzir sofrimento social ou felicidade, marginalização ou integração social.

8. Mitos e formas rituais

Os temas geradores fundamentais em uma comunidade, como nascimento e morte, saúde e doenças e outras vulnerabilidades, como o uso problemático de álcool ou outras drogas, violência dentro ou fora das famílias, problemas legais com a justiça, conflitos nas relações, têm seus mitos, com seus personagens e seus modelos exemplares e seus ritos. Esses mitos e ritos formam grande parte do pensamento e da vida cotidiana das comunidades (como exemplo, pense no mito da gangue e nos rituais que todos em uma comunidade têm que respeitar). Entender esses mitos e ritos permite criar consciência, modificar representações sociais, criar novos mitos e formas rituais.

- ✓ *Mito* é uma narração de feitos particulares executados por deuses, semideuses, heróis e monstros. Mito pode oferecer uma explicação dos fenômenos naturais, legitimar práticas rituais ou instituições sociais e, de maneira mais geral, responder às grandes questões colocadas pelos homens. Existem também mitos urbanos que celebram ações feitas por atores sociais: o mito do traficante, o mito do político prestigioso, o mito do fundador da comunidade etc. Característica essencial dos mitos é que se espalham oralmente antes de serem escritos, e que se perpetuam na tradição de um povo. É também um inesgotável reservatório de histórias e símbolos produzido pela tendência inata do homem de contar; o mito oferece em cada cultura uma série multifacetada de figuras simbólicas e modelos comportamentais.
- ✓ *Rito*. É o conjunto de regras que regula a conduta de uma ação sacra, as cerimônias de um culto religioso, ou de uma festa especial de tipo religioso ou civil. Sua conotação essencial é a inevitabilidade de uma ordem existente antes das ações sagradas individuais; de outro modo, podem-se ter manifestações subjetivas de religiosidade, não de ritos. Em relação com a mitologia urbana o rito é um conjunto de regras não escritas, como por exemplo as maneiras de cumprimentar as pessoas que têm autoridade, as maneiras de vestir, as maneiras de compartilhar alimentos etc.

9. Identificação dos conflitos de base no interior da comunidade

Um conflito pode ser entendido como um processo no qual dois ou mais atores se encontram em oposição mútua ou são incompatíveis. Dito de outra maneira, um conflito é um processo de construção de oposições e incompatibilidades. Entender a lógica dos conflitos, de como estes persistem, mudam, se reproduzem ou encontram respostas, é fundamental. Segundo os iniciadores do trabalho de redes, os conflitos são a fonte das dinâmicas comunitárias, que permitem as mudanças, ora construtivamente ora de maneira catastrófica.

As estruturas materiais e os locais do TC

Onde acontece o Tratamento Comunitário? Quais são os lugares ou as estruturas do Tratamento Comunitário? O Tratamento Comunitário busca atingir o maior número de pessoas possível e, por consequência, busca caracterizar-se pelo limiar de acesso mais baixo possível. O Tratamento Comunitário tem seus lugares específicos; isso não significa que não se integre na rede de recursos comunitários não formais e formais: há outros atores trabalhando, outras instituições, todos no marco de uma coerente política pública.

O limiar de acesso descreve os obstáculos que um parceiro tem que superar para poder ter uma resposta a uma das suas preocupações. O limiar de acesso mínimo é aquele onde a pessoa pode encontrar resposta no seu contexto de vida. Ter que marcar um encontro, pegar um meio de transporte, respeitar um horário ou pagar um custo elevado são elementos que aumentam o limiar de acesso.

OS TERRITÓRIOS COMUNITÁRIOS

As praças, as esquinas das ruas, as ruas, os lugares de esporte são lugares públicos de encontro e participação comunitária, ou seja, são lugares de todos. Esses

lugares são o primeiro recurso do TC: neles acontecem os primeiros contatos, e se dão ações de prevenção/organização, de Assistência Básica e Redução de Danos, de educação, de cuidado em saúde e de capacitação para o trabalho. São os lugares principais porque são de todos, porque é onde se pode ter contato com a população que ali está.

OS SERVIÇOS "NATURAIS".

Os bares, os restaurantes, os postos de combustível, os comércios estabelecidos formais e não formais são de fato "serviços básicos na e da comunidade", existem para responder a necessidades comunitárias. Cada um desses serviços pode ser um ator na rede de recursos comunitários, implementando ações ou processos incluídos no TC: prevenção universal, seletiva e indicada, informação, derivações, inserção no trabalho, etc. Cada um desses serviços tem sua estratégia de enraizamento no território.

OS RECURSOS DOS ATORES PRIVADOS

Casas dos habitantes da comunidade, lugares nos quais as pessoas possam se reunir, trabalhar, lugares nos quais habitantes que deles precisem possam encontrar serviços de higiene, comida, albergue, etc... As formas de participação da comunidade são infinitas.

CENTROS DE BAIXO LIMIAR E BAIXA COMPLEXIDADE

Os centros de escuta comunitários e os centros de acesso livre (centros de baixo limiar) são duas formas de serviços/lugares de umbral e complexidade muito baixa. São ao mesmo tempo lugares de encontro e de serviços, por exemplo, a alimentação, higiene, segurança, vida de grupo, construção de redes, saúde, educação. Dentre suas características encontram-se a proximidade em relação às pessoas que o necessitam, a baixa estruturação e exigências de suas atividades e o acesso livre: sem obrigatoriedade de agendamentos prévios.

CENTROS DE BAIXO LIMIAR E MÉDIA COMPLEXIDADE

Encontram-se nesse grupo serviços de nível médio de complexidade (equipes com figuras profissionais diferentes), que permitem por exemplo administração de tratamentos substitutos, auxílio médico básico, atenção profissional a crises psicológicas ou relacionais, etc. O nível de complexidade pode crescer até não ter conflitos com a necessidade do umbral de acesso mais baixo possível.

CENTROS DE BAIXO LIMIAR E ALTA COMPLEXIDADE

São lugares/serviços nos quais o nível de organização das atividades é muito estruturado e as pessoas que desejam participar têm que respeitá-lo (a participação, porém, não é obrigatória). Encontram-se ali equipes com figuras profissionais diferentes, com horários de trabalho, regras de participação e exclusão, etc. (uma comunidade educativa de dia).

Procurando recursos, visibilizando e construindo redes

Quando estamos fazendo trabalho de rua a tarefa principal da equipe de TC não é buscar os parceiros por seus problemas, mas por seus recursos, começando pelo que mais importa neles: os seus amigos. Nos preocupamos então em dar visibilidade à sua rede subjetiva.

Trabalhar com a pessoa (e não com o indivíduo) significa considerar que os processos de mudança se dão a partir das relações com o outro. São estas que estimulam, motivam e mantêm os processos de mudança. A rede subjetiva (amigos) é a que funciona como base e como "suporte social" dos processos da vida de uma pessoa. Quem verdadeiramente segue os parceiros no seu cotidiano são seus amigos. Os profissionais e operadores da equipe devem, então, conhecê-los e aliar-se a eles e ao parceiro para pensar em uma "proposta de seguimento".

Uma equipe de Tratamento Comunitário difere de uma equipe de um serviço instituído porque sua principal função é: **facilitar e apoiar a ação da rede subjetiva dos parceiros (fortalecer e ampliar suas relações e seus amigos)** para a diminuição de vulnerabilidade desse parceiro e não oferecer solução diretamente ao parceiro. A ideia é que os amigos estão sempre presentes na vida das pessoas, enquanto a equipe possui limites geográficos, temporais, dentre outros, que a impedem de estar sempre presente no cotidiano da vida do parceiro, lugar onde as transformações acontecem e se mantêm.

O desafio do TC é estar com o parceiro para entender quem são seus amigos, quais são as características (recursos e vulnerabilidades) de cada um deles e quais são as relações entre eles, se são também amigos entre si ou não.

O ideal para conhecer a rede de um parceiro é estar com ele e viver a vida cotidiana da comunidade com ele e com seus amigos. Porém, como nem sempre é possível que as equipes estejam presentes, existem outras formas de se conhecer as relações mesmo sem estar vivendo a vida cotidiana do parceiro, como: perguntar sobre o parceiro às outras pessoas que o conhecem e que consideramos seus amigos; utilizar todos os conhecimentos e relações dos membros da equipe; entrevistar o parceiro; utilizar as pessoas que compõem a rede subjetiva comunitária como fonte de relação e de informação.

Não se trata, com efeito, unicamente de saber ou conhecer as relações, mas de utilizar esse processo de construção de conhecimento para identificar as relações e modificá-las, caso necessário. Por consequência, é importante escolher a estratégia que mais favoreça a construção da relação. Provavelmente no início seja melhor utilizar a estratégia menos invasiva possível e, somente quando a relação estiver bastante forte, pode-se utilizar uma entrevista direta.

Conclusão

O Tratamento Comunitário é uma proposta que tem objetivos técnicos e estratégicos. Do ponto de vista técnico, busca atingir os objetivos de cada um dos seus eixos, processos e serviços. Do ponto de vista estratégico, se inspira em processos de baixo para cima com o propósito de construir cenários que facilitem o encontro com processos de cima para baixo. Entre seus pontos de força encontram-se o respeito aos direitos humanos fundamentais, a busca de qualidade profissional, a produção de evidências científicas junto com a investigação qualitativa, a busca de articulação com as políticas públicas.

Bibliografia

ALVES, V. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas**: discurso político, saberes e práticas. Health care models for users of alcohol and other drugs: political discourse, knowledge. *Cad. Saúde Pública, 2009, 25*(11), 2309-2319.

ARRANZ LÓPEZ, S. **Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en proceso de reinserción**. *REDES. Revista hispana para el análisis de redes sociales, 2010, 18*(7), 163-182.

BUSSO, G. **Vulnerabilidad Social Nociones y Políticas**. Santiago de Chile: CEPAL, 2001.

DOWNEY, M. J.; ROMAN, J. K. & LIBERMAN, A. M. **The Costs and Benefits of community Based Substance Abuse Treatment in the District of Columbia.** Washington D.C.: DCPI Urban Institute, 2012.

EMCDDA. **Harm Reduction: evidence, impacts and challenges**. Lisboa: EMCDDA, 2010. Disponível em: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/555/EMCDDA-monograph10-harm_reduction_final_205049.pdf. Acesso em: 13 dezembro 2018.

FERNÁNDEZ PEÑA, R. **Redes sociales, apoyo social y salud**. Perifèria. Revista d'investigació i formació en Antropologia; Vol. 3, Núm. 2 (2005)

HIGGINS, S. T.; SIGMON, S. C.; WONG, C. J.; HEIL, S. H.; BADGER, G. J.; DONHAM, R.; STACEY, A. **Community Reinforcement Therapy for Cocaine Dependent Outpatients**. *Arch Gen Psychiatry, 60*(10), 1043-1052. doi:10.1001/archpsyc.60.9.1043, 2003.

IHRA. **What is Harm Reduction?** Disponível em: http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction. Acesso em: 13 dezembro 2018.

LOZARES, C.; LÓPEZ ROLDÁN, P.; VERD, J. M.; MARTÍ, J. & MOLINA, J. L. **Cohesión, Vinculación e Integración sociales en el marco del Capital Social**. REDES. Revista hispana para el análisis de redes sociales., *20*(1), 2011.

MILANESES, E. **Harm Reduction in Developing Countries**: Global Partnerships for Sustainable Development. UNESCO-DCV. Final Report. Freiburg: Deutscher Caritasverband, (2010).

_____. **Intercultural Conflict Management**. Subjective networks: transcultural study. Alice Salomon University, Berlin. Manuscrito no publicado, 2013.

_____. **Tratamento Comunitário, Manual de Trabalho**. Brasília: Technopolitik, 2018.

_____. **Tratamento Comunitário**. Teorias e conceitos. Glossário Eco2. 2a Ed, revista. Brasilia: Technopolitik, 2018b.

MOSCOVICI, S. **El Psicoanálisis, su imagen y su público.** Buenos Aires: Huemul, 1979.

UNODC. **Guidance for Community-Based Treatment and Care Services for People Affected by Drug Use and Dependence in Southeast Asia.** UNODC, 2014a.

_____. **Promoting Community-based Treatment for Drug Use disorders.** Thailand: UNODC, 2014b.

_____. **"Each person counts".** UNODC's Global Project on Drug Use Prevention and Treatment of Drug Use Disorders. Campinas: UNODC, 2016.

UNODC-TREATNET. **Drug Dependence Treatment:** Community Based Treatment. Vienna: UNODC, 2008.

SOBRE OS AUTORES

EFREM MILANESE

Graduado em Psicologia pela Universidade Paris-Sorbonne (Paris V - René Descartes), especializado em Dipendenze Patologiche (Dependências Patológicas) pela Universidade de Pádua, mestre e doutor em Psicologia pela Universidade Paris-Sorbonne (Paris V - René Descartes). Trabalha na área da redução da demanda de drogas (prevenção, tratamento, integração social) e consultor de programas e políticas em alguns países da América Latina, Ásia e Europa.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/6225165226834453

RAQUEL BARROS

Graduada e mestre em Psicologia pela Universidade de São Paulo, fundadora da Associação Lua Nova e empreendedora social da Ashoka, Fundação Schwab. Membro honorário da Womanity (Woman Changemaker), gestora da RAISSS (Rede Americana de Intervenção em Situações de Sofrimento Social), diretora do Instituto Empodera e consultora do Colombo Plan (ASIA/USA), da Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (Governo de Argentina), da Junta Nacional de Drogas do Uruguai e da Secretaria de Segurança Multidimensional (CICAD/OEA).

EROY APARECIDA DA SILVA

Possui Graduação em Psicologia pela Faculdade Paulistana Organização Paulista de Educação e Cultura (1989) e Doutorado em Psicobiologia pela Universidade Federal de São Paulo (2011). É membro fundador e efetivo da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas, Consultora - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Consultora ad hoc de várias revistas brasileiras. Psicóloga contratada pela Associação Fundo de Pesquisa-AFIP. Coordenadora Pedagógica do Curso de Especialização Intervenções Comunitárias: Empoderamento Psicossocial com Ênfase em Substâncias - da Universidade Federal de São Paulo.Coordenadora do Curso Substâncias Psicoativas- Processos Formativos dos Profissionais da Rede SAMPA-Saúde Paulistana, da Prefeitura Municipal de São Paulo (2013-2016). Tem experiência na área de Psicologia Clínica e Pesquisa, com ênfase nos processos intrapsiquico e interpsíquicos, atuando principalmente nos seguintes temas: dependência álcool e outras drogas entre população vulnerada, transtornos de humoar, relacões familiares, grupais e comunitarios. Professora e Colaboradora de Programas de Pós Graduação em Psicologia, Processos Formativos de Profissionais. Coorientadora de teses de mestrado. Autora de vários artigos nacionais e internacionais. Autora de vários livros na área de álcool e outras drogas.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/8738343026653952

CAPÍTULO 6

Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa:

definição, objetivos e pressupostos

Adalberto de Paula Barreto

COMO CITAR:

Barreto AP. Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa: definição, objetivos e pressupostos EM:Formigoni MLOS, Duarte PCVA (Org) Módulo 7 [recurso eletrônico]: Recursos da comunidade e da família para cuidado e redução de danos associados ao uso de drogas. Coleção SUPERA, 1ª. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018. ISBN: 978-85-62377-31-0 (on line); v.8 SUPERA EAD [13a turma] pags 115-140

TÓPICOS

Por que Terapia Comunitária? 118

Os objetivos da Terapia Comunitária 120

A escolha do terapeuta 122

A importância das etapas e das regras na roda comunitária 126

As abordagens terapêuticas 131

Bibliografia 139

Sobre o autor 140

OBJETIVOS

- ✓ Conhecer os fundamentos e objetivos da Terapia Comunitária;
- ✓ Conhecer as características esperadas de um terapeuta comunitário;
- ✓ Conhecer o funcionamento da roda comunitária.

Nota dos Organizadores: Alguns conceitos expressos neste 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 dessas 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 determinadas modalidades terapêuticas.

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. A terapia Comunitária 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.

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

SAIBA MAIS

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.

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 busca de 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 se encontram 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. É um espaço de escuta, palavra e construção de vínculos que permite 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.

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.

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, à 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.

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 a 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.

SAIBA MAIS

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

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. O acolhimento tem por objetivos 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:** É o momento de falar sobre o que incomoda. O terapeuta deve pedir para as pessoas presentes mencionarem o que as aflige e fazer votação do tema junto com todos os presentes. Mesmo que haja problema semelhante, todos os temas devem ir para votação.

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:
    - ✓ Redimensionar 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, evangélica... 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:

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 uma pessoa 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.

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, nos mostra 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.

OS VALORES DA TCI

Embora a TCI tenha um esboço definido com eixos teóricos, é muito mais uma **postura** do que uma técnica a ser aplicada. Existem **valores fundamentais** que norteiam sua prática e foram construídos ao longo de 30 anos: 1. acolher sempre; 2. resgate da simplicidade; 3. valorizar as emoções; 4. ousar criar, inovar; 5. gerar dúvidas nas nossas certezas; 6. horizontalidade nas relações; 7. ver o outro como um recurso; 8. circularidade no cuidar; 9. humor com amor; 10. imprevisibilidade.

1. **ACOLHER:** se acolher, se aceitar como se é, estar aberto às diferenças, aos valores tradicionais, modernos e familiares, estar atento à linguagem corporal e às emoções de cada um; acolher minha história, acolher as ressonâncias emocionais, inerentes ao cuidar, como matéria-prima para meu próprio crescimento. Acolher **as dores da alma**. Acolher o imprevisto, o inesperado, as emoções positivas e negativas. Acolher a criança interior, que está dentro de cada um. Ser sempre uma presença acolhedora, autêntica, convivial, sorridente, simples e disponível. Acolher e partilhar músicas, saberes, aromas e sabores de café, chás e bolos...

2. **SER SIMPLES**: resgatar a simplicidade de linguagem, de postura e se livrar do lugar do especialista que sabe, para aceitar aprender com o outro. A complicação é um instrumento de poder, de dominação que deseja impor sua superioridade afirmando que seu saber é tão complexo que o outro deve submeter a si. A simplicidade nos permite abandonar, se livrar do poder sobre os outros para poder ser com os outros. A simplicidade nos permite resgatar o essencial, menos papel envolvendo o bombom, ou seja, a essência do bombom é a douçura é o sabor e não o papel que o envolve. A TCI não é mais uma técnica, mas acolher o sofrimento, com os recursos da cultura em toda simplicidade. Precisamos encontrar em cada um de nós a criança interior, resgatar a sabedoria tradicional de nossos antepassados. Teorizar pouco e sempre a partir da experiência vivenciada.

3. **VALORIZAR AS EMOÇÕES** é o ponto de partida para a construção das identificações que vão construindo as redes de apoio social. Valorizar o corpo como o *locus* que nos permite viver nossas emoções. Trata-se de identificar, de nomear a sensação presente no corpo. Uma vez que essas sensações são identificadas, elas podem ser pensadas, gerando consciência e possibilitando as mudanças. É pelas emoções que nos unimos, descobrimos que somos todos iguais e vivenciamos nossa humanidade, independentemente de toda diferença aparente externa.

4. **OUSAR, INOVAR,** ousar transgredir, se permitir descobrir a si mesmo, mostrar suas emoções e dessa forma permitir ao outro fazer o mesmo, superando a vergonha de falar em público, a culpabilidade, o medo de ser julgado, ousar ser ele mesmo**.** Na TCI o animador pode falar também de seus sofrimentos. Para chegar lá deve superar a vergonha de falar em público, a culpabilidade, o medo de ser julgado.

5. **GERAR DÚVIDAS** duvidar das nossas certezas, com perguntas que fazem pensar, valorizar a consciência crítica, ou seja, várias respostas a uma questão e não a consciência ingênua que consiste em dar uma única resposta a uma questão. Toda certeza é uma prisão. Cada pessoa vem à roda de TCI como prisioneira de uma leitura. Se acha vítima, culpada. Compete ao terapeuta comunitário, através de perguntas, semear a dúvida na certeza. Perguntas que abram perspectivas das diferentes opções de encarar a realidade. Um ponto de vista é apenas a vista de um ponto.

   "Sempre há o que aprender, lendo, ouvindo, vivendo e, sobretudo, trabalhando. Mas só aprende quem se dispõe a rever suas certezas". (Darcy Ribeiro)

6. **HORIZONTALIDADE NAS RELAÇÕES** significa que a experiência de uma pessoa não é mais importante do que a de outra. É apenas diferente. Não existe um saber superior ao do outro, mas um saber a compartilhar; todos somos aprendizes. O que existe é um saber coletivo. Na TCI, aqueles que geralmente falam devem silenciar para permitir que quem nunca fala possa falar. A horizontalidade é dar a palavra, fazer perguntas e escutar aqueles que geralmente escutam. Trata-se de falar de si, de suas emoções, de sua experiência. A horizontalidade é uma questão de humildade. Ser humilde não é ser submisso, e sim ter consciência de suas competências e de seus limites, aceitando a competência dos outros como complementares. É dar sem esperar nada em troca e receber sem se sentir em dívida.

7. **VER O OUTRO COMO UM RECURSO** acolher as diferenças como presentes e a alteridade como um espelho que suscita ressonâncias que favorecem a consciência de si. A fim de que cada um possa se beneficiar dos recursos de todos, precisamos deixar espaço para o silêncio, valorizar a presença dos participantes. Aprender com o outro e se permitir ser interpelado pelo inesperado, pelo imprevisto. Ficar aberto ao enamoramento. O encontro com o outro é uma viagem para a descoberta de um continente desconhecido. O outro, por sua singularidade e suas diferenças, é fator de mudanças, de crescimento e de resiliência.

8. **A CIRCULARIDADE NO CUIDAR,** sem a circularidade no cuidar, muitas vezes a relação de ajuda é baseada em um especialista que doa e um indivíduo que recebe. Dessa forma nos privamos da extraordinária riqueza do saber adquirido pela experiência de vida de cada pessoa e, sobretudo, daquelas pessoas que vivem grandes dificuldades. Paulo Freire nos lembra que a aprendizagem é uma construção coletiva e que nós não podemos realmente aprender se não aprendemos alguma coisa com o outro. Nossa experiência nos mostra que acontece o mesmo na relação de cuidar.

9. **USAR O HUMOR COM AMOR** porque o humor é um recurso cultural indispensável no trabalho de grupo. Ele estimula o neocórtex a refletir e permite ressignificar, transformar o trágico em lúdico. Só ri quem entende, quem pensa.

10. **IMPREVISIBILIDADE** é uma das bases do trabalho comunitário. A imprevisibilidade exige flexibilidade e uma grande capacidade de adaptação às exigências contextuais. É a consciência do essencial e do possível como um processo dinâmico que devemos acompanhar. Devemos estar a serviço do processo e não o contrário. Imprevisibilidade não pode ser confundida com desorganização.

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; 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.

SOBRE O AUTOR

ADALBERTO DE PAULA BARRETO

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (1976) e Graduado em Filosofia e Teologia pela Université Catholique de Lyon- França et Pontificia Universitas St. Tomas de Aquino- Roma - Itália (1983), Doutor em Psiquiatria pela Université René Descartes Paris V (1982) e Doutor em Antropologia pela Haute École des hautes études en sciences sociales de Paris e Université Lumière Lyon - França 2 (1985). Foi o criador e Coordenador do Projeto de Extensão da UFC: 4 Varas: uma comunidade que cuida (https://www.4varas.com.br/). Coordenador do Departamento de Saúde Mental Comunitária da WASP. Criador e Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria Social afiliada a WASP. É professor convidado da Haute École de Travail Social et de la Santé - EESP em Lausanne-Suíça para formar Terapeutas Comunitários na EUROPA.

Atualmente é professor associado 4 aposentado da Universidade Federal do Ceará e continua atuando e coordenando projeto de extensão de 4 Varas, berço da Terapia Comunitária - Fortaleza-CE e está implantando a metodologia da TCI em toda a Itália através da Cáritas Italiana, VOLABO, Universitá di Bolognia e Prefeituras para fazer face aos desafios das migrações e desagregações dos vínculos sociais. Ministra cursos de formação em Terapia Comunitária e Resgate da Autoestima, sendo convidado como conferencista em 25 países. da Vila Serena – Centro para Tratamento de Dependência Clínica.

Latttes: http://lattes.cnpq.br/8155674496013599

CAPÍTULO 7

Estratégias de Redução de Danos:

da Atenção Primária à Secundária

Thaiani Farias Vinadé
Marcelo Santos Cruz
Márcio Moreno Barbeito

COMO CITAR:

Vinadé TF, Cruz MS, Barbeito MM. Estratégias de Redução de Danos: da Atenção Primária à Secundária EM:Formigoni MLOS, Duarte PCVA (Org) Módulo 7 [recurso eletrônico]: Recursos da comunidade e da família para cuidado e redução de danos associados ao uso de drogas. Coleção SUPERA, 1ª. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018. ISBN: 978-85-62377-31-0 (on line); v.8 SUPERA EAD [13a turma] pags 141-159

TÓPICOS

Conceito de Redução de Danos 144

História da Redução de Danos e formas de atuação 145

Redução de Danos: um campo ainda hoje polêmico na atenção ao uso de substâncias psicoativas 147

Redução de Danos e atenção primária: encontros possíveis 149

Redução de danos e atenção secundária: a importância dos CAPS-ADs 152

Bibliografia 156

Sobre os autores 158

Nota dos Organizadores: Alguns conceitos expressos neste 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 dessas 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 determinadas modalidades terapêuticas.

OBJETIVOS

- ✓ Compreender o conceito de redução de danos e seus princípios básicos;
- ✓ Conhecer as principais estratégias adotadas para redução de danos entre pessoas com problemas associados ao uso de substâncias psicoativas;
- ✓ Conhecer a história e as experiências de redução de danos e os resultados obtidos;
- ✓ Entender como é possível adotar técnicas de redução de danos em serviços de saúde de atenção primária e secundária.

Conceito de Redução de Danos

O que são Estratégias de Redução de Danos?

No campo da prevenção, as estratégias de Redução de Danos (RD) envolvem a utilização de medidas que diminuam os danos provocados pelo uso das drogas, mesmo quando os indivíduos não pretendem ou não conseguem interromper o uso dessas substâncias. São ações práticas, pois consideram que o ideal de não usar drogas pode ou não ser alcançado pelo indivíduo, ou seja, caso o indivíduo continue com o uso, que o faça com o menor risco possível. Mais recentemente, o conceito de RD foi estendido para as práticas de assistência, ou seja, para as situações de tratamento.

Trata-se também de uma lógica de trabalho, uma perspectiva que se propõe a refletir sobre como cada sujeito se relaciona com as drogas, que lugar subjetivo e objetivo elas ocupam na vida de cada pessoa, sendo isso mais relevante do que as drogas em si mesmas.

Os princípios básicos da Redução de Danos, segundo Allan Marlatt, são:

- Uma alternativa de saúde pública aos modelos moral/ criminal e de doença do uso e da dependência de drogas (historicamente utilizados para compreensão e tratamento da dependência química);
- Reconhecimento da abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos do uso de substâncias psicoativas;
- Uma abordagem de baixo para cima, baseada na defesa do dependente, em vez de uma política de cima para baixo, promovida pelos formuladores de políticas de drogas;
- Promoção de acesso a serviços de baixa exigência como uma alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência.

No caso do uso injetável de drogas, por exemplo, se um indivíduo ainda não consegue deixar de usar uma droga, as ações incidem no sentido de que ele o faça de

forma não injetável. Se ele ainda não consegue isso, que o faça sem compartilhar seringas. Caso isso também não seja possível, que ele e os parceiros usem métodos eficientes de esterilização do equipamento de injeção, e assim por diante. A troca de seringas é apenas uma das ações a ser empregada. Junto a essa tarefa, obrigatoriamente, outras devem ser realizadas.

Pensar ações de Redução de Danos consiste em pensar práticas de saúde que considerem a singularidade dos sujeitos, que valorizem sua autonomia e que tracem planos de ação que priorizem sua qualidade de vida. É preciso lançar mão de estratégias que sejam mais interessantes conforme cada situação, seja o uso protegido, a diminuição do uso ou a abstinência.

História da Redução de Danos e formas de atuação

Na segunda metade do século XX, as políticas voltadas para o usuário de drogas eram, quase exclusivamente, pautadas em ações repressivas que visavam à diminuição da oferta de drogas pela repressão da produção, distribuição e consumo de drogas ilícitas. Essa estratégia foi denominada, no governo Reagan (EUA), de política de "Guerra às Drogas".

Essa política colocou pouca ênfase nas ações de prevenção, que, quando ocorrem, como no caso das campanhas de "Diga Não às Drogas", baseiam-se em atemorizar a população-alvo, ressaltando apenas os graves danos produzidos pelo uso de drogas. Essa estratégia de prevenção não levou em consideração que a população-alvo rapidamente identificou as contradições contidas nesse discurso, como a percepção de que as drogas também produzem prazer e que existem pessoas que usam drogas sem desenvolver os quadros mais graves divulgados pelas campanhas alarmistas. A prática da política de "Guerra às Drogas" não produziu os objetivos desejados e as campanhas alarmistas foram igualmente ineficazes. Em 1984, em Amsterdã, uma associação de usuários de drogas injetáveis, buscando a melhoria de sua qualidade de vida e preocupada com a crescente contaminação pelo vírus da Hepatite B, iniciou um programa experimental de troca de seringas usadas por novas. Mais tarde, essa estratégia passou a ser adotada para prevenção, também, da contaminação pelo vírus HIV. Essas ações foram o embrião para políticas de Redução de Danos em diversas partes do mundo. No Brasil,

em 1989, o município de Santos realizou a primeira tentativa de implantar um programa de Redução de Danos. Inicialmente os profissionais foram impedidos de fornecer seringas para usuários de drogas injetáveis como forma de evitar a contaminação pelo vírus HIV e, por isso, ensinavam o uso de hipoclorito de sódio para a desinfecção de agulhas e seringas reutilizadas. Esses profissionais e seus coordenadores foram ameaçados ou mesmo presos, acusados de estimular o uso de drogas. Posteriormente, instituições governamentais autorizaram a troca de seringas e outras estratégias de Redução de Danos. Em 2003, o Ministério da Saúde, através da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, estimulou a divulgação do conceito de Redução de Danos. Assim, ressaltou a necessidade de múltiplas possibilidades de atenção, tendo em vista a multiplicidade dos sujeitos, apostando na defesa da vida, no aumento do grau de liberdade e na corresponsabilidade.

O número de programas de Redução de Danos chegou a mais de 100 no Brasil, quase todos financiados pelo Ministério da Saúde. Sua atividade mais conhecida é a substituição de seringas usadas por outras novas e estéreis. No entanto, no contato com usuários de drogas, os programas de Redução de Danos, obrigatoriamente, desenvolvem várias outras atividades. As atividades dos programas de Redução de Danos no Brasil incluem:

- Localização e abordagem da rede de usuários de drogas (UDs);
- A substituição de seringas usadas por novas (para o caso de drogas injetáveis);
- Informações e orientações de saúde;
- Disponibilização de serviços de saúde;
- Testagem anônima para HIV e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs);
- Exames para os demais problemas de saúde;
- Encaminhamento para avaliação e tratamento médico de problemas relacionados ou não ao HIV, DSTs ou ao uso de álcool e outras drogas;
- Encaminhamento para tratamento da dependência e para outros recursos sociais da rede de assistência (serviços sociais, reinserção social, jurídicos, educação etc).

Alguns programas de Redução de Danos também realizam outras ações específicas para redução dos riscos e danos pelo uso de drogas, para determinadas parcelas da população; atendimento a populações específicas, como aos usuários de crack, travestis que injetam silicone, jovens que dirigem sob o efeito do álcool, populações em situação de rua.

Redução de Danos: um campo ainda hoje polêmico na atenção ao uso de substâncias psicoativas

Desde o início da utilização das estratégias de Redução de Danos essas práticas vêm encontrando forte oposição, criando em seu entorno um campo de polêmicas e reflexões importantes. Dentre os que se colocam contra essa proposta se alinham os que têm uma compreensão exclusivamente moral ou religiosa da questão e aqueles que só aceitam uma "sociedade livre de drogas" e a abstinência completa e imediata (para o indivíduo). Outros opositores da Redução de Danos manifestam preocupação com o possível aumento do consumo de drogas e das doenças de contaminação por via venosa e sexual. No campo da atenção ao uso, abuso e dependência química não existem, até o momento, práticas que solucionem, de forma completa e indiscriminada, as problemáticas advindas dessas condições. Dessa forma, mais importante do que se colocar a favor ou contra – como se tratássemos de times de futebol – é compreender que os diferentes contextos exigem diferentes estratégias e perspectivas de trabalho. Pessoas que usam drogas são diferentes entre si em vários aspectos, sendo sensíveis, portanto, a diferentes abordagens. Dessa forma, a Redução de Danos se oferece como mais uma possibilidade de atuação dos profissionais de saúde que se deparam com a complexidade da prevenção do uso indevido e do tratamento da dependência química.

AS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS

- Não são contraditórias, nem dispensam ações preventivas, dirigidas para a redução da oferta ou da demanda;
- Não interessam a produtores e vendedores de drogas;
- Consideram também os quadros de dependência;
- Não constituem uma estratégia permissiva;
- Não passam uma mensagem de descrédito de que seja possível interromper o uso de drogas (no âmbito individual) ou de que os problemas relacionados ao uso podem ser minimizados;
- Não são contrárias à abstinência, se esta for avaliada como importante para determinada situação.

Não é incomum haver confusão de conceitos em relação às propostas de Redução de Danos. Há uma tendência clara de minimização do conceito de Redução de Danos. É comum ouvir ou ler críticas de conteúdo preconceituoso às estratégias de Redução de Danos. Ocorrem tentativas de associar a ideia da Redução de Danos exclusivamente a práticas, como a da substituição de drogas (para o usuário de heroína ou morfina, a troca por metadona; para o dependente de cocaína, tratamento que use maconha; para o usuário de bebidas destiladas, substituição por outras de menor teor alcoólico, por exemplo) ou às medidas para o "uso seguro de drogas" (fornecimento e troca de seringas, por exemplo).

Redução de Danos e atenção primária: encontros possíveis

A assistência aos usuários de álcool e outras drogas deve ser encarada considerando sua enorme complexidade. Observando os padrões de consumo de drogas, é possível perceber diferenças não apenas geográficas, mas também no volume e qualidade do que se consome, na forma e tipos de consumo, nos subgrupos de consumidores e nas consequências sociais, econômicas e para a saúde dos diferentes territórios.

Da mesma forma, ao analisar problemas como o tráfico de drogas e a violência, ou as diferentes condições e realidades sociais e as formas de consumo, é possível ter ideia do tamanho do desafio a ser enfrentado e da inadequação das propostas do tipo "pacotes de ações para tudo e para todos". Cada região, estado, cidade, local, subgrupo social possui diferenças e particularidades. "O cardápio é variado" e exige, necessariamente, estratégias específicas para cada realidade. Nesse sentido, em termos de saúde pública, a estratégia de Redução de Danos é, talvez, uma das únicas capazes de verdadeiramente penetrar em todos os "círculos" onde estão as drogas. Referimo-nos aqui, inclusive, aos ambientes em que são consumidas de maneira aceitável, social, e sem qualquer questionamento sobre seus possíveis danos ou consequências.

A **Atenção Primária à Saúde** é campo fértil para pensarmos ações de cuidado à saúde das pessoas que usam drogas, pois as equipes de saúde dividem cotidianamente o território objetivo e subjetivo com os usuários a que atendem, compondo a cena e partilhando dos mesmos conflitos.

Só poderemos ajudar as pessoas que usam drogas a reverem seu uso, priorizando sua saúde e cuidado de si, se compreendermos, junto com elas, que espaço a droga ocupa em suas vidas e de que forma é possível transformar essa função que a droga ocupa em algo menos danoso.

Acompanhar a história dessas pessoas, identificando sua relação com a droga, é fundamental para que possamos identificar os recursos disponíveis e indicados a cada situação. Precisamos, junto com os usuários do SUS – de forma geral e, nesse caso, com as pessoas que usam drogas – , traçar estratégias de atenção que contemplem suas necessidades.

Aproveitar a proximidade da população que vive no território proporciona espaço para o efetivo processo de construção de saúde das pessoas e das comunidades. O trabalho em equipe, por exemplo, pautado na construção coletiva de diferentes saberes, oxigena as práticas, diminuindo as fronteiras entre os profissionais e, consequentemente, entre estes e os usuários. O trabalho em equipe multiprofissional e a diversidade de formações oferecem olhares que se complementam e possibilitam um importante exercício de troca.

Quando pensamos nas pessoas que usam drogas, os **Agentes Comunitários de Saúde** podem ser importantes colaboradores no processo de criação de confiança necessária ao atendimento. Através do Agente Comunitário de Saúde podemos mostrar às pessoas que usam drogas que os profissionais da saúde são agentes de saúde, e não agentes da justiça ou da repressão. A nós, que estamos no dia a dia em contato com os mais diversos hábitos de vida e em busca da melhoria da qualidade de vida das comunidades, não cabe julgar o que é certo ou errado, bom ou ruim. Esses julgamentos, além de serem conceitos extremamente abstratos e relativos, podem ser um grande entrave no atendimento aos usuários em geral e em especial às pessoas que usam drogas. Dessa forma, precisamos estar disponíveis ao encontro e a conhecer de forma profunda cada realidade, cada subjetividade, tendo o Agente Comunitário de Saúde como o elo forte dessa relação.

Entre as atividades que podem ser desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Primária junto a pessoas que usam álcool e outras drogas estão a **Identificação Precoce e a Intervenção Breve**. Essas práticas são estimuladas pela Organização Mundial da Saúde pelo seu grande alcance e impacto na saúde pública. São técnicas simples e rápidas que possibilitam ao profissional identificar pessoas que podem vir a ter problemas com drogas (Identificação Precoce) seguidas de uma reflexão proposta ao sujeito sobre esse uso (Intervenção Breve). Isso é feito de uma forma não autoritária e por isso é bastante compatível com as estratégias de Redução de Danos.

Trabalhar com o conceito de qualidade de vida para as pessoas que usam drogas envolve pensar a saúde inserida em um contexto, levando em consideração que o autocuidado envolve possibilidades de lazer, acesso à educação, entre outras. Assim, as ações intersetoriais precisam fazer parte do cotidiano da Atenção Primária à Saúde, abrindo as Unidades de Saúde para atividades que ultrapassam aquela velha noção do que deve ser feito em um "postinho". Precisamos, no cotidiano do trabalho em saúde, exercitar uma escuta qualificada que coloque o sujeito em primeiro plano e que trabalhe com ele, ao seu lado, na construção de sua demanda em saúde, elaborando planos terapêuticos singulares, humanizados e continentes.

É preciso resgatar o cidadão por trás das pessoas que usam drogas, reduzindo danos, valorizando o que há de vital e construtivo sob a aparência de pura tragédia e desumanidade. A química da droga é importante, sim, levando em conta suas características e efeitos fisiológicos, mas esse é apenas um dos fatores, e nem sempre o mais importante. Muitas vezes o que se destaca como grande empecilho é a exclusão social e cultural. Lançar mão das ferramentas da Atenção Primária à Saúde pode ser de grande valia na atenção às pessoas que usam drogas. O registro em prontuário, as reuniões de equipe, discussão de situações, planos de intervenção singulares, espaços de estudo e realização de parcerias intersetoriais são fundamentais para a qualificação do trabalho e apoio entre profissionais. Com essa finalidade é imprescindível o trabalho em rede, que inclua o apoio matricial descrito em outros capítulos.

SAIBA MAIS

Em outros capítulos do SUPERA você encontra informações detalhadas sobre as técnicas de Identificação Precoce e Intervenção Breve

Redução de danos e atenção secundária: a importância dos CAPS-ADs

Em 2003, o Ministério da Saúde lançou oficialmente a Política para a Assistência ao Uso Indevido de Álcool e Outras Drogas no Brasil. Com ela, foram instituídos uma diretriz clínico-política, a Redução de Danos, e seu dispositivo assistencial, os **Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ADs)**. Estes têm como objetivo integrar as redes de saúde, social, cultural e a comunidade. A base de sua assistência está na atenção comunitária, com ênfase na reabilitação psicossocial dos usuários. Nesses serviços, a abstinência não é mais tratada como a única meta possível, o que evita a exclusão de muitos usuários e torna possível a assistência a um número maior de usuários.

Os CAPS-ADs pretendem, ainda, além de reduzir os riscos e danos causados pelo uso de drogas lícitas e ilícitas, resgatar o papel autorregulador e a responsabilidade de seus usuários, em suas relações com as drogas. Esses serviços objetivam assumir, como sua responsabilidade central, a mobilização social para as tarefas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras de cidadania.

O desenvolvimento do modelo de reabilitação psicossocial, traduzido em montagens institucionais como os CAPS, tem se constituído como eixo central das ações inovadoras que, nos últimos anos, ocorreram no campo da Saúde Mental brasileira, e se coloca como uma medida consequente de atenção ao usuário de drogas. Esses modelos de reabilitação são oferecidos com o objetivo de mobilizar recursos sociais e culturais que possam permitir e promover a integração efetiva dos pacientes em uma nova forma de tratamento e sociabilidade possíveis.

Segundo a Política do Ministério da Saúde, um CAPS-AD tem como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando:

- Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de Redução de Danos;

- Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
- Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
- Oferecer condições para a desintoxicação ambulatorial ou o repouso de usuários que necessitem de cuidados;
- Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
- Promover, mediante diversas ações (que envolvem trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas e planejamento de projetos de vida mais saudáveis;
- Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo reduzir a influência dos fatores de risco para tal consumo;
- Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo.

Se, por um lado, a criação dos CAPS-ADs concretizou e vem norteando a criação e a implementação de uma rede de assistência aos usuários de drogas, baseada na proposta de Redução de Danos, por outro evidenciou a necessidade de uma rede ainda maior e mais articulada, com ações locais em cada microambiente onde o uso de drogas aponta diferentes questões e dimensões a serem conhecidas e problematizadas. Em cada município, bairro, comunidade e ambiente social e de trabalho podem existir demandas específicas e intervenções necessárias, capazes de serem contempladas pela criação de ações e iniciativas locais, com ampla participação de diferentes atores sociais.

Nesse contexto, reforça-se a necessidade de implementação de ações e de medidas que visem maior aproximação e conhecimento das reais necessidades da população daquele território, com estímulo à participação da comunidade, em parceria com a Atenção Primária, através da Estratégia Saúde da Família. Nos últimos anos, o cresci-

mento dos problemas com o crack e a preocupação com o uso de álcool e outras drogas por pessoas que estejam em situação de rua e/ou em situação de vulnerabilidade social e familiar motivaram a inserção na rede pública de novos dispositivos, como o Consultório na Rua e as Unidades de Acolhimento. Esses serviços e suas atribuições já foram descritos em outros capítulos. As ações de Redução de Danos, em vez das exigências (julgamentos e preconceitos), oferecem aproximação de forma mais acolhedora e flexível entre os profissionais de saúde e os usuários de álcool e outras drogas, aumentando as chances de encontros significativos e que produzam possibilidades de caminhos mais satisfatórios na construção de abordagens terapêuticas a essa população.

São elementos fundamentais para tecer essa rede de ações:

- A Saúde da Família;
- As instituições comunitárias, como as escolas e igrejas, atuando em tarefas de prevenção, triagem e encaminhamentos para tratamento e/ou orientação de pessoas direta ou indiretamente envolvidas com o uso de álcool e outras drogas;
- O treinamento de Agentes Comunitários de Saúde, com responsabilidades específicas aos seus territórios para ações com usuários de álcool e outras drogas, suas famílias e o contexto em que vivem.

Para isso, são necessários o incentivo, o investimento e a capacitação dos diversos setores e atores dessa "teia local". Como exemplo, a SENAD promoveu capacitação de lideranças comunitárias e religiosas por meio do curso "Fé na prevenção" e de profissionais de saúde e assistência social pelo curso SUPERA. Os CAPS-ADs, por sua vez, podem servir como elemento importante dessa rede e se oferecer como um dispositivo para além das funções eminentemente clínicas. Eles devem se prestar como possível elemento organizador e centralizador dessa rede, tendo como uma de suas tarefas o "diagnóstico territorial" e a definição das estratégias de ação local, bem como a convocação dos agentes locais para a tarefa.

PARA FINALIZAR

A lógica da Redução de Danos aponta estratégias que constituem ações práticas e humanistas para diminuir os danos relacionados ao uso prejudicial do álcool e outras drogas. Essas ações são eficazes em diminuir os riscos de contágio de doenças transmissíveis, por via venosa e sexual, sem aumentar o consumo de drogas.

O uso de substâncias psicoativas sempre pode produzir danos para o indivíduo e para aqueles que o cercam. No entanto, as drogas possuem historicamente uma função social, e as tentativas de simplesmente excluí-las da sociedade, pela repressão, sempre se mostraram insuficientes e, muitas vezes, até danosas. Facilmente, a "Guerra às Drogas" pode transformar-se em "Guerra aos Usuários".

As estratégias de Redução de Danos também consideram as diferenças individuais, ou seja, o fato de que as pessoas são diferentes entre si, e que, portanto, não se deve propor ações que exijam comportamento igual para todos em todas as situações. A proposta de Redução de Danos apresenta-se como uma estratégia capaz de, ao invés de colocar as drogas no lugar central e de causa principal dos problemas e "doenças", incluí-las como parte integrante da sociedade e de sua complexa relação com elas.

Precisamos oferecer o cuidado em saúde como uma possibilidade atrativa, que qualifique os sujeitos e resgate aspectos relacionados ao exercício da cidadania. Precisamos "estar ali", simplesmente, colocando-nos não como os grandes salvadores dos males da humanidade, mas como humanos e parceiros, dispostos a descobrir e construir, juntos, caminhos alternativos aos já traçados no mundo da exclusão. Precisamos, do ponto de vista dos trabalhadores, ampliar nossos olhares, abandonar velhas receitas que prometem curas milagrosas e lidar com a perspectiva da clínica ampliada, que recoloca os sujeitos a partir de suas histórias e seus contextos.

É preciso lembrar que a Redução de Danos é uma perspectiva que amplia, que inclui, e não o contrário. Nessa abordagem cabem muitas propostas, desde o uso controlado e seguro até a abstinência, sendo que o mais importante não é a técnica, mas a relação que se estabelece e resgata possibilidades afetivas.

Bibliografia

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação Nacional de DST e AIDS, p. 1-54, 2003..

_____. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/SVS/ CN-DST/AIDS, 2004.

_____. **Álcool e Redução de Danos**: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ministério da Saúde/Comunicação e Educação em Saúde, 2004. Série F.

_____. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência**: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública; 23(2):399-407, 2007.

COIMBRA, C. **Operação Rio** Mito das classes perigosas: um estudo sobre a violência urbana, a mídia impressa e os discursos de segurança pública. Rio de Janeiro: Oficina do Autor; Niterói: Intertexto, 2001.

CONTE, M.; MAYER, R. T. R.; REVERBEL, C.; SBRUZZI, C.; MENEZES, C. B.; ALVES, G. T. et al. **Redução de Danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica**. Boletim de Saúde SES/RS, 18(1):59-78, 2004.

CRUZ, M. S. **Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de Redução de Danos**. In: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. (Org.). Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 13-24.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DELGADO, P. G. **Drogas**: desafios da saúde pública. In: ACSELRAD, G. (Org.). Avessos do prazer: drogas, AIDS, e direitos humanos. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

DOMANICO, A. **"Craqueiros e cracados**: bem-vindo ao mundo dos nóias!. Estudo sobre a implementação de estratégias de Redução de Danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. Tese de Doutorado Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, Universidade Federal da Bahia, 2006.

FONSECA, E. M. **Política de Redução de Danos do uso de drogas**: o contexto internacional e uma análise preliminar aos programas brasileiros. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. **Saúde Loucura 7**: saúde mental e saúde da família. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MARLATT, G. A. **Redução de Danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar**: a alma dos serviços de saúde. Rev. SUS Brasil: Cadernos de Textos. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2004. p. 108-37. Série B. Textos Básicos de Saúde.

NADELMANN, E.; McNEELY, J.; DRUCKER, E. **International perspectives**. In: LOWINSON, J. H.; RUIZ, P.; MILLMAN, R. B.; LANGROD, L. G. (Ed.). Substance abuse: a comprehensive textbook. 3. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1997. p. 22-39.

NASCIMENTO, A. B. N. **Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de patologização do usuário de drogas**. Rev. Psicol. Estudo. Maringá;11(1):185-90, 2006.

SCÓZ, T. M. X.; FENILI, R. M. **Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família**. Rev. Eletrônica Enferm.; 5(2):71-7, 2003.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS – SENAD. **Fórum Nacional sobre Drogas**. Mimeo, 2004.

SOARES, L. E.; ATHAYDE, C.; MV BILL. **Cabeça de porco**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

SOUZA, T. P. **Redução de Danos no Brasil**: a clínica e a política em movimento. Dissertação de Mestrado Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Niterói, Universidade Federal Fluminense, 2007.

SOBRE OS AUTORES

THAIANI FARIAS VINADÉ DE CASTILHOS

Psicóloga formada pela PUCRS, especialista em Saúde Coletiva pela ESP-RS, especialista em Dependência Química pelo HCPA/SENAD, em preceptoria para o SUS pelo Hospital Sírio Libanês e mestre em Psicologia Social pela PUCRS. Trajetória na assistência à saúde em Unidades de Internação Hospitalares e Centos de Atenção Psicossocial. Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Nossa Senhora da Conceição - Porto Alegre/RS.

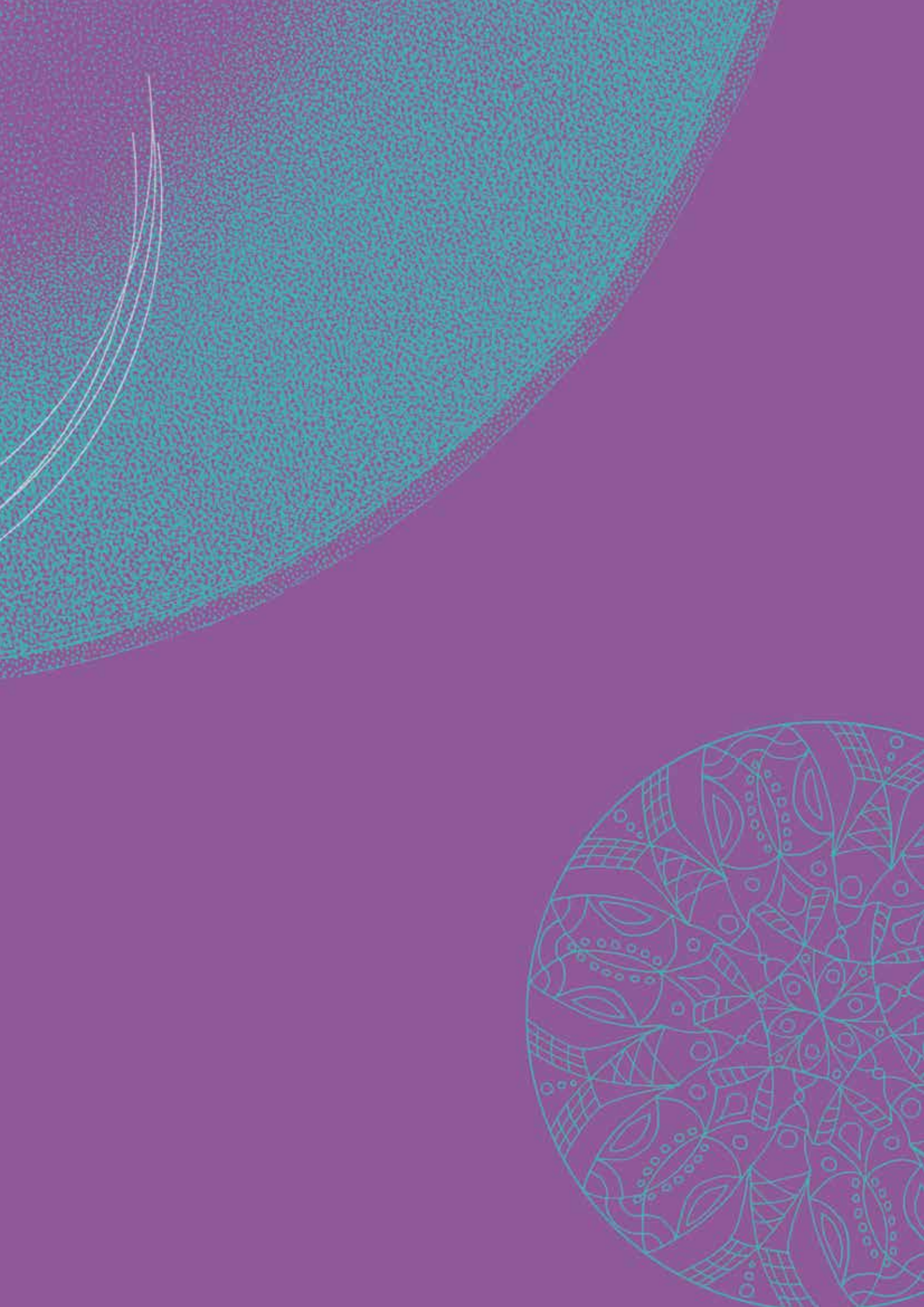
Lattes: http://lattes.cnpq.br/6620676960467070

MARCELO SANTOS CRUZ

Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1980), mestrado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1996) e doutorado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2001). Médico do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, onde coordena o Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas. Foi por duas vezes vice-Presidente da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas - ABRAMD. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Álcool e Drogas, atuando principalmente nos seguintes temas: álcool, drogas, dependência e tratamento.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/3536956625860134

MÁRCIO MORENO BARBEITO

Médico Psiquiatra. Especialista na área de toxicomanias e outras dependências. Desde 2007, é diretor geral do CAPS ad (álcool e drogas) CENTRA-RIO, serviço de referência para dependências químicas da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/5873352582510587