

A REINserÇÃO SOCIAL DO DEPENDENTE DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: UM DEBATE CONTEMPORÂNEO

The REINSERTION SOCIAL SUBSTANCES PSYCHOACTIVE DEPENDENT: A CONTEMPORARY DEBATE

MARIA CLARA BOMBONATTI OLENSKI*
EUGÊNIA MARIA SELLMANN CHAVES**

RESUMO

O objetivo dessa pesquisa foi desvelar a dinâmica do processo de reinserção social de quatro dependentes de substâncias psicoativas. Além dos aspectos conceituais da reinserção social, tentou-se compreender como se articulam, no processo de reinserção social, as histórias de vida pessoais, o percurso na dependência química, os estilos de vida, desafios, analisou-se as facilidades e dificuldades enfrentadas, utilizando como instrumental a observação, documentação, entrevista semiestruturada e a pesquisa de campo realizou-se numa perspectiva qualitativa, através de um contato direto com os sujeitos. O estudo mostrou que para ocorrer à reinserção social é necessário a interdisciplinaridade e intersetorialidade, bem como mudanças no estilo de vida, considerando a diversidade dos indivíduos.

Palavras-Chave: Substâncias psicoativas. Dependência química. Reinserção Social.

*Bacharelada em Serviço Social pelo Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social sob orientação da Professora Especialista Eugênia Maria Sellmann Chaves.

** Possui graduação em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social de Bauru (1979) da Instituição Toledo de Ensino. Especialização em Toxicologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) (2000). Especialização em Gestão de Políticas Públicas e do Terceiro Setor pela Instituição Toledo de Ensino (2007). Atualmente é Assistente Social no Esquadrão da Vida de Bauru, docente do Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Atua como avaliadora do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior.

ABSTRACT

The objective of this research was to reveal the dynamics of the process of social reintegration of four substance-dependent individuals . In addition to the conceptual aspects of reintegration , a comprehension of how they're articulated in the process of social reintegration, stories of personal life, the way into chemical dependency, lifestyles, strengths and weaknesses faced were analyzed, using observation as instrumental, documentation, and fieldwork was conducted in a qualitative way , through direct contact with the subjects . The study showed that in order to occur social reintegration, interdisciplinarity and intersectionality are needed, as well as changes in lifestyle, considering the diversity of the individuals.

Keywords : Psychoactive Substances . Chemical dependency . Social reintegration.

1 INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas (SPA) acompanha a humanidade desde as primeiras civilizações; mas o significado e a forma como as pessoas se relacionam com elas modificou-se ao longo dos tempos em diferentes culturas pelo mundo.

Trata-se de um fenômeno bastante complexo, cujas raízes estão relacionadas às questões socioculturais, como também a predisposição genética, a personalidade do indivíduo, o funcionamento familiar e os valores sociais em diferentes contextos.

O consumo de drogas tem afligido as famílias e desafiado a sociedade política a apresentar respostas efetivas e eficazes, pois perpassa todos os segmentos sociais, faixas etárias e grupos comunitários, à medida que aliena a pessoa pelo comprometimento de sua consciência e da sua relação com o mundo que a rodeia.

Nos últimos vinte anos, o consumo de drogas, principalmente o de bebidas alcoólicas, vem aumentando no Brasil. O mesmo tem acontecido com o uso de maconha, cocaína e crack (SENAD, 2010, p. 11).

O Brasil é o segundo maior consumidor de cocaína e derivados, atrás apenas dos Estados Unidos, de acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD, 2012) realizado pelo Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). O estudo mostra que o país responde hoje por 20% do mercado mundial da droga.

De acordo com o relatório, cerca de 4% da população adulta brasileira, seis milhões de pessoas, já experimentaram cocaína alguma vez na vida. Entre os adolescentes, jovens de 14 a 18 anos, quarenta e quatro mil admitiram já ter usado a droga, o equivalente a 3% desse público. O estudo identificou também que quase metade (48%) dos consumidores de cocaína se tornou dependente.

Segundo dados de 2011 da Organização Mundial de Saúde (OMS), o consumo de álcool excessivo no mundo é responsável por 2,5 milhões de mortes a cada ano. O percentual equivale a 4% de todas as mortes no mundo, o que faz com que o álcool se torne mais letal que a AIDS e a tuberculose. A OMS também estima que 76,3 milhões de pessoas possuam diagnóstico do consumo abusivo de álcool.

Vários indicadores mostram que o consumo de drogas tem atingido formas e proporções preocupantes no decorrer deste século, especialmente nas últimas décadas.

O enfrentamento desta questão constitui uma demanda mundial, de acordo com a OMS, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo e esta realidade encontra equivalência em território brasileiro.

A dependência de substâncias psicoativas expõe a pessoa a um elevado número de fatores de risco e vulnerabilidade (biológicos, psicológicos e sociais), e cada um deles pode exigir intervenções específicas, mas também manutenção permanente.

Sabe-se que uma das etapas mais complicadas do processo terapêutico de dependentes químicos relaciona-se justamente ao restabelecimento ou resgate de uma rede social inexistente ou comprometida, para além da conquista da abstinência das substâncias psicoativas.

Bonadio (2011, p. 265) manifesta que:

O caráter crônico da dependência química torna necessário um suporte terapêutico de longo prazo voltado à aquisição da abstinência e ao fortalecimento do indivíduo nas esferas da vida prejudicadas pela instalação da dependência – trabalho, moradia, lazer, rede social, relações familiares, sistema judiciário, entre outras. Este processo é chamado de reinserção social.

A dependência química (DQ) não se constitui em um fato isolado, que foge às determinações da questão social, mas é uma das diversas expressões da questão social e por isso, uma demanda para o Assistente Social.

Na DQ, como expressão da questão social, o Assistente Social trabalha numa equipe interdisciplinar, e busca promover a inclusão social dos usuários de substâncias psicoativas pela adoção de uma abordagem de atenção integral que estimule a qualidade de vida e o exercício pleno da cidadania, disponibilizando informação e orientação, acolhimento e apoio.

O interesse por esse tema originou-se pela identificação com o assunto e acompanhando os acontecimentos mundiais tem-se percebido o aumento da dependência química. Muito se têm discutido sobre a prevenção, tratamento e reinserção social na área de

consumo de drogas, mas a reinserção social do dependente químico é um aspecto intrigante. Entender como o sujeito após enfrentar a exclusão social, o comprometimento dos vínculos familiares e de relacionamentos, a perda de emprego, entre outros, conseguir retornar ao meio social, desafia a pesquisadora a buscar entender esse processo.

A proposta da pesquisa não é entender apenas como o processo de reinserção social ocorre, mas como é vivenciado e percebido pelos próprios sujeitos e levantar os fatores que atuam, como se articulam, as possíveis facilidades e dificuldades e as exigências colocadas neste processo, seja no ambiente familiar, de trabalho, de lazer, escola, rede social entre outros.

O levantamento, além de trazer a compreensão sobre o fenômeno, poderá também contribuir de forma significativa para os processos de intervenção, ou para a criação de políticas públicas capazes de facilitar a reinserção social do dependente de substâncias psicoativas, já que não há uma política específica vinculada à reinserção social.

Como hipótese sugeriu-se que o processo de reinserção social é longo, contínuo, gradativo e multifacetado de intervenções de apoio ao dependente de drogas, no sentido da superação do modo de vida imposto pela dependência.

A pesquisa teve como objetivo geral desvelar a dinâmica do processo de reinserção social do dependente de substâncias psicoativas. Os objetivos específicos buscam levantar a história de vida dos dependentes de substâncias psicoativas; compreender como se articulam, no processo de reinserção social, as histórias de vida pessoais, o percurso na dependência química, os estilos de vida, desafios; analisar as facilidades e dificuldades enfrentadas.

Para atingir os objetivos propostos, o trabalho foi estruturado de forma a apresentar fundamentação teórica sobre o tema estudado. A partir da introdução, desenvolve-se no item dois o contexto sobre as substâncias psicoativas: da dependência química a reinserção e o serviço social nessa relação, buscando nos assuntos seguintes fundamentar os conceitos, significados, classificação, efeitos, padrões de uso, dependência química, reinserção social, políticas públicas e o Serviço Social. O item três aborda a metodologia e o caminho da pesquisa. O item quatro apresenta o fruto da pesquisa realizada, ou seja, a análise dos dados obtidos, dispondo em eixos: identificação dos sujeitos; questões relacionadas ao consumo de drogas e questões relacionadas ao processo de reinserção social. Finalmente apresentam-se as considerações finais do estudo.

2 SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS (SPA): DA DEPENDÊNCIA À REINserÇÃO E O SERVIÇO SOCIAL NESTA RELAÇÃO

2.1 Desvelando significados das substâncias psicoativas

A utilização de substâncias psicoativas¹, ao contrário do que se pensa, não é um evento novo no repertório humano (TOSCANO Jr., 2001, p. 7), mas uma prática milenar e universal, não sendo, portanto, fenômeno exclusivo da época em que vivemos. Pode se dizer então, que a história do consumo de drogas se confunde com a própria história da humanidade, ou seja, esse consumo sempre existiu desde as épocas mais antigas e em todas as culturas e religiões, com finalidades específicas (OBID, 2014).

Assim, se por um lado, as drogas não são uma invenção da nossa sociedade, por outro, o aumento do consumo inadequado é certamente característico de nossa época (LARANJEIRA; SURJAN, 2001).

A palavra droga, de etimologia controversa, poderia ter vindo do persa droa, que significa odor aromático, do hebraico rakab, perfume, ou do holandês droog, substância ou folha seca (TOSCANO Jr., 2001, p. 1-2).

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2014) o termo droga tem origem na palavra drogg, proveniente do holandês antigo e cujo significado é folha seca. Esta denominação é devido ao fato de, antigamente, quase todos os medicamentos utilizarem vegetais em sua composição.

Conceitua-se:

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as substâncias psicoativas são substâncias que não são produzidas pelo organismo e que alteram o funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC).

¹ Os termos drogas, drogas psicotrópicas e substâncias psicoativas serão utilizados com o mesmo significado, neste trabalho.

Para o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2014) é qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento.

Classifica ainda psicotrópica como:

Psico, palavra grega, que significa nosso psiquismo (o que sentimos, fazemos e pensamos, enfim o que cada um é). A palavra trópico relaciona-se com o termo tropismo que significa ter atração por. Psicotrópico significa atração pelo psiquismo e drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre o nosso cérebro, alterando de alguma maneira o nosso psiquismo.

Conforme o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID, 2014) afirma que:

O termo psicotrópica é formado por duas palavras: psico e trópico. Psico está relacionado ao psiquismo, que envolve as funções do sistema nervoso central; e trópico significa em direção a. Drogas psicotrópicas, portanto, são aquelas que atuam sobre o cérebro, alterando o funcionamento da atividade cerebral. Por essa razão, são também conhecidas como substâncias psicoativas.

De acordo com Esch e Stefano (2012 apud LIMA, FONSECA; RIBEIRO, p. 143) as substâncias psicoativas são aquelas que, quando consumidas, desencadeiam ação direta nos sistemas cerebrais e são capazes de modificar a consciência, o humor, o pensamento e o estado físico.

Ribeiro et al. (2012, p. 15) apresenta que:

Do ponto de vista das neurociências, embora não exista convenção formal para o uso do termo, pode-se dizer que toda substância capaz de alterar parâmetros biológicos é uma droga. Portanto, a despeito das circunstâncias legais, políticas e históricas, do ponto de vista

biológico, o termo “droga” pode ser atribuído a todos os fármacos e substâncias psicoativas.

Cada droga tem o seu mecanismo de ação particular, mas, em geral, as drogas causam prazer e reduzem as sensações desagradáveis de quem as usam, agindo em uma área no cérebro responsável pela gratificação ou prazer, conhecida como área de recompensa. A droga faz com que essa parte do cérebro produza dopamina, uma substância que age na comunicação entre os neurônios e gera sensação de prazer. Todas as substâncias psicoativas causadoras de dependência agem no Sistema de Recompensa do Cérebro (SRC)² de alguma forma e em algum nível.

De acordo com Laranjeira (2014):

As drogas agem no cérebro acionando o sistema de recompensa do cérebro, uma área encarregada de receber estímulos de prazer e transmitir essa sensação para o corpo todo. Isso vale para todos os tipos de prazer – temperatura agradável, emoção gratificante, alimentação, sexo – e desempenha função importante para a preservação da espécie.

E prossegue Laranjeira (2014):

Evolutivamente o homem criou essa área de recompensa e é nela que as drogas interferem. Por uma espécie de curto circuito, elas provocam uma ilusão química de prazer que induz a pessoa a repetir seu uso compulsivamente. Com a repetição do consumo, perdem o significado todas as fontes naturais de prazer e só interessa aquele imediato

² O Sistema de Recompensa do Cérebro (SRC), assim denominado pelo neurobiólogo americano James Olds nos anos 60, trata-se de uma complexa rede de neurônios que é ativada quando fazemos atividades que causam prazer. Este sistema nos fornece uma recompensa sempre que fazemos determinadas atividades, levando-nos, portanto, a repetir aqueles atos. Biologicamente, ele tem uma função específica e essencial: garantir a sobrevivência do indivíduo e da espécie, ao dar motivação para comportamentos como comer, beber e reproduzir-se.

propiciado pela droga, mesmo que isso comprometa e ameace a vida do usuário.

Todas as substâncias psicoativas atuam sobre o cérebro, principal órgão do sistema nervoso central.

2.2 Classificação das substâncias psicoativas e efeitos

Há diversas classificações possíveis para as drogas, podendo ser classificadas pela legalidade, origem e mecanismo de ação.

De acordo com Martins (2002, p. 15-16) as drogas são classificadas:

Quanto à legalidade:

- Drogas legais ou lícitas: são as drogas aceitas social e culturalmente. São aquelas comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição. Como por exemplo, álcool (venda proibida a menores de 18 anos) e alguns medicamentos que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial.
- Drogas ilegais ou ilícitas: são as drogas cujo porte, transporte, compra, guarda, comercialização, plantio ou até cessão grátis constituem ilícito penal.

Quanto à origem:

- Naturais: certas plantas contêm drogas psicoativas, sendo esta matéria-prima usada diretamente com ou extraída e purificada. Exemplo: alguns cogumelos que possuem propriedades alucinógenas; trombeteira; chá do Santo Daime (Ayahuasca).
- Semi-sintéticas: resultado de reações químicas realizadas em laboratório nas drogas naturais. É o caso da cocaína, maconha, tabaco e álcool.
- Sintéticas: são produzidas, unicamente, por manipulações químicas em laboratórios e não dependem, para sua confecção, de

substâncias vegetais ou animais como matéria-prima. Temos como exemplo o LSD e o ecstasy. Na categoria de droga sintética incluem-se também os calmantes e os barbitúricos ou remédios para dormir, fabricados pela indústria farmacêutica com finalidade médica.

Podem ser classificadas também dependendo da ação sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), conforme as modificações observáveis na atividade mental ou no comportamento da pessoa que utiliza a substância (NICASTRI, 2008, p. 23; CEBRID, 2014). Essa classificação é fundamental para a compreensão de como as drogas produzem os respectivos efeitos. A literatura apresenta que as alterações do psiquismo não ocorrem sempre no mesmo sentido e direção, ou seja, modificam o funcionamento de acordo com o tipo de substância psicoativa consumida.

De acordo com Laranjeira e Nicastri (1996, p. 84-89) podem ser classificadas como:

- Depressoras: substâncias que tendem a produzir diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, sendo comum um efeito euforizante inicial (diminuição das inibições, da crítica) e um aumento da sonolência, posteriormente. Normalmente, a pessoa que faz uso desse tipo de droga fica "desligada", "devagar" e desinteressada pelas coisas. São exemplos desta classe: álcool; benzodiazepínicos (medicamentos utilizados no tratamento dos transtornos ansiosos – possuem propriedades: sedativo, hipnótico (drogas que promovem o sono), ansiolítico (acalmam; inibem a ansiedade), relaxante muscular, anticonvulsivante; solventes/inalantes (colas, tintas, removedores, etc); opiáceos (aliviam a dor e dão sonolência).
- Estimulantes: substâncias que levam a um aumento do estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos. São exemplos desta classe: cocaína/crack, anfetaminas, nicotina e cafeína.
- Perturbadoras: substâncias que provocam o surgimento de diversos fenômenos psíquicos anormais (dentre os quais alucinações e delírios), sem que haja inibição ou estimulação global do SNC. São

exemplos desta classe: cannabis e derivados, LSD, êxtase e anticolinérgicos.

O quadro abaixo facilita a visualização da classificação do mecanismo de ação:

Quadro 1: Classificação sobre o mecanismo de ação

DEPRESSORAS	ESTIMULANTES	PERTURBADORAS
diminuem a atenção, a concentração, a tensão emocional e a capacidade intelectual. É comum um efeito de euforia inicial, seguido de sonolência.	aumentam a atividade de determinados grupos de células nervosas, o que traz como consequência um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos.	provocam alterações no funcionamento do cérebro, fazendo com que passe a trabalhar de forma desordenada das quais resultam fenômenos psíquicos como delírios e alucinações.
Álcool	Cocaína/crack/oxi	Maconha e haxixe
Benzodiazepínicos	Anfetaminas	Anticolinérgicos
Opióides/Opiáceos	Caféina	LSD
Solventes ou inalantes	Tabaco	Êxtase ou ecstasy

		Derivados de plantas ou cogumelos Ayahuasca (Daime)
--	--	--

Fonte: Adaptado de Nicastri, 2008

O CEBRID (2014) complementa que:

As drogas perturbadoras agem modificando qualitativamente a atividade do nosso cérebro; não se trata, portanto, de mudanças quantitativas como de aumentar ou diminuir a atividade cerebral. Aqui a mudança é de qualidade! O cérebro passa a funcionar fora do seu normal, e a pessoa fica com a mente perturbada.

As alterações causadas por essas substâncias variam de acordo com as características da pessoa que as usa, de qual droga é utilizada e em que quantidade, do efeito que se espera da droga e das circunstâncias em que é consumida.

2.3 Padrões de consumo de drogas

Nem todas as pessoas que usam drogas o fazem da mesma maneira, na mesma frequência e quantidade. Existem diferentes padrões de consumo de drogas que baseiam-se na forma de uso e na relação que o sujeito estabelece com a substância e suas eventuais consequências.

Existe uma grande diversidade de possibilidades de relações que podem ser estabelecidas entre um sujeito e uma substância e deve ser levada em conta no tratamento.

De acordo com OBID (2014) os padrões de uso³ podem ser:

³ Entende-se por Padrão de Uso a forma como uma pessoa faz uso de uma determinada droga.

- Uso Experimental – os primeiros e poucos episódios de uso de uma droga específica – algumas vezes incluindo tabaco ou álcool –, extremamente infrequentes ou não persistentes.
- Uso Recreativo – uso de uma droga, em geral ilícita, em circunstâncias sociais ou relaxantes, sem implicações com dependência e outros problemas relacionados, embora haja os que discordem, opinando que, no caso de droga ilícita, não seja possível este padrão devido às implicações legais relacionadas.
- Uso Controlado – refere-se à manutenção de um uso regular, não compulsivo e que não interfere com o funcionamento habitual do indivíduo. Termo também controverso, pois se questiona se determinadas substâncias permitem tal padrão.
- Uso Social – pode ser entendido, de forma literal, como uso em companhia de outras pessoas e de maneira socialmente aceitável, mas também é usado de forma imprecisa querendo indicar os padrões acima definidos.
- Uso Nocivo/Abuso e Dependência – esses padrões de uso estão representados nos sistemas classificatórios Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V).

Silveira e Silveira (2014, p. 92) descrevem que é inegável que existem padrões diversos de relacionamento com as substâncias psicoativas, de forma que não seria correto considerar que todo uso seja problemático ou patológico, mas alerta que mesmo o uso ocasional não é isento de riscos.

Para Figlie, Bordin e Laranjeira (2010, p. 5) não existe uma fronteira clara entre uso, abuso e dependência, mas podem ser definidos como:

Uso como qualquer consumo de substâncias, seja para experimentar, seja esporádico ou episódico; abuso ou uso nocivo como o consumo de substâncias já associado a algum tipo de prejuízo (biológico, psicológico ou social); e por fim, dependência como o consumo sem controle, geralmente associado a problemas sérios para o usuário.

Tamelini e Mondini (2013, p. 129) explicam que:

Postula-se que sejam fenômenos que ocorram em um continuum e que alguns parâmetros orientem a transição de um estágio para o outro, tais como o impacto funcional, as consequências e restrições decorrentes do consumo da substância, assim como o desenvolvimento de mecanismos fisiológicos de adaptação à presença da substância, como tolerância e abstinência.

Segundo Silveira e Moreira (2006) pontuam que:

O padrão de consumo decorre da interação de fatores como o tipo de droga utilizada, as características biológicas e psicológicas do usuário e o contexto em que se dá o consumo de drogas. É evidente que o conjunto das experiências vivenciadas por usuários nesse campo, também pode contribuir para a repetição desse consumo, e está intimamente relacionado à ação dessas substâncias no organismo humano.

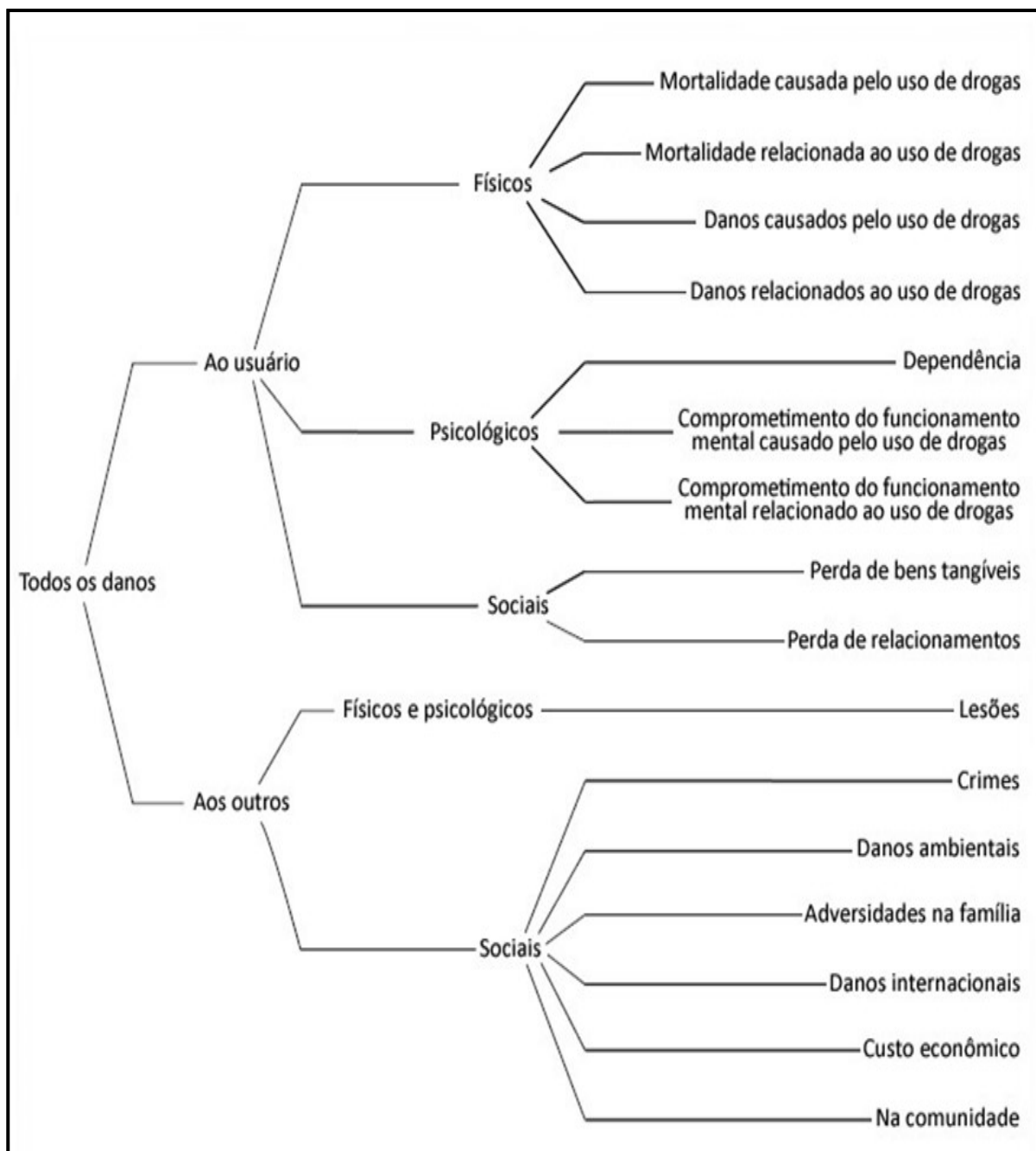
Ribeiro et al. (2012, p. 15) corrobora que o efeito de uma droga é produto da interação de três fatores:

A substância em questão, com seu modo de ingestão, composição molecular e especificidades farmacológicas; o corpo que recebe a droga, com sua história de vida, marcas biológicas e predisposições inatas; e o ambiente físico e social em que ocorre o uso.

O período de dependência das drogas expõe o dependente a rupturas progressivas com a família, os amigos, o trabalho, a escola e a comunidade. A elaboração de um Projeto de Vida implica-se em ações contínuas que estejam interligadas de forma harmônica todos os aspectos que contribuem para o processo de resgate ou reinserção social. A interligação harmônica é importante nesse aspecto, pois, não existe um setor da vida do paciente que seja mais ou

menos importante, e sim momentos em que ele possa estar precisando de uma atenção maior ou mais específica, como mostra a figura abaixo:

Figura 1: Critérios de avaliação organizados pelos danos causados aos usuários e aos outros, separados em danos físicos, psicológicos e sociais.



Fonte: Nutt et al., 2010, p. 155

Sabe-se que o caminho do uso até a dependência não acontece de forma linear. Na atualidade, convivemos com um crescimento significativo no consumo de drogas, sendo usada cada vez mais precocemente e não padronizando pessoas, afetando homens, mulheres, adolescentes, jovens, adultos, idosos, de classe socioeconômica baixa ou alta, causando, em muitos casos, transtornos e problemas pessoais, familiares e sociais.

2.4 Dependência Química

Observa-se que não é possível saber, entre as pessoas que começam a usar drogas, quais serão apenas usuários experimentais, quais serão ocasionais e quais se tornarão dependentes.

A Dependência Química (DQ) é uma doença primária, crônica e recidivante em que o uso continuado de substâncias psicoativas provoca mudanças na estrutura e no funcionamento do cérebro (KALIVAS, 2005, *apud* LARANJEIRA, 2012, p. 23).

Para Cami e Magi (2014, *apud* RIBEIRO):

Dependência química é uma doença crônica e recorrente, na qual comportamentos compulsivos de busca e consumo persistem apesar de sérias consequências negativas. Na fase inicial, as substâncias causadoras de dependência induzem estados de prazer ou aliviam o estresse. O uso continuado provoca mudanças adaptativas no sistema nervoso central que levam à tolerância, dependência, sensibilização, craving e recaída.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), através do Código Internacional de Doenças (CID-10), preconiza que a dependência química é uma enfermidade incurável e progressiva, apesar de poder ser estacionada pela abstinência. Na CID10 a dependência é definida como um:

Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a

droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física. A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes.

Para Lima, Fonseca e Ribeiro (2012, p.143) a DQ é um transtorno de natureza multifatorial que vai além dos fenômenos causados ou desencadeados pela droga, abrangendo, também, a suscetibilidade individual e o contexto social em que o indivíduo encontra a substância.

Karniol (2001, p.136) mostra que a dependência é definida como um conjunto sintomatológico, que indica que um sujeito continua a usar uma droga, a despeito de problemas a isto relacionados.

Seibel e Toscano (2001, p.137) mostram que a dependência pode ocorrer:

Quando o uso de alguma substância psicoativa é abusivo, podendo ainda estar associada a alterações neurológicas ou psiquiátricas, já que a maioria das substâncias provocam alterações neuropsicológicas funcionais na vigência do uso, esquematizando, assim, a ampla variedade de questões envolvidas nesse fenômeno.

De acordo com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo em conjunto com a Associação Médica Brasileira (CREMESP/AMB, 2003, p.14-15):

A dependência é vista como uma síndrome, determinada a partir de diversos fatores de risco, aparecendo em cada indivíduo de maneira distinta.

É uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância psicoativa.

Para OBID (2014) a dependência é o impulso que leva a pessoa a usar uma droga de forma contínua (sempre) ou periódica para obter prazer.

Marçal (2014) explica que a DQ se caracteriza por o indivíduo sentir que a droga é tão necessária (ou mais!) em sua vida quanto alimento, água, repouso, segurança... quando não o é!

Para Silveira e Silveira (2014, p. 90) a dependência de drogas (ou farmacodependência) é:

A organização processual de um sintoma cuja gênese é tridimensional: a substância psicoativa com suas propriedades farmacológicas específicas; o sujeito, com suas características de personalidade e sua singularidade biológica; e, finalmente, o contexto sociocultural no qual se realiza esse encontro entre sujeito e droga.

O autor acrescenta que deve ser levada em conta a profunda heterogeneidade dos modos de consumo, ou das razões, crenças, valores, ritos, estilos de vida e visões de mundo que sustentam o uso de substâncias psicoativas.

Pode-se entender que a dependência química não tem uma causa única e pode ser determinada pela junção de componentes biológicos (como predisposição genética e outros aspectos biológicos), sociais (as crenças e valores de nossa sociedade), como também pela própria personalidade do indivíduo em consonância com sua história de vida e meios de convívio que irão fornecer os seus referências, suas representações, bem como estimular ou inibir certos padrões de comportamento.

O diagnóstico de dependência química exige a avaliação de diversos aspectos, uma vez que os padrões de consumo de drogas são diversificados, sendo a dependência o último estágio. Segundo a Classificação Internacional de Doença (CID-10, 1993), um diagnóstico de dependência de substâncias psicoativas é confirmado quando:

Quadro 2: Critérios diagnósticos da CID-10 para a síndrome de dependência de substâncias psicoativas

Um diagnóstico definitivo de dependência deve ser estabelecido apenas quando três ou mais dos seguintes fatores foram experimentados ou exibidos em algum momento durante o ano anterior:
Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância.
Dificuldades de controlar o comportamento de uso da substância quanto ao seu início, final ou níveis de uso.
Um estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância é interrompido ou reduzido, conforme evidenciado pela síndrome de abstinência característica da substância ou pelo uso da mesma substância a fim de evitar ou aliviar os sintomas de abstinência.
Evidência de tolerância, de modo que doses crescentes da substância psicoativa são necessárias para obter efeitos originalmente produzidos por doses menores.
Desinteresse progressivo por atividades ou prazeres alternativos em favor do uso de substância psicoativa; aumento do tempo necessário para obter ou usar a substância ou para se recuperar de seus efeitos.
Persistência no uso da substância a despeito de evidências claras de consequências danosas.

Fonte: CID-10, 1993

A DQ é uma doença classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993), pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10, F.10 a 19): “Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas”, apontados nos códigos que indicam a que tipo de substâncias psicoativas o transtorno está associado.

Quadro 3: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas da CID10.

F10	Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de álcool.
F11	Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de opióides.

F12	Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de canabinóides.
F13	Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de sedativos ou hipnóticos.
F14	Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de cocaína.
F15	Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de outros estimulantes, incluindo a cafeína.
F16	Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de alucinógeno.
F17	Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de tabaco.
F18	Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de solventes voláteis.
F19	Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias.

Fonte: CID-10, 1993.

A dependência é muito mais do que simples consumo de drogas, deve ser entendida como uma doença bio-psico-social, formada por componentes biológicos, psicológicos e de contexto social que exige estratégias de abordagem que incluem, igualmente, elementos biológicos, psicológicos e sociais. O tratamento de indivíduos com abuso e dependência de drogas inclui a realização de uma avaliação completa, o tratamento dos sintomas de intoxicação e da abstinência quando necessário, a avaliação da presença de comorbidades⁴ psiquiátricas e das condições médicas gerais, bem como o desenvolvimento e implementação de um plano de tratamento. As metas do tratamento dependem da faixa etária do indivíduo e do grau de comprometimento. Podem variar desde a abstinência completa de qualquer psicotrópico (especialmente para os mais jovens, que ainda estão em fase de desenvolvimento neurológico e cognitivo), passando pela redução do consumo e dos efeitos de tais substâncias, bem como da frequência e gravidade da recaída, até melhora no funcionamento psicológico e social.

⁴ Comorbidade pode ser definida como a ocorrência de duas entidades diagnósticas em um mesmo indivíduo. LARANJEIRA, 2003, p.7).

Os transtornos mais comuns incluem os transtornos de humor, como a depressão, transtorno bipolar, transtornos de ansiedade, transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, transtornos alimentares e transtornos de personalidade e a esquizofrenia.

Na dependência química não há cura, mas tratamento; e não há tratamento único e padronizado, mas múltiplos tratamentos padronizados e individualizados, de forma que qualquer um pode ser melhor do que nenhum (BERNIK, 1991).

Um dos aspectos fundamentais nas formas de cuidado em rede para as pessoas que usam álcool e outras drogas é considerar a sua diversidade. A política brasileira sobre drogas e a rede de atenção em construção contemplam a diversidade das pessoas criando diferentes serviços. Assim, cada diferente tipo de serviço pode ser adequado para usuários distintos.

As formas de tratamento mais utilizadas são: psiquiátrico e farmacológico; ambulatorial (CAPS ad); acolhimento em Comunidades Terapêuticas; psicoterápicos; grupos de ajuda mútua.

A portaria nº 3088, de 26 de dezembro de 2011 regulamenta a Rede⁵ de Atenção Psicossocial (RAPS) que vem sendo implantada progressivamente no Brasil e incluem a atenção aos usuários de drogas composta por: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Unidades de Acolhimento, Comunidades Terapêuticas, Atenção Hospitalar, Estratégia de Reabilitação Psicossocial eo Programa Crack, é possível vencer.

2.5 Reinserção Social

A dependência química é uma relação alterada entre o indivíduo e o seu consumo de substâncias (RIBEIRO, 2012, p. 435).

O autor complementa que:

Quando o consumo é interrompido iniciam-se as atividades de reabilitação psicossocial, por meio das quais o indivíduo construirá um novo estilo de vida, incompatível com o consumo de drogas e mais adequado aos objetivos e metas de abstinência.

⁵ O conceito de rede supõe o entendimento de que qualquer situação coletiva deve ser vista como uma totalidade, e não a partir somente dos elementos que a compõem de forma isolada (GARCIA, 2014, p. 198).

Na literatura encontra-se tanto o termo “reinserção social” quanto “reabilitação psicossocial” para o processo iniciado a partir do momento em que o indivíduo interrompe o uso de substâncias psicoativas e começa a construir um novo estilo de vida. Para alguns autores os termos são considerados sinônimos.

Na ausência de uma concepção única, recorreremos a algumas concepções sobre reinserção social e reabilitação psicossocial, encontradas na literatura.

O OBID (2014) entende como reinserção social:

A reconstrução das perdas e a criação ou o fortalecimento de uma rede de apoio, o estabelecimento e o resgate de uma rede social inexistente ou comprometida, tendo como objetivo, a capacitação da pessoa para exercer em plenitude o seu direito à cidadania.

Já Freitas (2005, p. 15) pontua que:

A Reinserção Social exige um trabalho do indivíduo sobre si próprio, uma mobilização pessoal. O sujeito é actor da sua existência e responsável pela sua reinserção. É muito importante compreender o sentido que os sujeitos atribuem aos seus comportamentos nos diferentes domínios da sua vida. Assim, reinserção é a construção da unidade do sujeito, a procura intersignificativa entre as várias dimensões ou domínios da vida.

Freitas (2005, p. 23) defende ainda que a:

Reinserção depende de fatores complexos e variados, individuais, familiares, comunitários, que se combinam de múltiplas formas e conduzem ou não ao sucesso. Deste modo, não pode ser apenas avaliada do ponto de vista dos resultados finais, mas sim do ponto de vista dos processos e suas relações. Isto permite também identificar a

fonte do sucesso/ insucesso e

intervir de forma adequada na correção do problema.

Para Bonadio (2011, p. 267) conceituar reabilitação psicossocial é tarefa que exige recorrer à combinação de diversas fontes, uma vez que não se trata de um campo teórico consolidado.

Para a International Association of Psychosocial Rehabilitation Services (1985):

A Reabilitação Psicossocial é um processo que enfatiza as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem abrangente e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional e educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado.

Como Reabilitação Social temos para a OMS (1995) que:

Trata-se de um processo que oferece a indivíduos prejudicados ou incapacitados por alguma doença mental a oportunidade de alcançar seu nível ótimo de funcionamento na comunidade. Isso inclui tanto melhorar competências individuais quanto introduzir mudanças no ambiente.

Bertolote (2001, p. 156) salienta que a:

Reabilitação Psicossocial é fundamentalmente um processo de remoção de barreiras. De barreiras que impedem a plena integração de um indivíduo na sua comunidade e de barreiras que impedem o pleno exercício de seus direitos, da sua cidadania.

Lussi, Pereira e Pereira Junior (2006, p. 449):

Reabilitação Psicossocial é um conjunto de ações que objetivam aumentar as habilidades do indivíduo, diminuindo, consequentemente, suas deficiências sendo fundamental a reinserção da pessoa na sociedade para ocorrer uma efetiva reabilitação.

A OMS (2001) estabelece que os objetivos da Reabilitação Psicossocial sejam primordialmente: a emancipação (empowerment) dos dependentes; a prevenção e o combate ao estigma e à discriminação; o desenvolvimento das capacidades sociais e a criação de um suporte continuado a médio e longo prazo.

De acordo com o OBID (2014) para entendermos o processo de Reinserção Social é necessário que nos reportemos ao conceito de exclusão, que é o ato pelo qual alguém é privado ou excluído de determinadas funções. E considera que:

A exclusão social implica, pois, numa dinâmica de privação por falta de acesso aos sistemas sociais básicos, como família, moradia, trabalho formal ou informal, saúde, dentre outros. Não é outro senão, o processo que se impõe à vida do indivíduo que estabelece uma relação de risco com algum tipo de droga, cuja fronteira para a exclusão é delimitada pelo início dos problemas sociais.

Corroborada por Duarte (2004, p. 215) quando aponta que:

O processo de reinserção social deve ser compreendido a partir do desenvolvimento da noção de exclusão social, e aponta que a exclusão implica em uma dinâmica de privação por falta de acesso aos sistemas sociais básicos, como moradia, trabalho, família, saúde, dentre outros.

A autora defende a ideia de que para que a reinserção social possa assumir um caráter de reconstrução das perdas ocorridas durante este período, este processo deve ter como objetivo capacitar o sujeito para o envolvimento ou resgate de uma rede social exclusiva ou comprometida pelo consumo de drogas e suas consequências.

Ganev e Lima (2011, p. 114) apontam que:

De um ponto de vista que considera os pressupostos da reinserção social, é preciso insistir que, se falamos em tratar para reinserir socialmente indivíduos dependentes de substâncias psicoativas, é porque tal dependência, de algum modo, teve por consequências (para além dos aspectos meramente físicos e psíquicos): isolamento, rompimentos, desfiliação face a pessoas, lugares, circunstâncias, instituições, atividades – os quais anteriormente configuravam e organizavam as dimensões de sua vida pessoal, constituindo-se mesmo como suportes objetivos de sua identidade.

Como Saraceno (2001, p. 16) coloca que o processo de Reabilitação é um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania; (...) uma transição que leve, efetivamente, a uma maior contratualidade entre três grandes cenários: casa, trabalho e rede social.

O Núcleo de Reinserção Social do Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT, 2003) apontam que:

(...) a Reinserção Social contribui para a eficácia do tratamento, conduzindo a realização pessoal e ao restabelecimento das redes sociais de suporte no sentido de estabilidade clínica, emocional, e social do indivíduo. É um processo através da qual o indivíduo reestrutura a sua personalidade e a sua vida, desenvolvendo competências de autonomia e responsabilidade, capazes de valorizá-lo enquanto membro útil à sociedade (...). Para tal, cabe a todos nós, o próprio, a família, empresa e o meio envolvente, agirmos de forma a proporcionar condições e vivências, adaptadas a cada caso.

Para Costa (2001):

O processo de reinserção social torna-se um desafio para o dependente químico, devido a este ter que reconstruir um retorno ao meio sócio familiar, num reinício de relações, seja no âmbito da família, da escola ou do trabalho o que é imprescindível para o seu retorno à sociedade, ou ao não consumo de drogas. Neste sentido depende de como essa reinserção é enfrentada ou assumida pela família e todos os envolvidos.

Ganev e Lima (2011, p. 116) assim se manifestam:

Pode-se afirmar então que o processo de reinserção inicia-se desde o primeiro atendimento, quando o dependente busca ajuda (por iniciativa própria ou de algum modo pressionado ou estimulado por iniciativas de familiares, empregadores, amigos, ou ainda por seu estado de – má – saúde, por complicações judiciais, policiais ou outras).

E os autores Ganev e Lima (2011, p. 114) acrescentam que:

O processo de reinserção social, para os dependentes químicos, constitui-se, desde o início do tratamento (independente da sua modalidade), como possibilidade de deixarem de reproduzir práticas que os levaram a diversas situações (autodestruição, alienação, isolamento, rompimentos e/ou exclusão social), em geral, controlados pelo consumo de substâncias psicoativas, como centro exclusivo de interesses, colocando em risco a sobrevivência, desconsiderando novas perspectivas de vida.

De acordo com a literatura entende-se que o processo de reinserção social é longo, contínuo, gradativo e multifacetado de intervenções de apoio ao dependente de substâncias psicoativas, no sentido da superação do modo de vida imposto pela dependência.

Ganev e Lima (2011, p. 120) ainda ressaltam a importância da reinserção social como:

Ação continuada, pois, uma vez reiniciado o uso de substâncias psicoativas, o indivíduo voltará mais rapidamente aos padrões anteriores, e para evitar que esse círculo vicioso de processos de recaídas aconteça é necessário a intervenção de diversos agentes com estratégias, alternativas e abordagens que sejam capazes de oferecer novas perspectivas e objetivos de vida, a busca e o fortalecimento de uma autonomia para esses indivíduos.

Corroborada por Duarte (2001, p. 216) que aponta que o processo de reinserção social se inicia com a avaliação social, momento em que o profissional mapeia a vida do dependente em aspectos significativos que darão suporte a um novo projeto de vida.

A autora resalta a importância da elaboração do projeto de vida que implica o estabelecimento de ações contínuas que interligam de forma harmônica os aspectos necessários ao estabelecimento ou resgate da rede social, como mostra a figura abaixo:

Figura 2: Interrelação dos aspectos necessários ao estabelecimento ou resgate da rede social.



Fonte: Duarte, 2001, p. 217

Duarte (2001, p. 218-221) explicita os aspectos:

- **Aspectos Familiares:** É na família que o indivíduo aprende a se relacionar com o mundo. Este aprendizado, mesmo comprometido pelo uso da droga, se estabelece como referencial de comportamento e atitude diante da vida. Em geral, a família do dependente é uma família em crise, cuja decisão vai depender da disponibilidade de seus componentes para aceitar um processo de mudança.

- **Aspectos Profissionais:** O “valor” de uma pessoa ou a sua dignidade estão diretamente ligados à sua capacidade de produção. Desenvolver uma atividade formal ou informal é para o dependente químico, quase tão importante quanto à manutenção da abstinência.

Os usuários desempregados e/ou desprovidos de qualificação profissional necessitam se aliar as expectativas, avaliação de habilidades e potencialidades na condição de metas atingíveis, devendo-se considerar que trabalhos temporários e informais, assim como a baixa remuneração, não devem ser vistos como fracasso, mas como uma conquista ou uma etapa a ser valorizada. A inclusão do usuário em programas sociais de apoio poderá ser a porta de acesso a outros benefícios, como melhoria da escolaridade e da qualificação profissional e o desenvolvimento da autoestima.

- Aspectos Econômicos e Financeiros: Durante os anos de consumo de drogas é implícito que haja perdas financeiras. Portanto, seria simplista pensar que a reinserção social não implique numa recuperação dessas perdas. Requer um planejamento de acordo com o orçamento realista.
- 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.
- Aspectos Espirituais: Independente da formação ou orientação religiosa é importante que o dependente recupere e mantenha a crença na sua própria capacidade de realização. Neste sentido, a “fé” pode ajudar a enxergar um horizonte de possibilidades.
- Aspectos médicos e psicológicos: Mesmo estando claro que o processo de reinserção social deve ocorrer simultâneo ao tratamento, é importante reforçar a necessidade dos cuidados com a saúde física e psicológica. O acompanhamento sistemático, considerando as características individuais do dependente, dará suporte na remoção de barreiras para a recuperação e reinserção social.

O processo de reinserção social ocorre, em sua plenitude, quando o dependente de substâncias psicoativas consegue o desenvolvimento de sua autonomia em diversas áreas, tais como: familiar, interpessoal, profissional, pertencimentos variados (culturais, religiosos, políticos, etc.), e quando consegue entender e analisar a realidade na qual se encontra.

É necessário refletir que reinserção social ou reabilitação psicossocial podem dar margem a ideia equivocada de restauração a uma condição original.

Canguilhem (2007, p. 77) aponta a impossibilidade de restauração de qualquer condição original perdida quando o assunto é a vida. Enfatiza que “a vida não conhece a reversibilidade, e a nova saúde não é a mesma que a antiga”. A vida admite a possibilidade de reparação, gerando sempre inovações.

Benetton (2001, p. 149) propõe o afastamento de todo conceito que implique restituição do estado anterior, de modo a não mais haver comparações e salienta que apenas o vivido e o experimentado tornam-se subsídios para o futuro.

Bonadio (2011, p. 272) pontua que:

No campo da dependência química, embora se saiba que a trajetória de estabilização seja longa e marcada pela necessidade de múltiplos

resgates, também não se trata de realizar a volta a uma suposta condição original, mas de seguir adiante em um percurso marcado pela busca de novas e dignas formas de viver, com as limitações e possibilidades inerentes a toda condição de vida.

King (2007, apud BONADIO, 2011, p. 270) alerta que vale lembrar que o processo de recuperação não se dá de maneira ordenada e linear no curso do tempo. Ao contrário, é suscetível aos contratempos advindos de episódios agudos da doença ou de outras dificuldades que a vida apresentar.

2.6 Políticas para a Atenção Integral a Usuários de Drogas

A atual política de saúde mental brasileira é resultado de um intenso debate sobre os direitos humanos, na década de 80 que teve como ponto culminante, a elaboração da Constituição de 1988, a qual destacou a saúde como uma das condições essenciais à vida digna, sendo, portanto, um direito humano fundamental.

A Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 é um importante marco que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, entre elas os usuários de substâncias psicoativas, destacando que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento de ações de assistência e promoção de saúde a tal população.

De forma geral, essa lei assegura às pessoas o direito a um tratamento que respeite a sua cidadania e que, por isso, deve ser realizado de preferência em serviços comunitários, de base territorial, sem excluí-los, portanto, do convívio na sociedade.

Na década de 2000, com financiamento e regulação tripartite (União, Estados e Municípios), ampliaram-se os serviços que viriam a constituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A partir do Decreto Presidencial n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, a RAPS passa a integrar o conjunto das redes indispensáveis à constituição das regiões de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

A publicação da Portaria n.º 3088, de 26 de dezembro de 2011, veio regulamentar, de forma detalhada, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pelo Decreto Presidencial n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. No processo de governança do SUS, as portarias representam um acordo entre representantes de gestores municipais, estaduais e federal da saúde, além de trabalhadores do SUS e entidades da sociedade civil.

Daí a importância do consenso que essa Portaria representa quanto aos serviços e às ações que oferecem atenção psicossocial, no País, para as pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, incluindo aqueles decorrentes do uso prejudicial de drogas.

Diante de um novo cenário de atenção à saúde, entende-se que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pretende apropriar-se, cada vez mais, da saúde mental e da garantia de direitos de todo cidadão, inclusive daqueles com transtornos mentais, ou com transtornos advindos do uso de crack, álcool e de outras drogas.

Os componentes da RAPS no território: Unidades Básicas de Saúde (UBS); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Atenção Residencial de Caráter Transitório; Unidades de Acolhimento (UA); Comunidades Terapêuticas (Serviços de Atenção em Regime Residencial); Hospitais.

O aparato organizativo pensado para implementar a política e promover a Reforma Psiquiátrica foram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados pela portaria Geral Ministerial (GM) 336 de 19 de fevereiro de 2002, a fim de substituir de maneira organizada e gradual o modelo hospitalocêntrico.

Observe, na figura abaixo, como a rede de saúde mental é pensada de uma perspectiva integral.

Figura 3: Rede de atenção à saúde mental



Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

Pode-se notar na figura acima a ausência dos hospitais psiquiátricos, apesar da Lei nº 10.216 incluí-los na rede de atenção à saúde mental e também das Comunidades Terapêuticas, a despeito de estarem inseridas na RAPS e no Programa Crack é Possível Vencer e o convênio regulamentado pelas Portarias nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e nº 131, de 26 de janeiro de 2012.

O Programa Crack, é possível vencer é uma política pública que surgiu, em 2011, da necessidade de responder às consequências do uso do crack, álcool e de outras drogas na sociedade brasileira. O Programa foi concebido com base no entendimento de que o consumo de drogas é um fenômeno histórico, político, social, econômico e cultural que requer uma abordagem ampla, um trabalho em rede e envolvimento de vários setores da sociedade, não apenas do Estado.

Nesse contexto, o Programa tem a finalidade de articular, permanentemente, diversos setores para integrar ações, de forma descentralizada, entre estados e municípios para reduzir a oferta e a demanda, enfrentar o tráfico de drogas e ampliar a oferta e o acesso aos serviços de tratamento dos usuários e seus familiares.

Embora a política de saúde mental brasileira procure criar uma rede, no entanto, ainda depara-se com uma série de desarticulações, desafios e com a necessidade de ampliação da rede, a fim de melhorar o acesso ao tratamento.

2.7 Serviço Social e Dependência Química

Para começarmos a falar sobre a prática profissional do Assistente Social junto à atuação aos dependentes químicos, entendemos que a Dependência Química é tida como expressão da questão social, na qual faz parte de um contexto econômico e político.

Atualmente, falar sobre a questão social para o Serviço Social é tratar da proposta de reforma curricular da ABESS/CEDEPSS (1996, p.154-5) na qual explica que:

A formação profissional tem na questão social sua base de fundação sócio-histórica, o que lhe confere um estatuto de elemento central e constitutivo da relação entre profissão e realidade social. O assistente social convive cotidianamente com as mais amplas expressões da questão social, matéria prima de seu trabalho. Confronta-se com as manifestações mais dramáticas dos processos da questão social no nível dos indivíduos sociais, seja em sua vida individual ou coletiva.

Segundo Pereira (1999, p.134) a questão social ganhou força a partir de transformações sociais, econômicas e políticas na Europa no século XIX no processo de industrialização no surgimento de novos atores e conflitos.

Iamamoto e Carvalho (1991, p.77) ressaltam ainda que a questão social é a manifestação do cotidiano da vida social, a contradição entre o proletariado e a burguesia a qual passa a exigir outros tipos de intervenção.

Dessa forma, Iamamoto (2011, p.28) acrescenta que:

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos as

experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública e entre outros. Questão social que sendo desigualdade também é rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade.

Por sua vez, Faleiros (2001, p.37) analisa que a questão social no Serviço Social é conceituada de forma genérica onde atualmente os enfrentamentos de interesses, grupos e projetos estão relacionados a classes, gêneros, gerações, onde contrapõem a afirmativa que a questão social é objeto de intervenção.

A questão social é aprendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista, resultante da acumulação de capital e a produção crescente da miséria. As novas bases de produção da questão social são originadas de transformações mundiais profundamente vividas acompanhado por mudanças na esfera do Estado segundo os parâmetros do neoliberalismo.

O profissional do Serviço Social de acordo com o seu campo de trabalho possui objetivos de sua atuação voltados para o enfrentamento das expressões da questão social através da execução de intervenções sociais ao espaço de inserção e ao público alvo atendido.

A questão do consumo de drogas possui cada vez mais consequências generalizadas na vida social das pessoas, como por exemplo, na desagregação familiar, nos acidentes de trabalho e trânsito, aumento de violência e criminalidade, doenças, inclusive o HIV, e altos índices de suicídio.

Nesse sentido, Conte (2001, p.114) enfatiza que no Brasil essa questão está apresentando um aumento cada vez mais precoce em relação as faixas etárias em todos os seguimentos sociais e populacionais, porém nas classes marginalizadas configura-se uma situação de degradação e exclusão por termos econômicos e termos em cidadania que merece um olhar e uma abordagem minuciosa, além dos aspectos orgânicos, familiares e sociais, outras dimensões como as subjetivas, econômicas, políticas e sociais também contribuem na

determinação dessa problemática, e a partir da interdisciplinaridade é que iremos ampliar os conceitos, a visão e compreensão dessa problemática através de uma abordagem integral.

A interdisciplinaridade é uma das principais características do trabalho do assistente social, ressaltado por Iamamoto (1998 p.64-65):

[...] O assistente social não realiza seu trabalho isoladamente, mas como parte de um trabalho combinado ou de um trabalho coletivo que forma uma grande equipe de trabalho. Sua inserção na esfera do trabalho é parte de um conjunto de especialidades que são acionadas conjuntamente para a realização dos fins das instituições empregadoras, sejam empresas ou instituições governamentais.

O assistente social na expressão da questão social da dependência química trabalha em uma equipe interdisciplinar, buscando promover a inclusão social dos usuários de drogas através de uma abordagem e atenção integral que estimule a qualidade de vida, a emancipação, a profissionalização e o exercício pleno da cidadania. Dessa forma, cabe a esse profissional orientar, informar, acolher e apoiar esses usuários, encaminhando-os a grupos de auto-ajuda, saindo da compreensão individualista de seu problema e colocando-o em contato com outros usuários favorecendo um melhor enfrentamento dessa temática.

O atendimento aos dependentes de substâncias psicoativas visa o resgate do ser humano, por meio da promoção da cidadania, da autoestima e principalmente pela reestruturação e fortalecimento dos vínculos familiares.

Vasconcelos (2006, p. 26-32) ressalta que o Assistente Social é um profissional que tem como característica ser um dos principais articuladores de equipes multiprofissionais, onde não somente na área da saúde, mas em todas as áreas, ocupando espaços estratégicos no interior das unidades, projetos, os Assistentes Sociais realizam atividades em excesso e com isso ganham o reconhecimento dos usuários que, ao serem “bem tratados” e/ou “tratados com humanidade” sentem-se prestigiados por receberem atenção tão especial desse profissional.

Desse modo, o trabalho realizado pelos Assistentes Sociais resulta na absorção e ocultação dos conflitos institucionais e/ou das demandas que perturbam o funcionamento das unidades de saúde ou instituições e o desenvolvimento das ações aos diferentes profissionais em detrimento da prioridade de atenção as demandas dos usuários.

De acordo com Vasconcelos (2006, p. 103):

A realidade social, objeto de ação profissional, para quem simplesmente observa é pura fenomenalidade. Mas ela só é pura fenomenalidade enquanto não é apreendida como síntese de múltiplas determinações. É após o processo de abstração que a realidade, como objeto investigado, ainda que mantenha a sua aparência, não é mais a mesma para quem investiga, não é mais o mesmo objeto, ainda que materialmente continue o mesmo.

A discussão a respeito da prática profissional na área da dependência química no Serviço Social se destacou a partir da década de 80, através de profissionais críticos que eram acadêmicos e/ou militantes dos movimentos sociais e políticos no período anterior ao golpe militar de 1964.

Outro fato importante para o Serviço Social aconteceu nesse mesmo período quando houve a propagação da leitura de obras originais de autores marxistas e uma maior aproximação com as Ciências Sociais, e cursos de pós-graduação, favorecendo o aprofundamento teórico desses profissionais.

Com base nesses fatores, o Serviço Social produziu um rápido amadurecimento teórico, iniciando os anos 90 como uma profissão produtiva e portadora de elaborações consistentes, tornando-se uma profissão interventiva, necessitando de um redimensionamento a sua prática profissional.

Na discussão da prática profissional, Iamamoto (2000, p.94) define que a prática é a atividade do assistente social na relação com o usuário, os empregadores e demais profissionais, porém, consideram-se também as condições sociais nas quais se realiza, distintas da prática e a ela externas, ainda que nela interfiram.

Dessa forma, atualmente a discussão sobre a prática profissional é tida em um processo de reflexão-ação dos assistentes sociais, desenvolvidas através do conhecimento da realidade institucional, do usuário e da conjuntura, com o objetivo de desenvolver um processo de reflexão, na qual servira de base para o planejamento e orientação das ações para que possam ser executadas.

A prática profissional se resume em uma mediação entre os interesses das instituições e os dos usuários, onde ela também é entendida como a socialização dos direitos, dando acesso aos serviços, orientação, encaminhamentos, e acompanhamentos.

3METODOLOGIA DA PESQUISA

O estudo caracterizou-se como uma pesquisa descritiva tendo como procedimentos técnicos a pesquisa bibliográfica e a de campo.

Em relação à parte teórica foram utilizados livros, revistas especializadas, legislação, artigos, teses e consulta em sites da internet. Os acervos utilizados foram da Biblioteca 1º de Agosto, situada no Centro Universitário de Bauru/ ITE, a internet e também, acervo próprio.

Os dados da presente pesquisa foram coletados por meio da metodologia qualitativa, denominada “história oral”, que, segundo Lang (2001, p. 96):

Permite conhecer a realidade pela experiência e pela voz daqueles que a viveram. Não se resume a uma simples técnica, na medida em que seu objetivo não se limita à ampliação de conhecimento, mas visa conhecer a versão dos agentes.

A escolha pela pesquisa qualitativa justificou-se por ser uma metodologia que permite que os sujeitos se revelem na narrativa, pois ao narrar reconstroem as suas trajetórias.

Segundo Minayo (2008, p.21 e 22):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos.

Corroborada por Martinelli (2005, p. 12) que aponta que pesquisas qualitativas: São pesquisas que demandam necessariamente o contato direto com os sujeitos, pois se queremos conhecer a experiência social, modo de vida, temos de conhecer as pessoas, sem desvinculá-las, evidentemente, de seu contexto e lembrando sempre que a metodologia de pesquisa é uma extensão do nosso projeto político.

A autora Martinelli, (1999, p. 46) ainda ressalta três pontos importantes sobre os aspectos da pesquisa qualitativa:

O seu caráter inovador, pois como método de pesquisa, insere-se na busca de significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências sociais; a sua dimensão política, pois, como construção coletiva, parte da realidade dos sujeitos e a eles retorna de forma crítica e criativa; por ser realizada pela via da complementaridade e não da exclusão.

De acordo com Thompson (1992, p. 137) é através das lembranças e dos testemunhos orais que são revelados os conflitos, as práticas culturais, as experiências, as lutas diárias, a própria visão que os sujeitos têm sobre suas vidas e sobre o mundo que os rodeia, pois:

A evidência oral pode conseguir algo mais penetrante e mais fundamental para a história. Enquanto os historiadores estudam os atores da história à distância, a caracterização que fazem de suas vidas, opiniões e ações sempre estarão sujeita a serem descrições defeituosas, projeções da experiência e da imaginação do próprio historiador: uma forma erudita de ficção. A evidência oral, transformando os “objetos” de estudo em “sujeitos”, contribui para uma história que não só é mais rica, mais viva e mais comovente, mas também mais verdadeira (THOMPSON, 1992, p. 137).

Corroborada por Lang (2001, p. 96) que aponta que a:

Metodologia qualitativa de pesquisa voltada para o tempo presente; permite conhecer a realidade presente e o passado ainda próximo pela experiência e pela voz daqueles que os viveram. Não se resume a uma simples técnica, incluindo também uma postura, na medida em que seu objetivo não se limita à ampliação de conhecimentos e informações, mas visa conhecer a versão dos agentes. Permite conhecer diferentes versões sobre um mesmo período ou fato, versões estas marcadas pela posição social daqueles que os viveram e narraram.

Considerando a proposição do trabalho e a riqueza da metodologia utilizada, em que a valorização se dá na narrativa do sujeito, a contribuição de Khoury (2001, p.80) é muito significativa:

A riqueza de pesquisas que se preocupam com a experiência dos sujeitos possibilita revelar uma história que é construída pelos próprios homens concretos. Portanto, nesta perspectiva, não são pensados como uma abstração, ou como um conceito, mas como pessoas vivas, que se fazem histórica e culturalmente, num processo em que as dimensões individual e social são e estão intrinsecamente imbricadas.

Nesta perspectiva, Bourguignon (2005, p. 186) aponta que compreender o sujeito supõe situá-lo em um contexto sócio histórico, cuja materialidade está na própria realidade em que se insere. A realização da pesquisa permitiu contemplar os sujeitos num contexto sóciohistórico, quando a realidade foi apresentada através das narrativas deles.

A pesquisa pela via qualitativa tem como um dos instrumentos fundamentais a entrevista. A entrevista é um instrumental muito importante na profissão de Assistente Social, pois permite que o profissional obtenha informações pessoais do entrevistado, como a identidade e os comportamentos, opiniões e julgamentos de natureza complexa e afetiva, possibilitando a compreensão da realidade dos entrevistados, com perguntas que permitem colher os dados significativos atribuídos aos fatos pelos sujeitos.

Medina (2004) refere-se à entrevista como um momento épico, único e especial, de encontro entre sujeitos, no qual se faz presente o embate democrático e saudável de ideias, trajetórias e singularidades.

Para Lewgoy (2007, p. 249) a entrevista possibilita aos sujeitos nela envolvidos contar e desvelar histórias através do uso da linguagem e do seu sentido, compreender as experiências e os significados a elas dados.

Recorreu-se à modalidade semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas, o que possibilitou o contato com a realidade através das vivências das pessoas, visando atender os objetivos da pesquisa e também a identificação dos perfis dos sujeitos.

Para Triviños (1987, p. 146) a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa.

Manzini (1991, p. 154) pontua que a entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

Corroborada por Minayo (2000, p.108) a entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

As entrevistas foram gravadas, com anuência dos entrevistados e, posteriormente, transcritas, a fim de se construir o material a ser analisado. Martinelli (2005, p. 12) pontua que uma das peculiaridades da pesquisa qualitativa, realizada com o suporte da fonte oral, é o uso do gravador para registro da narrativa e sua posterior transcrição. A autora enfatiza a importância do uso do gravador para o trabalho com narrativas orais.

Constatam-se que esse instrumental foi fundamental para preservação das narrativas no momento da transcrição e consultas no decorrer da elaboração do trabalho.

O objeto dessa pesquisa é o processo da reinserção social do dependente de substâncias psicoativas. Sendo assim, a problemática do trabalho nos remete a pensar: Quais fatores atuam sobre o processo de reinserção social?

Como hipótese sugeriu-se que o processo de reinserção social é longo, contínuo, gradativo e multifacetado de intervenções de apoio ao dependente de substâncias psicoativas,

no sentido da superação do modo de vida imposto pela dependência; considerando a diversidade dos indivíduos.

O objetivo dessa pesquisa é desvelar a dinâmica do processo de reinserção social do dependente de substâncias psicoativas, levantar a história de vida dos dependentes de substâncias psicoativas, compreender como se articulam, no processo de reinserção social, as histórias de vida pessoais, o percurso na dependência química, os estilos de vida, perspectivas de futuro, analisar as facilidades e dificuldades enfrentadas.

O caminho da investigação deveu-se em função da realização do estágio obrigatório, exigido pelo curso de Serviço Social, junto a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Barra Bonita, com vista a aprofundar os conhecimentos dos aspectos que envolvem o tema discutido.

O pré-teste foi realizado no mês de junho de dois mil e quatorze com um sujeito, comprovando a pertinência do instrumental, passando a ser integrado pelas seguintes questões: dados quanto à identificação – nome, idade, escolaridade, profissão, estado civil, seguidos de dados mais específicos.

O universo da pesquisa para este estudo foi constituído por quatro indivíduos em reinserção social, uma vez que o objetivo era o de desvelar a dinâmica do processo.

A seleção dos sujeitos não se deu casualmente, os critérios contemplaram: ser dependente de substâncias psicoativas pelos critérios diagnósticos do CID-10; ter feito qualquer modalidade de tratamento e ter concluído há, no mínimo, um ano, e disponibilidade de participar da pesquisa.

O acesso aos sujeitos ocorreu através da mediação das Assistentes Sociais da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Barra Bonita/SP⁶ e da Instituição Esquadrão da Vida do município de Bauru/SP⁷, pois os mesmos passaram por atendimento nas instituições.

Os contatos foram realizados de duas formas: por telefone e pessoalmente. O contato desses sujeitos foi adquirido através das duas instituições, na ficha cadastral de cada um deles. As indicações viabilizaram o encontro com os sujeitos.

⁶ Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Barra Bonita é uma instituição pública sem fins lucrativos que atende a população usuária através de programas, projetos e benefícios pelos quais é responsável.

⁷ Esquadrão da Vida de Bauru é uma instituição filantrópica que presta Serviço de Atenção a Dependentes de substâncias psicoativas, em regime de acolhimento institucional em Comunidade Terapêutica, conforme a RDC 29 de 30/06/2011.

A primeira e a segunda entrevista ocorreram nas dependências da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Barra Bonita, e a terceira e quarta entrevista ocorreram no Centro Universitário de Bauru – Instituto Toledo de Ensino com os sujeitos que fizeram parte da instituição Esquadrão da Vida de Bauru. As entrevistas se deram num ambiente de tranquilidade e descontração. A duração de cada entrevista foi de aproximadamente 60 minutos.

Visando o sigilo, os sujeitos foram identificados como DQ 1, DQ 2, DQ 3 e DQ4.

A respeito do tratamento do material da pesquisa e da construção do documento final, as histórias narradas, através das entrevistas, foram transcritas, categorizadas e analisadas de acordo com os objetivos da pesquisa e o referencial teórico em que se baseou o estudo.

Os eixos que nortearam a análise foram divididos da seguinte forma: identificação dos sujeitos; questões relacionadas ao consumo de drogas e questões relacionadas ao processo de reinserção social. Salienta-se que a pesquisa esteve voltada para a linha filosófica do Materialismo Histórico Dialético de Karl Marx, pois segundo Gil (1999, p. 31)[...] a dialética é contrária a todo conhecimento rígido. Tudo é visto em constante mudança: sempre há algo que nasce e se desenvolve e algo que desagrega e transforma.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Como coleta de dados utilizou-se o formulário que, após ser colhido todo material da entrevista, transcrito e analisado foi organizado em três eixos: identificação pessoal; questões relacionadas ao consumo de drogas e questões relacionadas ao processo de reinserção social.

4.1 Os Sujeitos da Pesquisa

Para traçar os respectivos perfis, buscou-se conhecer dados de identificação pessoal para melhor conhecimento dos entrevistados que compuseram o universo desta pesquisa, oferecendo subsídios e dando maior visibilidade sobre a população estudada.

Quadro 4:Perfil dos sujeitos

DQ	Idade	Sexo	Escolaridade	Profissão	Estado Civil	Filhos	Com quem reside
1	38	Masc	Analfabeto funcional	Ajudante pedreiro	Solteiro	1	Sozinho
2	31	Masc	Sup. Comp.	Vereador	Casado	0	Esposa
3	37	Masc	Sup. Inc.	Comerciante	Casado	2	Esposa e filhas
4	58	Masc	Médio Inc.	Comerciante	Casado	4	Esposa, 2 filhos e 3 netos

Fonte: Autora

4.2 Eixos Categoriais

Decidiu-se apresentar as perguntas do roteiro de entrevista semiestruturada (apêndice A) objetivando facilitar a leitura e interpretação para o leitor.

Questões:

1. Em que momento de sua vida iniciou o consumo de drogas?
2. O que mudou na sua vida após o consumo de drogas?
3. Quantas vezes você foi submetido a tratamentos para a dependência química?

Por quais tipos de tratamento você passou?

4. Quais foram/são as principais facilidades e dificuldades que você encontrou/encontra no seu processo de reinserção social?
5. Qual o seu desafio hoje?
6. O que você entende por dependência química?

4.2.1 Questões relacionadas ao consumo de drogas

Os aspectos pesquisados e analisados foram: início do consumo de drogas e as mudanças ocorridas após o consumo de drogas.

Quando questionado sobre o momento do início do consumo de drogas, houve unanimidade nas respostas e relataram que começaram na fase da adolescência e o associaram a fatores como a curiosidade, influência de amigos e rompimento de vínculos familiares.

Corroborados nas falas dos sujeitos de pesquisa:

“Iniciei o consumo de drogas aos 15 anos quando comecei a ingerir bebidas alcóolicas, por influência de amigos, de forma social e fui aumentando a dosagem a partir dos 20 anos, substituindo algumas bebidas, como por exemplo: a cerveja pela pinga. O que me levou a ser um dependente do álcool foi depois que me separei da minha esposa, pois fui morar com alguns amigos que bebiam e acabei entrando no padrão deles (DQ1, 38 anos).”

“Eu comecei a usar drogas quando trabalhava como “mirim” e comecei a ter problemas na escola em que cursava a 8ª série e por conta de faltas, tive que mudar de escola. Porém, foi na nova escola que comecei a fumar cigarro, com 14 anos de idade, junto com amigos que me incentivaram a experimentar e eu aceitei, e próximo a esse período eu comecei a usar a maconha, por curiosidade, mas não gostei e em seguida já parti para o crack e a cocaína (DQ2, 31 anos).”

“Eu iniciei o consumo de drogas com 16 anos de idade usando maconha, mas pouco antes desse início eu perdi meu pai e minha mãe dava aula de manhã, de tarde e a noite, então eu ficava o tempo todo na rua com os meus colegas, e nessa de querer conhecer as coisas eu acabei conhecendo a maconha, aí fui usando normal, todos os dias, e acabei usando a cocaína, mas a cocaína eu usei pouco. Casei com 29

anos, aí algumas brigas em casa, e eu fui atrás da maconha e não achava, então acabei usando o crack. A princípio não gostei, tinha horror de usar, mas a dependência foi maior... (DQ3, 37 anos).”

“Eu tinha 15 anos quando comecei a usar drogas, inclusive foi aqui na frente da ITE, com uns camaradas que minha mãe e o meu pai sabiam que usavam maconha, e eles sempre me diziam: „não anda com fulano” e me atraiu esse NÃO anda com eles, e uma vez eu estava voltando da escola, e percebi que os caras estavam fumando e aí eles jogaram uma caixinha de fósforo furadinha, que eles colocavam pra não queimar o dedo, e eu fui e peguei essa caixinha e fiquei cheirando e guardei ela comigo. Em uma outra oportunidade eu tinha um amigo que eu sabia que ele usava, aí eu dei um dinheiro pra ele e ele comprou maconha pra mim, e foi assim que eu comecei a usar, e vi nisso uma forma de eu me afirmar – „coisa de homem”. Fiz uso de outras drogas também (DQ4, 58 anos).”

De acordo com o Institute of Medicine (1990 apud MARQUES e CRUZ, 2000, p.

32)

A adolescência é um momento especial na vida do indivíduo. Nessa etapa, o jovem não aceita orientações, pois está testando a possibilidade de ser adulto, de ter poder e controle sobre si mesmo. É um momento de diferenciação em que "naturalmente" afasta-se da família e adere ao seu grupo de iguais. Se esse grupo estiver experimentalmente usando drogas, o pressiona a usar também. Ao entrar em contato com drogas nesse período de maior vulnerabilidade, expõe-se também a muitos riscos. O encontro do adolescente com a droga é um fenômeno muito mais frequente do que se pensa e, por sua complexidade, difícil de ser abordado.

Para Schenker e Minayo (2005, p. 708) a adolescência constitui um período crucial no ciclo vital para o início do consumo de drogas, seja como mera experimentação seja como consumo ocasional, indevido ou abusivo.

O consumo de substâncias psicoativas passa a ser muito atraente nessa fase e de acordo com Bessa (2012, p. 620) pode causar danos irreversíveis à estrutura cerebral e aumentar o risco do desenvolvimento da dependência química.

O autor pontua ainda que para a maioria dos adolescentes, as bebidas alcóolicas e o tabaco serão a combinação mais frequente, seguidos de álcool e maconha, tabaco e maconha e álcool e alucinógenos.

Adverte que se a experimentação ocorrer com a cocaína, em especial na forma de crack, o risco de o jovem tornar-se dependente é muito grande.

Embora a experimentação das drogas ocorra na maioria das vezes, na adolescência e juventude, o processo até a instauração da dependência pode ocorrer na fase adulta.

Quanto às mudanças ocorridas após o consumo de drogas foram evidenciadas nas falas:

“Quando eu virei um dependente do álcool algumas coisas começaram a mudar em minha vida. Eu sempre tentava trabalhar, fazer alguns bicos, como por exemplo, vender verduras, mas sempre era mandado embora por conta das bebidas alcoólicas que consumia durante o serviço. Não me alimentava direito, pois só pensava em beber, e isso fez com que eu também perdesse a vontade de trabalhar, principalmente por questões físicas, pois minha saúde já estava sendo comprometida, onde minhas pernas já estavam fracas ficavam enfurmigadas, sentia ansia, e achava que a única forma de ficar “firme”/bem para poder trabalhar, era no meio da noite tomar um copinho de pinga(...) Algumas pessoas passaram a não acreditar mais em mim, como por exemplo o proprietário da casa que eu morava.. ele me batia porque eu não tinha dinheiro para pagar o aluguel, porque eu gastava todo o meu dinheiro em bebidas. (DQ1, 38 anos)”

“As coisas começaram a mudar desde que eu comecei a usar drogas. Com 17 anos pioraram, pois a minha prioridade era o consumo de drogas, então eu tinha aquela expectativa de manter o meu consumo,

então eu tinha uma empresa em sociedade e essa sociedade acabou não dando certo, ai eu peguei e falei pro meu sócio „olha eu to indo pro Mato Grosso do Sul e vou montar minha empresa lá“, peguei minha mala e fui, ai lá fiquei sozinho(...)eu não tinha ninguém e eu não tinha muito contato com os meus pais pelo fato não de ignorar, mas eles não aceitavam como todos os outros pais, mas eu queria usar drogas, então eles me deixaram livres „vai e se vira“, ai que chegou um tempo que eu pra vergonha de voltar pra casa porque eu já tinha perdido tudo, eu fui morar na rua (DQ2, 31 anos).”

“Sempre fui um filho muito mimado, minha mãe é super protetora, mas trabalhava muito e eu sempre estava envolvido com pessoal na rua. O interessante é que eu comecei a fazer coisas que eu não gostava, não aceitava. Fui mudando. Me casei, tive uma filha e minha esposa tinha a vida dela normal, de faculdade, de festas, ia pra raves, ela fumava de vez em quando maconha, bebia, mas ela não é dependente, ela fazia isso mais socialmente mesmo, em churrascos, festas, baladas, pra se divertir, normal, mas as brigas eram muitas, acabei separando. Voltei a morar com a minha mãe e as coisas pioraram. Fui internado e ao sair tive recaída. Tentei continuar os estudos, comecei a fazer o SENAI e parei, eu comecei a fazer análise de sistemas na USC e parei, comecei a fazer Educação Física na FIB e parei, tudo porque eu estava envolvido em drogas. Nunca tive problemas com a justiça, graças a Deus não chegou a esse ponto, mas estava prestes, porque com o tempo você acaba não tendo mais uma situação financeira pra bancar o consumo, porque assim, eu estava na loja de móveis e eu vendia um tapete de 2 mil reais, eu pegava dinheiro e comprava um monte de pedra (crack), e com o tempo fui proibido de ir a loja Minha mãe tirou o meu carro, ai eu pedia um tênis novo, ela não comprava mais porque já sabia que eu ia trocar por drogas, então eu queria e precisava usar, troquei o rádio do carro dela, o estepe do carro dela, essas coisas assim. Nessa época, minha irmã fez o papel de mãe, pois minha mãe estava se tratando de um câncer. E

ai ela me falou que eu ia ter que ficar sem ver minha filha porque o Juiz queria que eu ficasse 100 metros de distancia dela, foi ai que eu falei: Opa! Sabe, essa foi a chave de tudo para eu querer parar, porque poxa, eu perder minha filha,minha princesa, meu tudo, então isso foi a maior coisa (DQ3, 37 anos).”

“Mudou tudo. Reverti todos os meus valores de vida, fiquei um cara sem amor, não tinha palavra, era vagabundo, não produzia nada de bom, prejudiquei um monte de gente, muitas famílias, vivi uma vida de drogas, tráfico e crimes, fui preso mais de 50 vezes. A primeira vez que eu fui preso foi em 1975 e respondi por crimes, sequestros, assaltos, tráfico até 2001. Pessoas morreram por causa da droga que eu trouxe. Na minha família os relacionamentos ficaram estremecidos. Cheguei a ser expulso de casa. Meus pais se separaram por minha causa. Perdi tudo, vendi até minha parte na herança e gastei tudo com drogas. Casei com uma pessoa que usava drogas também, tive dois filhos. Fui para tratamento e ela não quis parar, acabei o tratamento, tive recaída e acabei me separando por não dar mais certo. Meus filhos começaram a usar drogas. A droga matou a minha filha quando ela tinha 16 anos, morreu de overdose de cocaína, não com a droga que eu trouxe, mas foi eu que dei drogas pra ela pela primeira vez. Nessa época, meu irmão era gerente de uma empresa e perdeu o cargo por minha causa, porque saiu nos jornais e na TV as minhas histórias.Me casei novamente com uma pessoa que usava drogas também e tive mais dois filhos que fazem consumo de drogas. Fui fazer tratamento e ela também. Trabalhamos 4 anos na CT e saímos e aí eu tive recaída e levei ela comigo. Fui morar com a minha mãe que não aguentou e abandonou a casa, indo morar com meu irmão. As coisas começaram a piorar e percebi que era a hora de pular fora, ficar firme com Deus e mudar a história da minha vida, porque a história da minha vida não é só a minha vida, envolveu a minha vida, a vida da minha esposa, dos meus filhos e netos (DQ4, 58 anos).”

Um dos problemas que, em tese, pode ocorrer na família é o consumo de drogas, mas não há uma receita que proteja as famílias do envolvimento. Existem situações familiares de maior risco e vulnerabilidade, da mesma forma que existem situações de maior proteção.

Pode-se observar nas falas acima, a influência da dependência química nos relacionamentos familiares, desencadeando os conflitos, os quais afetaram os membros desses grupos familiares, que acabaram se fragilizando e até se rompendo, inclusive provocando a separação conjugal.

A dependência química tende a afetar a família como um todo. De acordo com Payá e Figlie (2004, p. 340) o impacto que a família sofre com o consumo de drogas por um de seus membros é correspondente às reações que vão ocorrendo com o sujeito que as utiliza.

A procura por tratamento foi desencadeada por experiências críticas como as evidenciadas nas falas dos sujeitos: “As coisas começaram a piorar e percebi que era a hora de pular fora” (DQ4, 58 anos).

“Quando minha irmã me falou que eu ia ter que ficar sem ver minha filha porque o Juiz queria que eu ficasse 100 metros de distância dela. Foi aí que eu falei: Opa! Sabe, essa foi a chave de tudo para eu querer parar (DQ3, 37 anos).”

“O meu irmão mais novo estava cansado de me ver sofrer, então ele pediu uma autorização do Juiz para tentar me internar a força. Ai, ele me deu muitos conselhos, e eu senti a necessidade de buscar ajuda e parar com tudo isso. (DQ1, 38 anos).”

“O fato de eu estar desempregado e morando na rua me fez conversar com os meus pais e dizer: olha, eu quero me recuperar, mas também quero voltar a estudar. (DQ2, 31 anos).”

4.2.2 Questões relacionadas ao processo de reinserção social

Os aspectos pesquisados e analisados foram: vezes que foi submetido a tratamentos para a dependência química e quais os tipos; as principais facilidades e dificuldades encontradas no processo de reinserção social; qual o desafio hoje e o que entende por dependência química.

Quando perguntado quantas vezes esses sujeitos haviam sido submetidos a tratamentos e por quais tipos explicaram que:

“Fui submetido a tratamentos, porém sempre sem sucesso, mas como o meu irmão mais novo dizia já estar cansado de me ver sofrer, pediu uma autorização do Juiz para tentar me internar a força em um Hospital Psiquiátrico. Assim, depois de muitos conselhos desse meu irmão, eu senti a necessidade de me internar e buscar ajuda de profissionais dessa área, e foi assim que eu procurei a Secretaria de Desenvolvimento Social da cidade para conseguir pegar uma cesta básica e coincidiu que a Assistente Social que me atendeu era especialista em dependência química, e logo percebeu pelas minhas condições físicas, as minhas vestimentas e pelo jeito de falar, que eu era dependente químico, e aí, acabei contando a ela toda a minha história e mostrando interesse em querer ser internado em uma clínica de reabilitação, e assim fui orientado para dar procedimento. Resolvi me internar no Hospital por 16 dias, tomando soro, pois eu achava que dessa forma eu poderia melhorar e não precisar mais ser internado em uma clínica. Enquanto eu estava internado, minha tia procurou a mesma Assistente Social que havia conversado comigo para que ela pudesse agilizar a minha internação em uma clínica na qual eu fiquei internado por 4 meses. Nesse período que eu fiquei em tratamento, foi muito bom, pois eu aprendi a respeitar as demais pessoas, seguir regras, horários e normas estabelecidas pela clínica. No começo, tive muitas dificuldades para esquecer a bebida, fazer amizades e adaptar com o ambiente, mas com o tempo eu fui me adaptando e fazendo as coisas certas, pois se descumpria uma regra, tinha que repetir

novamente, até acertar, caso contrário isso comprometia todo o tempo de internação. No final do meu tratamento na clínica eu estava confiante que logo iria conseguir arrumar um emprego e uma nova casa para morar, e que se no começo tivesse dificuldades, isso não faria eu desistir. Hoje eu estou há mais de 12 meses sem ingerir bebidas alcoólicas, sem nenhuma recaída, e não sinto falta (DQ1, 38 anos).”

“Eu fui submetido a um tratamento medicamentoso, o médico indicou que eu tomasse por 3 meses um calmante. No primeiro mês com uma dosagem maior, o segundo mês uma dosagem menor, e o terceiro mês eu interrompi o uso do medicamento, porque achava que já estava bem. Eu nunca quis me submeter a uma internação, tanto é que esse foi o meu maior conflito com a minha família, pois eu nunca quis parar de usar drogas, pois ela estava em primeiro lugar na minha vida, ela era a minha prioridade, e o meu trabalho era baseado em cima do meu consumo (...). Quando cheguei no meu quadro extremo, que eu estava usando todos os dias aí eu tive a consciência e tomei a iniciativa que eu deveria fazer algum tipo de tratamento daí pra frente, e assim eu tive duas escolhas: internar ou passar por um tratamento ambulatorial. Assim, o fato de eu estar desempregado e morando na rua me fez conversar com os meus pais e dizer „olha, eu quero me recuperar,mas eu quero estudar, aí eu fui matriculado em um colégio particular e passei por esse tratamento ambulatorial, e ficava 12 horas por dia estudando, onde tive várias abstinências (...). Eu usei drogas até os 24 pra 25 anos, então faz 7 anos que eu estou sem usar drogas e nunca tive recaídas, nem de álcool e nem de nada (DQ2, 31 anos).”

“Eu fui submetido 2 vezes a fazer tratamentos, a primeira vez foi internação compulsória, eu fiquei 9 meses trancado sem ver minha família, só que lá não tinha nada de tratamento. Depois de uma semana que sai de lá eu já recai, porque eu fiquei com raiva, medo, eu fui forçado pela minha família. Lá eu pensava assim „ah eles me

colocaram aqui? Então a hora que eu sair eles vão ver só, fiquei com isso na cabeça os 9 meses, e a hora que eu sai eu usei. Quando você volta a usar é bem pior, fiquei 2 meses usando diretão. Já estava separado da minha esposa. Quando estava perdendo tudo eu aceitei o tratamento e fiquei 6 meses, mas dessa vez foi diferente, pois eu tive tratamento, não tive recaída. Eu estou a 6 anos e 5 meses sem usar drogas, não sinto falta, eu sinto pavor (DQ3, 37 anos).”

“Eu passei por 2 tratamentos em Comunidade Terapêutica, eu passei em 76 e o outro em 86. O primeiro tratamento que eu fiz foi em 76, e recaí, e aí eu fui voltar pro tratamento 10 anos depois, e aí eu fiquei numa boa 4 anos, mas tive recaída e arrastei minha esposa junto. Como já tínhamos feito tratamento, nós sabíamos o que tinha que ser feito. Por iniciativa dela, ela começou a frequentar uma Igreja e eu percebi que ela foi mudando, em 3 meses ela já não estava mais usando drogas, nem fumando cigarro, nem bebendo porque ela bebia bastante, e ela sempre me chamava pra ir na Igreja com ela e eu fui. Eu estou sem usar drogas há 12 anos (DQ4, 58 anos).”

Nas manifestações acima, observa-se que o tratamento implica uma visão clara dos prejuízos já estabelecidos e um planejamento objetivo de como intervir em cada nível da vida do indivíduo.

Bessa (2012, p. 627-8) reforça que o tratamento deve ser o mais personalizado possível, levando em consideração os tipos e a intensidade de atenção de que o indivíduo necessita.

A internação compulsória, mencionada pelo DQ3 (37 anos), vem gerando muita polêmica, mas os especialistas concordam que a dependência química é um fenômeno complexo, com um perfil bastante heterogêneo de indivíduos. Por isso, medidas plurais são absolutamente necessárias, pois o que serve para um, pode não servir para outro. Nesse sentido a Organização Mundial da Saúde recomenda que o tratamento coercitivo seja a última opção a ser adotada, findas todas as outras formas de tratamento.

Com relação ao tratamento, outro ponto mencionado, foi a influência da espiritualidade na recuperação do dependente de substâncias psicoativas, que vem ganhando espaço na literatura científica nos últimos anos, apontada por contribuir significativamente para o êxito do tratamento e para a visão holística do homem.

Respalhada na fala do sujeito: a busca por Deus é muito, muito, muito, muito importante na dependência química, mas você tem que querer (DQ3, 37anos).

Experiência revelada pela fala do sujeito:

“Um dia minha esposa falou uma frase pra mim que aquilo impactou o meu coração: Deus que mudou a minha vida e quer mudar a sua vida (...) então ela ficou várias vezes me convidando e aí nesse dia eu fui e era culto numa Igreja que estava reunindo várias Igrejas, e era um culto de jovens, culto de louvor com muita música, e eu entrei naquela Igreja e pensei: Deus está me dando uma nova oportunidade de vida e eu tenho que mudar (DQ4, 58 anos).”

E no reconhecimento da intervenção de Deus nas mudanças ocorridas apresentada na fala do sujeito:

“Quando as pessoas me veem na rua, elas não acreditam na minha mudança, e aí eu penso „tá vendo como Deus é grande? Como Deus é maravilhoso. Hoje estou seguindo as regras de um caminho melhor junto de Deus, porque eu estou muito feliz desse jeito (DQ1, 38 anos).”

Com Duarte (2002, p. 6), Assistente Social e diretora de Prevenção e Tratamento da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), reitera-se o que foi dito sobre a importância da espiritualidade, que “independente da formação ou orientação religiosa, [...] a „fé“ poderá ajudá-lo a enxergar um horizonte de possibilidades onde sonhos se transformam no projeto de uma nova vida”.

Buscou-se desvelar quais as principais dificuldades e facilidades encontradas no processo de reinserção social apresentadas nas falas dos sujeitos:

“Quando deixei a clínica, tive dificuldade em encontrar serviço para pagar um local para morar, e por conta disso fiquei por uns dias na casa de uma prima, até arrumar um serviço e juntar um dinheiro para alugar uma casa. Depois de um tempo, eu arrumei um emprego, e minha prima que me ajuda até hoje no que for preciso, ajudou a achar uma casa e a pagar o aluguel, até eu conseguir me restabelecer financeiramente. O preconceito também é uma dificuldade. A facilidade foi que por mais que ela não acreditasse na minha recuperação e reinserção social, ela me deu esse voto de confiança (DQ1, 38 anos).”

“A maior dificuldade que eu tive no meu processo de Reinserção Social foi a decepção com pessoas. Como um amigo meu fala: „Você caiu dentro do poço e no poço só tinha coisas feias e você conseguiu sair com um dourado desse tamanho, bonito, então nesse processo de quando você sai desse poço, dessa desilusão que você vivia, outro mundo paralelo, usar drogas todos os dias, então você acaba acreditando, confiando em muitas pessoas, porque na verdade essas pessoas viram referência, aí chega um momento que você olha que você cresceu, você chegou, lutou, conseguiu, teve disciplina e aquela pessoa te decepiona. Então a maior frustração que eu encontrei foi que eu acreditava e aí você via por de trás e tinha coisa errada, e as vezes te chama de tonto, de inocente, e isso não é verdade, você só queria ser verdadeiro, porque quando você tem uma política dentro de você que você quer mudar, você começa a trilhar as coisas em cima de uma verdade. Por que a Bíblia fala o que? Edifica a casa sobre a rocha, e esse é o meu pensamento, desde que tudo o que você faça na sua vida tenha legitimidade, você não tem que temer, é honesto, você tem que acreditar porque a gente vai vencer uma hora, é desgastante, é cansativo, dolorido, sacrificial, mas é a maneira que eu encontro para chegar até aonde eu cheguei hoje, firmado, alicerçado,

compromissado. Então as pessoas te decepcionam e as vezes eu comecei a transferir isso e pensar

„sou eu que tenho que fazer e não eles“. Já as facilidades, foi ter uma família afável, que baixou a cabeça e falou „filho eu te amo, filho vem cá, o que você precisa?“, que me acolheu, e que só teve que dar essa reciprocidade de confiança e isso foi à parte primordial da minha família. Sofri sim preconceitos em relação à sociedade, minha mãe tinha vergonha de falar, e as vizinhas, minha mãe nunca teve coragem de se abrir e falar que tinha um problema instalado dentro da casa dela, e que ela sofria com isso, na própria escola também, eu entendia o professor, com toda essa problemática dentro de mim, eu tinha temor, obediência, mesmo ele me criticando, injustamente, porque eu não bagunçava, eu copiava tudo, eu só queria aprender, então esse preconceito veio e ainda existe muito porque esse fato de eu ser autentico, as vezes as pessoas usam hoje pela minha posição, por eu ser vereador, mas eu sou um vereador que é um ex drogado, então eu não sou um vereador igual ao outro cara que é empresário e tal, e eu pra mim, eu não tenho diferença, porque quando eu olho pro cenário das dificuldades e limitações das pessoas, eu me vejo em vantagem porque eu sei de onde vim e aonde quero chegar, e essa vivência forjou dentro de mim habilidades (DQ2, 31 anos).”

“A maior dificuldade no processo de reinserção social é a questão da minha família em relação ao preconceito, muito.. muito.. muito.. eu estava numa festa de família, ai as pessoas pegavam a bolsa e escondiam de mim, e aquilo dava um impacto, me chateava muito, mas eu que procurei isso, porque senão, não teria isso, mas com as pessoas normais assim eu falo mesmo que eu usei crack, que eu fiquei internado, eu falo mesmo porque isso pra mim é uma força, então eu não escondo. A facilidade foi os mais próximos terem me ajudado, terem ido me visitar no processo de tratamento e me apoiado na reinserção, porque a reinserção no tratamento em CT você ficava 1 semana em casa, e ai depois voltava e ficava mais 1 mês lá.. então a

ajuda deles foi muito importante. Poder fazer coisas juntos como deitar na cama da minha mãe e falar pra ela pra gente ver um filme, assim.. coisas que eu nunca tinha feito junto, então a facilidade foi essa deles estarem me ajudando e me mostrarem o gosta pela vida sem o uso das drogas, porque desde os 16 anos fumando maconha então eu já estava “preso” desde essa época, estou com 30 anos, imagina só, é uma vida. Quando eu fumava maconha eu não queria ficar com a minha mãe, eu queria distancia dela, então a facilidade foi eles me mostrarem a vida real, assim de viver sem a droga. No trabalho não encontrei dificuldades porque eu tenho uma loja própria então todo mundo falava assim “Aonde você estava?” Eu respondia: eu estava internado (DQ3, 37 anos).”

“Uma dificuldade que eu tive foi o fato de eu não ter terminado os estudos, de não ter uma formação profissional e trabalhar sempre com base nas minhas experiências, não foi fácil pra mim. Sofri bastante preconceito. O que me ajudou bastante foi o que eu já tinha aprendido anteriormente na CT sobre o que tinha que fazer e, outra facilidade foi a minha esposa ter ido primeiro pra procurar ajuda e me dar um suporte, e quando eu parei com tudo em 2003 eu falei um dia pra ela „O que eu vou fazer agora?” e comecei a desfazer de tudo que não prestava, inclusive de um carro problemático, vendi o carro pro ferro velho, e eu não tinha emprego, e minha esposa ficava falando pra eu ter paciência porque a gente não estava passando fome, e eu tinha montado um salão de beleza pra ela, e ai eu fiquei 1 ano sem trabalhar, sem saber o que fazer ... Hoje trabalho com venda de carros na informalidade (DQ4, 58 anos).”

Diante das respostas constatou-se como dificuldades o desemprego, a falta de escolaridade, a decepção com pessoas e preconceito.

Para refletir sobre a reinserção social é necessário ser analisado a importância da categoria trabalho na vida do indivíduo. Sabe-se que, por meio do trabalho, o homem consegue se afirmar como ser humano, que deveria conseguir, também, prover o seu sustento, bem como da família, que se distingue dos animais como um ser pensante capaz de antever os resultados de suas atividades e que, em especial, consegue criar e ser reconhecido como criador. Iamamoto (2011, p. 60) ressalta esse pensamento afirmando:

O trabalho é uma atividade fundamental do homem, pois mediatiza a satisfação de suas necessidades diante da natureza e de outros homens. Pelo trabalho o homem se afirma como um ser social e, portanto, distinto da natureza. O trabalho é a atividade própria do ser humano, seja ela material, intelectual ou artística. É por meio do trabalho que o homem se afirma como um ser *que dá respostas* prático-conscientes aos seus carecimentos, às suas necessidades. O trabalho é, pois, o selo distintivo da atividade humana. Primeiro, porque o homem é o único ser que, ao realizar o trabalho, é capaz de projetar, antecipadamente, na sua mente o resultado a ser obtido. [...] Por meio do trabalho o homem se afirma como ser criador, não só como indivíduo pensante, mas como indivíduo que *age* consciente e racionalmente. [...]. (Grifos da autora).

Diante da importância do trabalho na vida do indivíduo, sabe-se que é difícil trabalhar a questão da reinserção profissional do dependente quando o mesmo está com os vínculos profissionais rompidos, pois o desemprego gera alterações no indivíduo que influem de forma destrutiva em suas perspectivas de viver e de futuro, deixando-o à mercê de uma possível “recaída”.

A fala do sujeito revela essa vivência: Tive dificuldade em encontrar serviço para pagar um local para morar e me manter (DQ1, 38 anos).

O trabalho está vinculado ao conceito da dignidade da pessoa humana. Citado por SARLET (2009, p. 37):

[...] temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito

e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que asseguram a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.

Outro ponto que merece reflexão é a baixa escolaridade e a falta de qualificação profissional, pois sem corresponder às exigências do mercado de trabalho, esses sujeitos entram no aglomerado do trabalho informal que cresce a cada dia e se fecha na competitividade, diminuindo para muitos a chance de autonomia e sobrevivência.

Relatado pelo sujeito:

“Uma dificuldade que eu tive foi o fato de eu não ter terminado os estudos, de não ter uma formação profissional e trabalhar sempre com base nas minhas experiências. Hoje trabalho com venda de carros na informalidade (DQ4, 58 anos).”

Um fator de dificuldade nesse processo foi evidenciado pelo DQ2 sobre a decepção com outras pessoas.

De acordo com o psicólogo Miguel Lucas (2014) a decepção faz parte da vida e é necessária para o desenvolvimento humano. O desapontamento, na grande maioria das vezes é um impulso para a ação, fornece-nos motivação para crescer e ir ao encontro dos nossos objetivos.

O autor ainda pontua que a decepção é uma forma de frustração, e aprender a lidar com a frustração é uma habilidade necessária para conseguirmos lidar com as nossas emoções de forma funcional.

Outro ponto bastante expressivo de dificuldade foi vivenciarem o preconceito.

Souza (2014) considera que a discriminação é a concretização, a manifestação do preconceito que até então estava oculto.

A autora elucida que:

O preconceito não vem do conhecimento, ele vem de uma crença que tem a sua raiz no medo, ou seja, é irracional e está ligado a ideia de um mundo não real. O preconceito é um mal muito grande porque é difícil de ser combatido. Ele é invisível, você sente, sabe o que sente e não tem como provar.

É comum os usuários de drogas serem segregados, serem olhados com indiferença por grande parte da sociedade. Este afastamento não atinge tão somente o usuário, mas também a família.

Interessante ponderar que a sociedade incentiva, principalmente o uso do álcool como algo que promove o bem estar e a interação social, mas quando o indivíduo se torna dependente esta mesma sociedade particulariza o uso e culpabiliza o indivíduo.

Percorrendo as falas dos sujeitos permite verificar que os mesmos estão vivenciando o preconceito e o estigma em suas vidas.

“Durante o uso e o abuso do álcool eu sofri muito preconceito, mais por parte dos meus amigos do que da minha família, porque a minha família em partes me ajudou, foram me visitar durante o meu tratamento e me deram sempre o maior apoio. Os amigos achavam que o tratamento não iria resolver grandes coisas na minha vida, e achavam que eu não era capaz, eles não acreditavam em mim, porém as pessoas que acreditavam em mim, me motivavam a seguir em frente, melhorando a minha autoestima (DQ1, 38 anos).”

“Sofri sim preconceitos em relação à sociedade, minha mãe nunca teve coragem de se abrir e falar que tinha um problema instalado dentro da casa dela, e que ela sofria com isso. Na escola também, o professor me

criticava, injustamente, porque eu não bagunçava, eu copiava tudo, eu só queria aprender, mas tinha o preconceito e ainda existe hoje, pela minha posição, por eu ser vereador, mas eu sou um vereador que é um ex drogado, então eu não sou um vereador igual ao outro cara que é empresário e tal, e pra mim, eu não tenho diferença, porque quando eu olho pro cenário das dificuldades e limitações das pessoas, eu me vejo na vantagem porque eu sei de onde vim e aonde quero chegar, e uma habilidade se forjou dentro de mim (DQ2, 31 anos).”

“A droga é devastadora, fez um estrago na minha vida e tem pessoas até da minha família, não a mãe, irmã e cunhado, mas a família mais próxima tipo primos, tios, mesmo depois de 6 anos eles ainda ficam com o pé meio atrás, com preconceito (DQ3, 37 anos).”

“O preconceito sempre existiu entre amigos e a família, e até hoje existe, porque a minha vida no crime foi muito grande, porque eu fui a ovelha negra, a vergonha da família (DQ4, 58 anos).”

Pelas respostas à questão facilidades no processo de reinserção social destaca-se os entrevistados terem apontado, por unanimidade, o apoio da família para que todo o percurso de reinserção social fosse facilitado.

O apoio da família é de fundamental importância tanto no tratamento da dependência química quanto no processo de reinserção social, segundo o que se observa nos relatos.

Esse vínculo aparece nas falas dos sujeitos:

“A facilidade foi que por mais que minha prima não acreditasse na minha recuperação e reinserção social, ela me deu um voto de confiança (DQ1, 38 anos).”

“A facilidade foi ter uma família afável, que baixou a cabeça e falou „filho eu te amo, filho vem cá, o que você precisa?“, que me acolheu,

e que só teve que dar essa reciprocidade de confiança e isso foi a parte primordial da minha família. (DQ2, 31 anos).”

“A facilidade foi a ajuda da família (mãe, irmã cunhado) terem ido me visitar no processo de tratamento e me apoiado na reinserção. Delesestarem me ajudando e me mostrarem o gosto pela vida sem o uso das drogas. [...] de fazer coisas simples como deitar na cama da minha mãe e falar pra ela pra gente ver um filme, coisas que eu nunca tinha feito junto. o meu cunhado, que é casado com a minha irmã, ele sempre tomou a cervejinha dele normal, nunca teve problemas com a dependência química e nem nada, bebe como uma pessoa normal, a geladeira dele sempre teve cervejas, vinhos e é normal, ele tinha um barzinho dentro do apartamento dele e ele tirou tudo, por minha causa, ele parou de beber por minha causa, me ajudaram muito, totalmente, meu cunhado foi o meu pai (DQ3, 37 anos).”

“A facilidade foi a minha esposa ter ido primeiro procurar ajuda e me dar um suporte para recomeçarmos sem as drogas (DQ4, 58 anos).”

Costa (2001, p. 223-236) afirma que a família, quando está presente no processo de tratamento e reinserção social de modo expressivo, apresenta-se como um aporte emocional, psicológico e social, com isso, influenciando de maneira significativa na manutenção da abstinência desse dependente.

Cavalcante et al (2012, p. 328) traz a reflexão da ambivalência da participação familiar.

A importância da participação da família no tratamento e reinserção social do dependente de drogas é um paradigma estabelecido e citado por vários estudiosos quando reforçam que, nos últimos anos, têm compartilhado de um pensamento sistêmico no qual reconhecem que todos estão interligados e interconectados e, por conseguinte, a mudança em um indivíduo provoca reverberação em todo sistema apesar de todo estresse que esses relacionamentos carregam.

Corroborada por Schenker e Minayo (2004, p. 649) que afirmam que a família influencia tanto no surgimento do consumo de drogas quanto como instituição protetora para a saúde de seus membros, pois ela é a rede de apoio mais próxima.

Souza (1997, p. 20) pontua que a família desperta em todos nós lembranças, emoções, saudades, expectativas quase sempre contraditórias, intensas e, principalmente, inegáveis. Família é algo universal e, por enquanto, eterna; não foi descoberta outra formação humana capaz de substituí-la.

Observou-se também como facilidade que a CT apareceu não apenas como espaço para tratamento, mas também como estabelecimento de vínculos de amizade. O serviço contribui como parte da nova rede de apoio, uma vez que propicia a existência do sentimento de pertença, manifestadas nas falas dos sujeitos:

“Eu sou grato às pessoas da CT, o pessoal que me ajudou e que funcionou e eles foram persistentes e se a pessoa quiser funciona, então eu quero retribuir, eu quis e Deus me ajudou, mas lá foi o lugar que salvou a minha vida, então eu sempre ajudo eles, tenho um prazer, largo tudo, vou e faço, porque eu fui ajudado e me sinto parte deles (DQ3, 37 anos).”

“Nunca me desliguei da CT, sempre estou lá participando das atividades, cursos, de ajudar pessoas. Foi o lugar que aprendi muito e que marcou a minha vida. Nas minhas dificuldades é lá que vou buscar ajuda também (DQ4, 58 anos).”

Quando perguntado qual o seu maior desafio hoje, destacaram-se nas falas dos sujeitos:

“Hoje em dia o meu maior desafio não existe mais. Antes o meu maior desafio era superar a bebida, e agora que eu já superei, na minha vida não existem mais barreiras e nem desafios (DQ1, 38 anos).”

“Meu maior desafio hoje é cada dia mais ajudar as pessoas, não perder essa essência que me fez chegar até aqui, porque eu tinha a essência de olhar todos os dias pra dentro de mim e falar olha não esquece de onde você veio, e essa é a essência que eu to levando no meu projeto ... e nem que eu não faça, a minha oração é que alguém se apaixone pelo projeto, se interesse, eu consegui tudo que foi possível, a legalização, a documentação, o recurso, eu só não tenho tempo hábil porque eu tenho uma família e um trabalho muito agitado (DQ2, 31 nos).”

“Meu desafio hoje é ajudar as pessoas que tem essa dependência, porque eu sei que é possível, porque muitas pessoas falam que não tem jeito, mas há um jeito sim, e meu desafio é esse. Estou fazendo Psicologia pra isso, minha esposa é psicóloga, mas ela não exerce a profissão, mas ela já ta querendo voltar a atuar, fazer uns cursos de pós e mexer nesse ramo (DQ3, 37 anos).”

“Eu fui um camarada destrutivo, nocivo e o meu maior desafio hoje é permanecer sóbrio, de cara, e conseguir criar meus filhos e meus netos, dando amor pra eles, cuidar deles até o dia que eu estiver vivo, acredito que Deus vai me dar vida longa, porque eu passei por um monte de coisas, tiros, facadas, rebeliões, problemas no fígado porque eu sou cirrótico, hepatite C, tuberculose, tudo devido ao consumo de drogas e Deus me deu condições de estar vivo até hoje, e o que eu quero é isso, ser exemplo de vida pra eles, como um dia eu fui um mau exemplo pra eles, agora eu quero servir como um bom exemplo que eles achem que eu sou “o cara”, que eles tenham orgulho de mim, porque eu não tenho vergonha de falar sobre tudo o que eu já vivi, eu teria vergonha se eu estivesse praticando ainda, pra mim foi muito difícil esses 30 anos, mas o tempo que eu estou vivendo agora é um tempo muito bom, de amor com a minha família, carinho com a minha mulher que só hoje eu vejo quantas coisas eu errei com ela, eu estou tendo oportunidade de recomeçar, mais ou menos como a fênix, não estou fazendo tudo certinho, mas estou procurando fazer ao máximo,

trabalhando honestamente, pagando minhas contas, sendo carinhoso, limpo, não quero mais nada errado na minha casa, nem dinheiro torto (DQ4, 58 anos).”

Na narrativa dos desafios os sujeitos manifestaram suas ânsias entre elas à manutenção da abstinência, o desejo de ajudar outros dependentes e de ser exemplo para família.

Na manutenção da abstinência a literatura mostra que estar abstinente não significa estar isento de riscos futuros, por isso a necessidade da construção de uma rede social – família, amigos, colegas de trabalho, vizinhos, escola, movimentos religiosos entre outros.

O desejo de ajudar outros pode ser entendido como decorrente da identificação com o grupo, um reforço à própria manutenção e a continuidade do crescimento pessoal, além da vivência da possibilidade da recuperação.

Bonadio (2010, p. 179) alerta que:

Quanto mais aprisionado no campo da dependência química está o sujeito, menores são suas possibilidades de desenvolver novas configurações identitárias, capazes de prescindir da identificação ancorada na doença – uma identificação que, por sofrida que seja, lhes é um tanto familiar e, em alguma medida, apaziguadora dos temores relacionados ao enfrentamento do diverso, do desconhecido.

A conquista de não estar mais consumindo as drogas também foi evidenciada nas falas dos sujeitos:

“Depois que eu parei de beber, tudo na minha vida mudou..os amigos, tudo. Quando as pessoas me veem na rua, elas não acreditam na minha mudança, e isso me dá uma alegria muito grande. Tenho roupas novas, sou mais vaidoso, tenho meus passarinhos e minha casa para cuidar, onde procuro deixar tudo limpo e arrumado, o meu relacionamento com o meu filho também mudou bastante, ele está sempre em casa, se não vai ficar comigo aos fins de semana, ele sempre vai me visitar, e fora a pensão que eu dou, eu sempre lhe dou uns “trocadinhos”. (...)Hoje em dia me dá prazer em comer, e tem que ter uma guaraná

bem gelada na minha geladeira, e verduras e legumes. Depois do trabalho se eu não vou na casa do meu irmão, eu vou na casa da minha prima, e de final de semana eu não saio e por enquanto não quero arranjar uma namorada, por enquanto estou sossegado e seguindo as regras de um caminho melhor junto de Deus, porque eu estou muito feliz desse jeito (DQ1, 38 anos).”

“Após ter deixado as drogas tudo na minha vida mudou, hoje eu tenho uma família, uma esposa, minha casa, meus móveis, tocar minha empresa, e tenho algo importantíssimo e super valioso chamado credibilidade (DQ2, 31 anos).”

“Hoje eu falo que eu nunca me arrependi de ter usado drogas, lógico que me atrapalhou em muitas coisas, mas eu voltei com a minha esposa, to com a minha filha, minha família tá tudo legal, voltei com a minha firma , to com negócios novos, meu carro de novo, to fazendo faculdade, voltou até melhor do que era antes, porque antes eu fumava maconha, tomava minha cervejinha e acabava gastando dinheiro com tudo isso, nada dava certo, mas eu não sabia que era por causa disso que tudo estava meio brecado. Então. Nossa! Você gostou de usar drogas? Não, não é que eu gostei, eu achei bom porque eu aprendi sobre o que é isso, conheci a Deus, porque eu não ia na Igreja, mas eu não sou bitolado nisso, vivo normal e vou a Igreja seguindo os princípios sei o que Deus pode fazer pelas pessoas, hoje eu dou valor as pequenas coisas, de ir num parque, de ir num cinema, comer pipoca com as minhas filhas, fazer coisas que antes eu não fazia, coisas pequenas que são muito mais prazerosas do que o uso das drogas, então pra mim foi bom conhecer, porque eu pude sair da minha vidinha medíocre, que eu sempre levava, empurrando, então eu agradeço por eu ter saído, porque senão.. Vixe! Eu nem sei se eu estaria aqui hoje (DQ3, 37 anos).”

As perdas decorrentes do estilo de vida adotado também foram apresentadas na fala do sujeito:

“Agora vejo que a vida que eu deveria ter seguido, a vida que eu nunca deveria ter deixado é essa sem drogas. Um dia em viagem para um Congresso sobre Dependência Química junto com outras pessoas e uma delas precisava passar na ITE antes. Era cedo e o pessoal já estava chegando pra estudar e eu comecei a reparar quem tinha dormido ou não e aí via que as pessoas estavam dispostas, arrumadas (pareciam cheirosas e de banho tomado), e naquele dia eu pensei que a droga tinha me roubado isso, o namorinho na escola, contato com os outros, reuniões familiares, Natal, Ano Novo. Mas quando se quer é possível mudar e hoje graças a Deus, eu sou uma pessoa feliz (DQ4, 58 anos).”

Quando perguntado o que você entende por dependência química os sujeitos apresentaram:

“Pra mim a dependência é uma doença muito grave, é um vício, e se você continuar, não dura muito tempo não. Quando eu estava em tratamento e assistia alguns filmes sobre o que pode vir acontecer com as pessoas, isso fazia a gente refletir, junto com as palestras, as missas e a convivência com as pessoas também era importante. A Dependência Química pra mim é algo triste. Quando estou andando por aí e vejo pessoas passando pelo que eu passei eu fico triste e falo „nossa meu Deus, por que isso existe?“ Me corta o coração de ver, eu fico contente de ajudar a pessoas com o que eu tenho e o que eu puder fazer (DQ1, 38 anos).”

“Eu entendo que a Dependência Química é um vírus que ainda não descobriram um antídoto pra matar, e que nós temos que ter um

trabalho fortíssimo na informação, na prevenção, pra municiaras pessoas, os professores, a formar esse exército, porque hoje se você for conversar com um menino, o mesmo acesso que ele teve foi o que eu tive, ou seja, não mudamos nada e eu que comecei há 20 anos atrás e um menino hoje de 16 anos caímos nas drogas pelo mesmo principio, por falta de informação (DQ2, 31 anos).”

“Pra mim a dependência química é uma doença. É o fim do mundo, é um negócio que as pessoas se envolvem e é difícil sair e você não tem estrutura, principalmente se você não tiver a família, você não sai, e cada vez ta pior, você vê pessoas dando filhos por conta de drogas, na nossa Igreja tem uma moça que ta cuidando de uma criança que a mãe usa crack, uma criança linda loirinha, de olhos verdes e ela deu a filha porque preferia o crack. Então pra mim é o fim do mundo, que veio pra roubar, matar e destruir, como fala na Bíblia (DQ3, 37 anos).”

“A dependência química pra mim é depois do inferno...Se tem o inferno, ela vem depois dele e ai ela te arrasta pro inferno, pra mim a dependência química é uma porcaria, uma coisa que eu nunca deveria ter usado, eu deveria ter escutado o que as pessoas mais velhas falavam e não ter experimentado aquele primeiro dia e nem ter sentido o cheiro, se eu tivesse uma máquina do tempo eu queria voltar pra aquele dia e ter ido embora daqueles meninos, mas eu não fiz isso e passei por tudo isso dai, experimentei esse dissabor (DQ4, 58 anos).”

Diante das falas dos sujeitos sobre a dependência química, surge, a princípio, a compreensão de que é uma doença, mas no decorrer apresentaram falas que evidenciaram que a visão de dependência química como doença não está tão clara para eles, sendo confundida com a de que se trata de um “vício”, um vírus, o fim do mundo, uma porcaria. A literatura aponta que a dificuldade de aceitar a dependência química como doença pode se tornar um dos maiores obstáculos da reinserção social.

A informação sobre drogas como respaldo para a prevenção mostrou-se necessária para a formação de opiniões, corroborada na fala do sujeito: Temos que ter um trabalho de

informação, de prevenção, pois eu que comecei a 20 anos atrás e um menino hoje de 16 anos caímos nas drogas pelo mesmo princípio, por falta de informação (DQ2, 31 anos).

Borba (2004, p. 768) esclarece as acepções da palavra informação: (1) informe, comunicação; (2) explicação, esclarecimento; (3) comunicação ou notícia trazida ao conhecimento de uma pessoa ou do público; (4) instrução, orientação; (5) conhecimento.

Parafraseando Canevacci (2001) a prevenção não deve nunca nos aquietar, mas sempre nos levar a inquietação.

Voltando a reinserção social, Bonadio (2010, p. 7-8) nos faz refletir que:

É sabido, tanto pela descrição da literatura, quanto pela experiência clínica em contextos diversificados (ambulatorial, internação, consultórios particulares), que uma das etapas mais complicadas do processo terapêutico de dependentes químicos relaciona-se justamente ao restabelecimento da vida nos diversos eixos que a compõem (casa, trabalho, rede social, lazer, entre tantos outros), para além da conquista da abstinência da substância psicoativa.

Pensar em reinserção social é contribuir para o resgate da autoestima, retomada da realização de diferentes atividades, motivação para buscar lazer e buscar a convivência saudável no meio familiar e social, possibilitando a melhoria da qualidade de vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O II LENAD estima que haja no país 5,7% de brasileiros dependentes de álcool e/ou maconha e/ou cocaína, representando 8 milhões de pessoas e pelo menos 28 milhões de pessoas vivem no Brasil com um dependente químico. Esses dados fazem refletir sobre a dependência química (DQ) como reflexo da sociedade capitalista contemporânea.

A solução para o enfrentamento da DQ, que constitui um grave problema social e de saúde pública, não pode ser vista de forma simplista, reducionista ou somente como vontade de quem está nessa situação, como problema circunscrito ao âmbito pessoal e familiar. A complexidade envolvida no fenômeno da dependência de substâncias psicoativas deve ser de caráter multidimensional, interdisciplinar e intersetorial.

O objeto deste estudo é o processo da reinserção social do dependente de substâncias psicoativas e os fatores que atuam sobre ele para a retomada de condições ao desenvolvimento da autonomia. O problema que se apresenta são quais fatores atuam sobre o processo de reinserção social.

A pesquisa teve como objetivo geral desvelar a dinâmica do processo de reinserção social do dependente de substâncias psicoativas. Os objetivos específicos buscam levantar a história de vida dos dependentes de substâncias psicoativas; compreender como se articulam, no processo de reinserção social, as histórias de vida pessoais, o percurso na dependência química, os estilos de vida, perspectivas de futuro; analisar as facilidades e dificuldades enfrentadas.

A partir da coleta de dados, evidencia-se que o perfil dos sujeitos é constituído na sua totalidade de homens, com idade acima de trinta anos, inseridos no mercado de trabalho formal e informal.

Com relação à família, a totalidade dos entrevistados refere possuí-la, mantendo com a mesma uma relação próxima e deixando transparecer fortes laços afetivos. No que se refere ao estado civil e com quem residem: DQ1 é solteiro, tem um filho, mora sozinho; DQ2 é casado, não possui filhos e mora com a esposa; DQ3 é casado, tem filhos e mora com a esposa e duas filhas; e DQ4 é casado, tem filhos e mora com a esposa, dois filhos e três netos.

Considera-se que o momento do início do consumo de drogas pode ser apresentado por uma interação de fatores. Assim, identifica-se que houve unanimidade nas respostas de que começaram na fase da adolescência e o associaram a fatores como conflitos familiares, a curiosidade e influência de amigos.

Quanto às mudanças ocorridas após o consumo de drogas evidencia-se nas falas dos sujeitos a vivência da degradação humana que as drogas os levaram. Degradação humana que ficou impressa nos relatos que contaram histórias de perdas familiares, emocionais, materiais, perdas de si mesmos pelos caminhos da vida.

A procura por tratamento foi desencadeada por experiências críticas e pressões externas. Somente após terem experienciado diversas repercussões na vida, isto favoreceu a

busca por tratamento. A procura nem sempre se deu para o tratamento da dependência química, mas das suas consequências, sendo que alguns sujeitos tiveram que se submeter a mais de um tratamento.

No caso da dependência química a política pública primordial é a Saúde. A política brasileira deve contemplar a diversidade das pessoas que consomem drogas e criar serviços diferentes para que cada usuário possa receber o atendimento adequado.

Diante da vivência do preconceito e estigma é crucial a presença de políticas públicas de inclusão, que possam viabilizar a autonomia e a construção de novos projetos de vida. No restabelecimento dos vínculos perdidos, a discriminação social pode ser um dos fatores que dificulte a reinserção social.

Ficou evidente a importância das relações interpessoais no processo de reinserção social do dependente químico, podendo ocorrer em vários contextos, familiar, social, profissional, independente da dinâmica vai influenciar de forma significativa na vida do sujeito. A família foi apontada como elemento fundamental em todo o processo.

Quando conseguem obter êxito, muitos ainda se encontram sem perspectivas, uma vez que estão desqualificados para o mercado de trabalho e destituídos de seu papel social, o que nos remete à necessidade de políticas voltadas para a Educação que viabilizem a qualificação profissional.

Quanto aos desafios, os sujeitos manifestaram suas ânsias entre elas à manutenção da abstinência, o desejo de ajudar outros dependentes e de ser exemplo para família. Acreditam que o fato de não estarem mais consumindo drogas é considerada como uma conquista.

Para que o processo de reinserção social transcorra com sucesso é importante que os sujeitos entendam o que é dependência química. Diante das falas dos sujeitos, percebe-se que eles não compreendem a complexidade do processo, vinculando a viabilização do mesmo quase que exclusivamente ao âmbito do desejo e esforço pessoal, podendo por em risco a recuperação em virtude da condição crônica da doença.

Na reinserção social é necessário um olhar mais aprofundado nos aspectos envolvidos no processo, podendo contribuir em direção a um enfoque terapêutico, mais alinhado aos propósitos de empoderamento do sujeito, considerando que a reinserção social assume o caráter de reconstrução das perdas e a capacitação do dependente para exercer em plenitude seu direito à cidadania.

No que tange a reinserção social pode-se toma-la como um direito social, pois pode ser considerada como uma condição derivada do direito à saúde, sendo possível afirmar que não há possibilidade de reinserção social efetiva sem políticas públicas que as propiciem e garantam.

A pesquisa comprovou a hipótese, pois o processo de reinserção social é longo, contínuo, gradativo e multifacetado de intervenções de apoio ao dependente de drogas, no sentido da superação do modo de vida imposto pela dependência. O processo de reinserção social ocorre, em sua plenitude, quando o dependente químico consegue o desenvolvimento de sua autonomia em diversas áreas, tais como: familiar, interpessoal, profissional, pertencimentos variados (culturais, religiosos, políticos, etc.), e quando o dependente químico consegue entender e analisar a realidade onde se encontra, percebendo a necessidade do tratamento, passando posteriormente a abstinência, e o processo de reinserção social perpassa todo o processo.

Como proposta de continuidade desse trabalho seria interessante incluir na pesquisa um estudo mais aprofundado sobre o acesso ao tratamento.

Alessandra Diehl (2010) nos faz refletir sobre o dependente químico.

Tão diferentes.... e ao mesmo tempo com tanto em comum!

Diferentes por que? Nível socioeconômico, escolaridade, contexto familiar, tipo de substância utilizada, sintomas de abstinência, gravidade da dependência, comorbidades clínicas e psiquiátricas associadas, forma de tratamento...

Com tanto em comum... São todos dependentes de substâncias psicoativas, pessoas que além e apesar das drogas, têm famílias que adoecem juntos, projetos perdidos ou esquecidos, dor e sofrimento, com exposições diversas, vivenciam o preconceito e a complexidade de vidas devastadas pela "guerra química"....

REFERÊNCIAS

ABESS/CEDEPSS. **Proposta básica para o projeto de formação profissional.** Serviço Social & Sociedade, XVII (50): 154-5. São Paulo, Cortez, abr. 1996

ALMEIDA FILHO, N. et al. Determinantes sociais e padrão de consumo de álcool na Bahia. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.1, p. 45-54, 2004.

AZEVEDO, R. C. S. de, OLIVEIRA, K. D. Poliusuários de substâncias psicoativas. In: DIEHL, A, CORDEIRO, DC, LARANJEIRA, Ronaldo. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. São Paulo: Artmed, 2011. p.119-128.

BARBOSA. J. L. Visão histórica e contextualizada das drogas. In: MELO, M. T. de (Org.). **Saúde Mental**. São Paulo: Laborciência, 2011. p.12-15.

BARROS, D. R. et al. Representações sociais acerca do alcoolismo por parte de profissionais das áreas de humanas e saúde. In: JORNADA INTERNACIONAL E CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 4, 2005, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: Universitária/UFPB, 2005. p. 27-32.

BEATTIE, M. **Codependência nunca mais**. 10. ed. Rio de Janeiro: Nova Era, 1997.

BENETTON, M. J. Terapia ocupacional e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

BERGERET, J.; LEBLANC, J. **Toxicomanias**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1991.

BERNIK, M. A. Planificação do tratamento de alcoolistas. In: Fontes, J. R. A.; Cardo, W. N. (Ed). **Alcoolismo: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Sarvier, 1991. Cap.21.

BERTOLETE, J. M. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: Pitta, A. M. F. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 155-158.

BESSA, M. A. O adolescente usuário de crack. In: RIBEIRO, M., LARANJEIRA, R. **O Tratamento do Usuário de Crack**. Porto Alegre: Artmed, p. 619-630, 2012.

BONADIO, A. N. **Reabilitação Psicossocial de dependentes químicos**: estudo qualitativo em uma residência terapêutica. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria, 2010.

BONADIO, A. N. Reabilitação Psicossocial. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. 1ªed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 267-273.

BOUER. J. **Álcool, cigarro e drogas**. São Paulo: Panda, 2004.

BOURGUIGNON, J. A. A centralidade ocupada pelos sujeitos que participam da pesquisa do serviço social. In: **A particularidade da Pesquisa no Serviço Social**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social da PUC/SP, São Paulo, 2005.

BRASIL. **A saúde mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial Eletrônico**, Brasília (DF), p. 2, 09 abr. 2001. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acesso em: 18 ago. 2014.

BRASIL. Decreto Federal n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial Eletrônico**, Brasília (DF), p. 1, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 18 ago. 2014.

BRASIL. Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Cartilha Crack, é possível vencer.** Enfrentar o crack. Compromisso de todos. Brasília: MJ, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabeleceu CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), s.1, 27 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), n. 247, s. 1, p. 230-232, 26 dez. 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/>. Acesso em: 18 ago. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes.** Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010. p. 1-49.

BUCHELE, F.; CRUZ, D. D. de O. Aspectos socioculturais relacionados ao uso de álcool e outras drogas. In: BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas: curso de capacitação para conselheiros municipais.** Brasília, DF, 2008. p. 64-77.

BUCHELE, F.; MARQUES, A. C. P. R.; CARVALHO, D. B. B. **Importância da identificação da cultura e de hábitos relacionados ao álcool e outras drogas: atualização de conhecimentos sobre redução da demanda de drogas.** Florianópolis: Curso à Distância, 2004. v. 1.

CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006.

CANEVACCI, M. **Antropologia da comunicação visual.** Tradução de Alba Olmi. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2007.

CAVALCANTE, L. P., FALCÃO, R. S T., LIMA, H. P. et al. Rede de apoio social ao dependente químico: ecomapa como instrumental na assistência em saúde. **Rev Rene**, 13(2), 321-31, 2012.

CEBRID – CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **Informações sobre drogas.** Universidade Federal de São Paulo. 2001. Disponível em <<http://www.cebrid.epm.br>>. Acesso em 26 abr. 2014.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica.** São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisas em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 2008.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO/ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagens, diagnóstico e tratamento.** São Paulo: CREMESP/AMB, 2003.

CONTE, M. Construindo uma política voltada a abordagem do uso indevido de drogas. In: **Revista Divulgação em Saúde para Debate.** nº 23. Rio de Janeiro. 2001

COSTA, M. C. S.; ORTIZ REBOLLEDO, N.; LOPES, L. M. Consumo de drogas no Chile: pesquisa documental e bibliográfica. **SMAD. Rev. Eletrônica de Saúde Mental Álcool Drogas**, v.3, n.1, Fev. 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38646>>. Acesso em: 24 jul. 2014.

COSTA, S. F. O processo de reinserção social do dependente químico após completar o ciclo de tratamento em uma comunidade terapêutica. **Revista Serviço Social**. Londrina, n. 2, v. 3, p. 215-242, jan./jun. 2001.

DIAS, J. C.; PINTO, I, M. Substâncias psicoativas: classificações, mecanismos de ação e efeitos sobre o organismo. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 39-49.

DIEHL, A. **As diversas dimensões da dependência química**. 2010. Disponível em: <www.uniad.org.br/desenvolvimento/.../aula%20dra%20alessandra.pdf> Acesso em 23 de set. 2014.

DOMINGOS, R. M. S; MACHADO, E. M. Reflexão sobre a Prática Profissional do Serviço Social na Universidade Estadual de Maringá: **A Dependência Química como expressão da Questão Social**. Maringá, 2001. Disponível em: <<http://cacphp.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Assistencia%20Social/eixo3/90RosaMariaSoaresDomingos.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

DUARTE, P. C. A. V. **Reinserção social**: atualização de conhecimentos sobre redução da demanda de drogas. Florianópolis: SENAD, 2004.

DUARTE, P. V. Reinserção social. **Artigo avulso**. Brasília: SENAD, 8 p., 2002.

FALEIROS, V. P. **Desafios do Serviço Social na era da globalização**. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. nº 61. São Paulo: Cortez, 1999.

FALEIROS, V. P. **Estratégias em Serviço Social**. 3 ed. São Paulo: Cortez. 2001.

FALEIROS, V. P. Serviço Social: questões presentes para o futuro. IN: **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, v. 17, n. 50, p. 9-39, abr. 1996.

FERRARI, M.; KALOUSTIAN, S. M. A importância da família. In: KALOUSTIAN, Silvio Manoug (Org.). **Família brasileira, a base de tudo**. São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF, 2004.

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. Abordagem familiar em dependência química. In.: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004. p. 405-425.

FILHO, A. B. O; OLIVEIRA, G.C.S. **Conhecendo e aprendendo a dizer não as drogas psicotrópicas**. 1ªed. Pará: Breves, 2011.

FREITAS, I. **Comentários sobre os documentos relativos à Reinserção Social de toxicodependentes e Indicadores da Reinserção Social**, 2005.

FRENK, J. Dimensions of health system reform. **Health. Policy**, n. 27, p. 19-34, 1994.

GANEV, E.; LIMA, W. L. Reinserção social: processo que implica continuidade e cooperação. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. X, n. 11, Jul. 2011. p. 113-129.

GARCIA, M. R. V. O trabalho comunitário e a construção de redes de cuidado e proteção. **Prevenção dos Problemas relacionados ao uso de drogas**. Ministério da Justiça/SENAD. Brasília: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014. p. 197-207.

GIL, A.C. **Pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999, p.31.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 21ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, M.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil. Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 1991.

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA – IDT (2004). Relatório Anual 2003 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Vol. I - Informação Estatística. Lisboa. IDT.

JORGE-MONTEIRO, F.; MATIAS, J. **Atitudes face ao recovery na doença mental em utilizadores e profissionais de uma organização comunitária**: uma ajuda na planificação de intervenções efectivas? *Análise Psicológica*, 25(1), 111-125. 2007.

KARNIOL, I. G. Cannabissativa e derivados. In: SEIBEL, Sergio Dario; TOSCANO, Alfredo Junior. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. p.131-142.

KHOURY, Y. A. Narrativas orais na investigação da história social. Projeto História. São Paulo. n. 22, Junho/2001.p.79-104.

LANG, A. B. da S. G. História Oral: Procedimentos e Possibilidades. In: LANG, A. B. S. G. (Org). **Desafios da pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: CERU, 2001.

LARANJEIRA, R. (org). **Comorbidades**. São Paulo: ABEAD, 2003.

LARANJEIRA, R.; NICASTRI, S. Abuso e dependência de álcool e drogas. In. ALMEIDA, O. P.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 1996. p. 84-89.

LARANJEIRA, R.; SURJAN, J. Conceitos básicos e diagnóstico. **Jornal Brasileiro de Dependências Químicas**, v.2, p. 2-6, 2001.

LARANJEIRA, R. **Dependência Química**. Entrevista com Dr. Drauzio Varella.

Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/dependencia...>>. Acesso em 06 mai. 2014.

LAZURE, H. **Viver a relação de ajuda:** abordagem teórica e prática de critério de competência da enfermeira. Lisboa: Lusodidacta, 1994.

LEVANTAMENTO NACIONAL DE ÁLCOOL E DROGAS (II LENAD) – 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2012.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalva Maria Carvalho. **A entrevista nos processos de trabalho do assistente social.** Revista Textos & Contextos. Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 233-251. jul./dez. 2007.

LIMA, L. P.; FONSECA, V. A. S.; RIBEIRO, M. Neurobiologia da dependência de crack. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org). **O tratamento do usuário de crack.** Porto Alegre: Artmed, 2012. p.143-160.

LINO, M. V. A contemporaneidade e seu impacto nas relações familiares. **Revista IGT na Rede**, v.6, n. 10, p. 2-13, 2009.

LONGENECKER, G. **Drogas:** ações e reações. São Paulo: Market Books, 2002.

LOPES, C. **Cara a cara com as drogas.** Porto Alegre: Sulina, 1996.

LUCAS, M. **Como lidar com a decepção?** 2014. Disponível em: <<http://www.escolapsicologia.com/como-lidar-com-a-decepcao/>>. Acesso em 03 nov. 2014.

LUSSI, I. A. O; PEREIRA, M. A. O. ; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno um modelo de auto-organização? **Revista Latino Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p 448-456, jun. 2006.

MACIEL, C. Pesquisa revela que metade de dependentes químicos tem doenças psíquicas associadas. **Agência Brasil de Notícias**, 2012. Disponível em

<<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2012-08-19/pesquisa-revela-que-metade-dedependentes-quimicos-tem-doencas-psiquicas-associadas>> Acesso em 01 jun. 2014.

MANSUR, C. A. **Psiquiatria para o médico generalista**. São Paulo: Artmed, 2013. p. 129-155.

MANSUR, G. C. **Psiquiatria para o médico generalista**. Porto Alegre: Artmed, 2013

MARÇAL, E. S.. **Dependência química**. 2012. Disponível em:
<www.portaleducacao.com.br/Artigo/Imprimir/19220>. Acesso em 06 jun. 2014.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. Didática, São Paulo, v.26/27, p.149158. 1990/1991.

MARQUES, A. C. P. R., CRUZ, M. S. O adolescente e o consumo de drogas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 22 (Supl II), pg. 32-6, 2000.

MARTINELLI, M. L. (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Editora Veras, 1999.

MARTINELLI, M. L. **Pesquisa qualitativa: elementos conceituais e teóricometodológicos**. Encontro de Pesquisadores do Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional. Campos dos Goytacazes, n. 1, p. 8-15, out. 2005.

MEDINA, C. A. **Entrevista: diálogo possível**. São Paulo: Ática, 2004.

MINAYO, M. C. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 9-32.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC/Abrasco, 2000.

MINAYO, M. C. Sobre a toxicomania da sociedade. In.: BAPTISTA, M. et al. **Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 2003. v.2. p.35-45.

NAPPO, S. A; GALDURÓZ, J., M.; CARLINI, E. A. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. **Journal of Psychoactive Drugs**, San Francisco, v. 33, n. 3, p. 241-253, Jul./Sept. 1999.

NEAD – Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein. **Drogas**. Disponível em: www.einstein.br/alcooledrogas. Acesso em 20 ago. 2014.

NICASTRI, S. Drogas. **Curso de prevenção de consumo de drogas para educadores de escolas públicas**. 6ª ed. Brasília: SENAD, 2014. p. 88-89.

NICASTRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas (Ed.). **Prevenção ao uso indevido de drogas: curso de capacitação para conselheiros municipais**. Brasília, DF: Autor, 2008. p. 20-29.

NICASTRI, S.; MEYER, M. et al. **Cuidando da pessoa com problemas relacionados com álcool e outras drogas**. São Paulo: Atheneu, 2004. v.1.

NONTICURI, A. R. **As vivências de adolescentes e jovens com o crack e suas relações com as políticas sociais protetoras neste contexto**. 2010. 133f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Católica de Pelotas, RS, 2010.

NUTT, D J; KING, L A; PHILLIPS, L D. **Drugharms in the UK: a multicriteriadecisionanalysis**. Lancet, v. 376, p. 1558-65, 2010.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS – OBID. SENAD. **Informações sobre Drogas**. 2014. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo>. Acesso em 01 jun. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Transtornos devido ao uso de substâncias**. Brasília: Gráfica Brasil, 2001.

ORTH, A. P. I. S. **A dependência química e o funcionamento familiar à luz do pensamento sistêmico**. 2005. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br>>. Acesso em 22 mai. 2014.

PAYÁ, R.; FIGLIE, N. B. Abordagem familiar em dependência química. In: FIGLIE, N.B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, p. 339-358, 2010.

PEDROSA, M. I. **O papel da família na prevenção ao consumo de drogas**. 2004. 132f. Monografia (Especialização)–UNIFESP, São Paulo, SP, 2004.

PEREIRA. A **nova questão social e as estratégias para o seu enfrentamento**. 1999. p.134. – Disponível em:
<http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/235/379> Acesso em: 20 mai. 2014.

PETRY, E. M. **A Inserção das Famílias no Tratamento e Recuperação de Usuários de Drogas na Clínica a Caminho do Sol: A Ação do Assistente Social**. 2005. 155f. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina/SC, 2005.

PINA. A. P. B. de. **Os efeitos específicos das drogas**. 2000. Disponível em:
<<http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/055toxicodependencia/Dependencias/Efeitos>>. Acesso em 08 jun. 2014.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje? In: **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

PRATES, J. **Polígrafo didático de pesquisa social**. Porto Alegre: PUCRS, 2005.

PRATTA, E. M. M., SANTOS, M. A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v.25, n.2, p. 203-211, Abr-Jun. 2009.

RANGEL, E. R. O processo terapêutico na Comunidade Terapêutica. In: Serrat, S. M. (Org.). **Drogas e álcool prevenção e tratamento**. Campinas: Komedi, 2010. p.15-21.

RIBEIRO, M. **Neurobiologia da dependência química**. UNIAD. Disponível em: www.uniad.org.br/.../Ribeiro.%20%20Neurobiologia.%202007.pdf. Acesso em 06 mai. 2014.

RIBEIRO, M., **O Tratamento do Usuário de Crack** – Avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco. Terapias psicológicas, farmacoterapia e reabilitação. Ambientes de tratamento. Ed. Casa Leitura Médica, São Paulo, 2010

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org). **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

RIBEIRO, S. et al. Drogas e neurociências. **Boletim IBCCRIM**. São Paulo, p.15-17, 2012.

RIGOTTO, S. D.; GOMES, W. B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v.18, n.1, p. 95-106, 2002.

RODRIGUES, J. S. **O Serviço Social e as Políticas Públicas Brasileiras no Trato do Álcool e Outras Drogas**. Universidade Federal do Maranhão, 2007. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoF/412f790d5d5aa2a196efJanaina_dos_Santos.pdf> Acesso em 20 ago. 2014.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. F. (org.): **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 13-18.

SARLET, I. W. As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. In: SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). **Dimensões**

da Dignidade. Ensaios de Filosofia do Direito e Direito Constitucional. Porto Alegre: Livraria do Advogado, p. 15-43, 2009.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(3): 649-659, mai./jun., 2004.

SENAD. Secretaria Nacional Antidrogas. **Formação de Multiplicadores de Informações Preventivas sobre Drogas.** 2ª ed. Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

SENAD. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Atualização de conhecimentos sobre redução da demanda de drogas.** Brasília/DF, 2002.

SILVA. A. L. B. da. A Sociedade Contemporânea: a visão de Zygmunt Bauman. **Extraprensa**, v.5, n.8, p. inicial-final, jun. 2011.

SILVEIRA, D. X., SILVEIRA, E. D. Padrões de Consumo de drogas. **Curso de Prevenção dos problemas relacionados ao consumo de drogas.** 6ª ed. DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014. p. 86-103.

SILVEIRA, D. X., SILVEIRA, E. D. X. **Um guia para a família.** Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2004. Série Diálogo nº 1.

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.). **Panorama atual de drogas e dependência.** São Paulo: Atheneu, 2006.

SOUZA, A. M. N. de. **A família e seu espaço.** Rio de Janeiro: Agir, 1997.

SOUZA, C. de M. **Discriminação – o preconceito materializado.** 2014. Disponível em: <somostodosum.ig.com.br/clube/artigos.asp?id=39199>. Acesso em 12 ago. 2014.

RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.18, n. 34, p. 01-87, jul./dez.2014.
OLENSKI, Maria Clara Bombonatti; CHAVES, Eugênia Maria Sellmann; A reinserção social do dependente de substâncias psicoativas: Um debate contemporâneo.

SOUZA, J. KANTORSKI, L. P., et al. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: Novas Propostas, Novos Desafios. **Revista Enfermagem ERRJ**; Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.210-217, Abr/Jun. 2007.

SOUZA, N. **Cartografias das práticas de atenção aos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em territórios sociais de risco**. 2005. 183f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, Assis, SP, 2005.

SUDBRACK, F. **Reinserção social**. 2013. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/superacao/reinsercao-social>>. Acesso em 08 mai. 2014.

TAMELINI, M. G.; MONDONI, S. M. Dependência de Substâncias Psicoativas. In: THOMPSON, P. **A voz do passado: história oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

TOSCANO, A. J. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. p.181-190

TOSCANO, A. J. Um breve histórico sobre o consumo de drogas. In: SEIBEL, S. D.;

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

YAZBEK, M. C. Os fundamentos históricos e teóricos-metodológicos do serviço social brasileiro na contemporaneidade. In: CFESS; ABEPSS. **SERVIÇO SOCIAL: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: DF. CFESS/ABEPSS, 2004.

RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.18, n. 34, p. 01-87, jul./dez.2014.
OLENSKI, Maria Clara Bombonatti; CHAVES, Eugênia Maria Sellmann; A reinserção social do dependente de substâncias psicoativas: Um debate contemporâneo.

ZIEMER, R. **Codependência: a doença da perda da alma**. 2005. Disponível em:
<<http://www.plenitude.com.br/noticias/news/indexnoticias.php?id=92>> Acesso em 03 mai.
2014.