



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

PRISCILA FRANCIELLY S. COELHO

DEPENDÊNCIA QUÍMICA: Relato de uma intervenção na Clínica Dr. Maia.

CAMPINA GRANDE – PB

ABRIL, 2014

PRISCILA FRANCIELLY S. COELHO

DEPENDÊNCIA QUÍMICA: Relato de uma intervenção na Clínica Dr. Maia.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Ms. Lúcia Maria Patriota

CAMPINA GRANDE – PB

ABRIL, 2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

C672d Coelho, Priscila Francielly Silva

Dependência química [manuscrito] : relato de uma intervenção na Clínica Dr. Maia. / Priscila Francielly Silva Coelho. - 2014.
22 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2014.

"Orientação: Profa. Ms. Lúcia Maria Patriota, Departamento de Serviço Social".

1. Relato da Intervenção. 2. Dependência Química. 3. Grupo de Reflexão. I. Título.

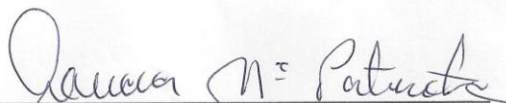
21. ed. CDD 362.29

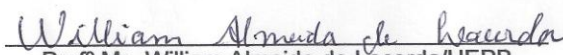
PRISCILA FRANCIELLY S. COELHO

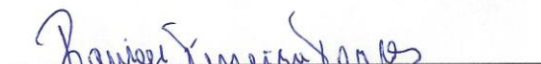
DEPENDÊNCIA QUÍMICA: RELATO DE UMA INTERVENÇÃO NA CLÍNICA
DR. MAIA.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação
em Serviço Social da Universidade
Estadual da Paraíba, em cumprimento
à exigência para obtenção do grau de
Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em 14/04 /2014.


Profª Ms. Lúcia Patriota/UEPB
Orientadora


Profª Ms. William Almeida de Lacerda/UEPB
Examinador


Profª Ms. Raniera Ferreira Torres/UEPB
Examinador

Dedico este trabalho aos meus familiares, em especial aos Meus pais Antônio Coelho e Maria José e ao meu irmão Lucas Ronan, por todo amor e dedicação durante todos os momentos de minha vida, em especial neste. A vocês meu amor e gratidão durante todos os dias da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, a ele toda honra e toda glória, por mais esta conquista em minha vida. Sem ele nada disso teria sido possível, pois devo a ele toda a inteligência e o discernimento que eu tanto precisei para alcançar este objetivo.

A minha família pelo apoio, dedicação e contribuição, em mais esta etapa concluída, em especial meus pais Antônio Coelho e Maria José, meu irmão Lucas Ronan e meus avós, que tanto me incentivaram e me apoiaram para que essa meta fosse alcançada. Meu muito obrigado!

Aos meus irmãos em essência José e Whelton Brito, por todos os momentos de alegria e companheirismo que dedicamos quase que diariamente uns aos outros, sou grata a Deus por tê-los colocado em minha vida.

A Auriane Brito, por toda sua paciência e ajuda nesse momento tão importante da minha formação.

A Lúcia Patriota, minha Orientadora, pela compreensão e pelos ensinamentos dados. Que Deus a abençoe a cada dia.

A alguns professores (as) que contribuíram para minha formação acadêmica, me incentivando a ser uma boa profissional de Serviço Social, em especial a Thereza Karla, que coordena o departamento com toda dedicação e profissionalismo.

A todos que fazem a Clínica Dr. Maia pela oportunidade do estágio em Serviço Social, onde pude colocar em prática tudo que aprendi na acadêmica, em especial as Assistentes Sociais: Rosângela Florêncio e Ieda Cunha, pela paciência e incentivo.

Aos Pacientes da Clínica Dr. Maia, onde sem eles o trabalho não seria viável, foi de suma importância a aceitação e a ajuda no trabalho diário realizado.

Agradeço aos meus amigos que estiveram ao meu lado direta e indiretamente, que com toda sua paciência e amizade me ajudaram a encontrar os caminhos, especialmente: Carlos Costa, Luiz Carlos, Laisa Feitosa, Luciene Paes, Jéfitha Kallyne, Elizabeth Apolinário, Lucécio Apolinário e Camila Costa.

A William Almeida e Raniere Torres, pela disponibilidade de estarem aqui hoje, fazendo parte desta etapa tão especial da minha vida.

Por fim agradeço a todos que contribuíram de alguma forma para que esse sonho fosse realizado, seja dando uma palavra de apoio, uma opinião ou apenas entendendo o motivo da minha ausência durante todo esse tempo.

[Não] procuro construir um paradigma do poder. Gostaria de observar a maneira como diferentes mecanismos de poder funcionam em nossa sociedade, entre nós, no interior e fora de nós. Gostaria de saber de que maneira nossos corpos, nossa conduta do dia-a-dia, nossos comportamentos sexuais, nossos desejos, nosso discurso científico e teórico se ligam a muitos sistemas de poder que são, eles próprios, ligados entre si (FOUCAULT, 2003a, p. 258-259).

LISTA DE SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
CAPs	Centro de Atenção Psicossocial
CAPs AD	Centro de Atenção Psicossocial Especializado em Álcool e Drogas
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
DPF	Departamento de Polícia Federal
FUNCAB	Fundo de Prevenção e de Combate às Drogas de Abuso
FUNCAD	Fundo Nacional Antidrogas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
NA	Narcóticos Anônimos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
PNAD	Política Nacional Antidrogas
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

RESUMO.....	1
1. INTRODUÇÃO	2
2. COMPREENDENDO O FENÔMENO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA	4
3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SUA INFLUÊNCIA NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA	11
4. O RELATO DA INTERVENÇÃO	16
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
5. REFERÊNCIAS.....	20

DEPENDÊNCIA QUÍMICA: Relato de uma intervenção na Clínica Dr. Maia.

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo compreender o fenômeno da dependência química, a partir do relato de uma intervenção realizada na Clínica Dr. Maia no Município de Campina Grande, pela equipe de estagiários do curso de Serviço Social, no período de 2010 a 2012. Tendo como objetivo específico esclarecer o que é a dependência química e quais suas repercussões na vida do dependente químico, como também os fatores que levam este indivíduo a se aproximar da droga, além das formas de tratamento. Observou-se que durante o período de estágio, devido à instituição tratar não só dependentes químicos como os mais diversos transtornos mentais, fazia-se necessário um trabalho voltado especificamente para os usuários de álcool e outras drogas, que se encontravam internos na Clínica Dr. Maia. A partir do pressuposto realizamos diversas atividades, tendo como principal um grupo de reflexão, que debatia as mais diversas temáticas, entre elas as perspectivas de vida de cada membro do grupo. A abordagem foi feita a partir da experiência diária vivenciada durante o estágio com os usuários de álcool e outras drogas.

Palavras-chave: Relato da Intervenção - Dependência Química – Grupo de reflexão.

ADDICTIONS: Report of an intervention in Clinic Dr. Maia.

ABSTRACT

This article aims to understand the phenomenon of addiction, from the report of an intervention made at the Clinic Dr. Maia in the city of Campina Grande, by the team of trainees of the course of Social Service in the period 2010-2012. Having specific objective clarify what is addiction and what their impact on the lives of chemically dependent, as well as the factors that lead this individual to approach the drug other forms of treatment. It was observed that during the probationary period , due to the institution not only treat addicts as various mental disorders, it was necessary to work specifically geared for users of alcohol and other drugs , which were built in Practice Dr. Maia. Assuming perform various activities with the main a reflection group, which elaborated on the most diverse topics, including the life expectancy of each group member. The approach was taken from the daily lived experience during the internship with users of alcohol and other drugs.

Keywords: Report of Intervention - Chemical Dependency - Reflection Group.

1. INTRODUÇÃO

A realização do Estágio Obrigatório e não Obrigatório em Serviço Social, realizados no Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande, ou Clínica Dr. Maia, no período de outubro de 2010 a outubro de 2012, nos instigou várias reflexões. Dentre elas o papel da instituição na comunidade, seguido pelo interesse na temática da dependência química, destacando o lugar ocupado pelo dependente químico na sociedade e como se dá a proteção social a este segmento, entre outras questões.

A problemática que motivou esse tema foi justamente a dependência química e suas repercussões da vida do indivíduo, não só na questão patológica, mas também de suas relações socioafetivas.

A dependência química se dá a partir do uso de substâncias que modificam o comportamento humano, sendo essa substância a droga. A dependência é um dos transtornos psiquiátricos mais frequentes da atualidade. Malbergier (2005), em estudo realizado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), mostrou que 25% a 35% dos adultos dependem da nicotina (cigarro) e que quase 20% dos entrevistados já haviam experimentado alguma droga como maconha (6,9%), os solventes (5,8%) e a cocaína (2,3%).

A dependência química é assinalada pela perda do controle do uso de substâncias psicoativas e psicotrópicas, que agem no sistema nervoso central, gerando sintomas psíquicos e estimulando o consumo frequente dessa substância.

A respeito da existência de várias explicações para as causas da dependência química, um conceito é comum: dependência é uma relação entre o indivíduo e seu modo de consumir uma substância. Sendo que esta alteração na forma de consumo pode gerar problemas para o usuário. Alguns indivíduos não apresentam problemas relacionados ao seu consumo. Enquanto outros desenvolvem problemas, podendo ser considerados dependentes. E, finalmente, entre os usuários há diferentes níveis de gravidade. Contudo é preciso entender como os sintomas observados são moldados pela personalidade dos indivíduos e pelas influências socioculturais.

A dependência química é considerada uma doença, que traz ao dependente os seguintes sintomas: Tolerância¹: que é necessidade de acréscimo da dose para se obter o mesmo efeito; Abstinência²: que causa irritabilidade, ansiedade, tremor ou insônia quando a dose é reduzida ou se dá a suspensão do uso, entre outros.

Desta forma é possível dizer que a dependência se dá quando o consumo é compulsivo, acompanhado da negação dos sintomas de abstinência, trazendo assim problemas físicos, sociais e psicológicos ao dependente químico.

As políticas públicas voltadas para este seguimento surgem após a questão da dependência química no Brasil tomar mais visibilidade, através da intervenção estatal no processo de segregação da pessoa com dependência. A dependência química já podia ser notada desde a emergência da sociedade capitalista, mas, como demanda para as políticas públicas, somente a partir do crescimento e das consequências da dependência no país.

Os quatro semestres de estágio na Clínica Dr. Maia intensificaram o interesse pelo tema e o ensejo de, através da aproximação com o dependente químico e a intervenção realizada, entender como são desenvolvidas as ações e atividades propostas, bem como o trabalho desempenhado pela equipe da Clínica para a efetividade dos direitos socioassistenciais da pessoa com dependência química, além da ocorrência da ineficiência desses serviços.

Durante as atividades de Estágio criamos um grupo com os dependentes químicos da instituição, com o qual nos encontrávamos semanalmente para discutir temas como: o porquê do uso das substâncias, quais tipos de substâncias esses dependentes faziam uso, qual a relação do usuário com a família e a comunidade após o uso. A partir daí buscávamos dar uma assistência aquele dependente químico, mostrando as formas possíveis de tratamento, onde buscá-las, a importância da persistência mesmo após uma recaída, contribuindo assim na reinserção social daquele indivíduo.

Este artigo apresenta um relato da nossa experiência de Estágio e está estruturado da seguinte forma: a primeira apresenta a compreensão do fenômeno da dependência química, onde vamos explicar além do que é este fenômeno, a

¹ Propriedade do organismo de aceitar, sem dano, certas substâncias.

² Abstinência é o ato de se privar de algo, com algum intuito, neste caso deixar de utilizar a droga.

substância que vem a causá-lo, a Droga; na segunda parte discorreremos a respeito da reforma psiquiátrica e como ela influenciou no tratamento da dependência química, além das leis criadas a partir desse momento histórico. Por fim, apresentamos o relato da intervenção, que se divide na caracterização do campo de estágio e no relato das atividades exercidas durante o próprio, onde enfatizaremos o grupo com os dependentes de álcool e outras drogas, criados pela equipe de estagiários.

2. COMPREENDENDO O FENÔMENO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A compreensão do fenômeno da dependência química remete inevitavelmente ao conceito de droga. Droga, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é qualquer substância que introduzida no organismo interfere no seu funcionamento. Jervis *apud* Fernandes (1997, p. 154), a define como “todo o conjunto de substâncias químicas introduzidas voluntariamente no organismo com o fim de modificar as condições psíquicas e que, enquanto tal, criam mais ou menos facilmente uma situação de dependência no sujeito”.

Segundo Carlini (2001), as drogas se dividem entre: as depressoras, as estimulantes e as perturbadoras. Essas drogas dão a sensação de prazer ao usuário, e este tende a repetir seu uso, sucessivamente, desta forma abusando da substância.

Geralmente, as drogas têm grande capacidade de causar dependência química ou psicológica no indivíduo e podem levar à morte em caso de consumo abusivo. O uso quase sempre começa com a curiosidade que por sua vez gera a experimentação e, por fim, a dependência. O usuário vai fazendo uso de forma cada vez mais contínua, deixando suas atividades cotidianas, mudando seus hábitos, caindo de rendimento na escola, no trabalho, mudando suas relações com a família, entre outros aspectos, e quando tenta abandonar o uso da droga encontra muitas dificuldades. Sente vários problemas físicos devido à abstinência, como os tremores, dificuldade de dormir e de concentração.

A dependência química é algo que acontece no cérebro, é ele que sente o prazer e também a necessidade da droga. Na medida em que o usuário começa a

usar a substância, ela vai modificando o cérebro, pois a dependência se dá devido a essa necessidade do uso. No primeiro dia o usuário, por exemplo, fuma um cigarro de maconha, no outro dia ele fuma dois. Depois a maconha já não traz mais tanto prazer e ele vai buscar outro tipo de droga e isso vai desenvolvendo no indivíduo uma tolerância³.

Diferencia-se o usuário ocasional do dependente químico baseando-se na intensidade do uso. O usuário faz uso da substância de forma ocasional e sem maiores consequências, já o dependente não, ele não mede esforços para conseguir a droga e essa acaba por causar consequências muitas vezes irreversíveis, a si próprio e aos que o cercam.

Não é possível preestabelecer um tempo limite, ou uma quantidade de uso para se tornar um dependente químico, tudo vai depender e variar de acordo com o organismo de cada usuário, sua relação com a droga e com o ambiente em que vive.

A dependência química deve ser entendida como uma doença que afeta o cérebro e, conseqüentemente, o comportamento humano, assemelhando-se assim aos transtornos psiquiátricos. E como tal deve ser tratada como um caso de saúde pública, além de ser um problema social que afeta grande parte da população. O usuário se torna dependente a partir do momento em que não escolhe hora nem lugar para fazer uso da substância, o que vai fazendo com que este desenvolva uma tolerância e necessite de dosagens cada vez maiores, tornando o uso cada vez mais compulsivo.

As explicações para o porquê que o usuário inicia o consumo de drogas são muitas, entre elas estão: a busca por prazer, o alívio do estresse do dia-a-dia. A dependência varia de sociedade para sociedade e de pessoa para pessoa, e deve considerar, como dito anteriormente, além do organismo de cada um, o meio em que se vive, as relações que estabelece com as pessoas que os cercam.

A dependência química encontra bastante dificuldade no que se refere ao seu tratamento devido ao fato de não ter cura, uma vez dependente químico, sempre dependente químico o que ajuda a entender a dificuldade que esse usuário

³ Tolerância é a necessidade cada vez maior de utilizar substâncias psicoativas para ter o mesmo efeito conseguido com dosagens menores.

tem de enfrentar na volta à sociedade, mesmo após um tratamento, o que explica as recaídas constantes na maioria dos casos.

Faz-se importante desmistificar a doença mental, compreendendo-a como uma doença do cérebro. Fazê-lo é como tratar o diabetes como uma doença no pâncreas e a hepatite como uma doença no fígado.

Relaciona-se a dependência química com outros transtornos psíquicos⁴ como, por exemplo, a depressão, em um estudo realizado por Osvaldo Luiz Saide⁵, ele analisou que tanto a depressão leva ao uso de drogas, quanto o uso de drogas levam à depressão. Isso não ocorre obrigatoriamente, porém estão na maioria das vezes interligados, é uma associação frequente. “[...] estudos com drogas injetáveis demonstram que mais de 90% da amostra de pacientes tinha uma patologia mental prévia ao uso” (SAIDE, 2011, p. 6).

Desta forma, muitos já apresentam o transtorno mental antes mesmo do uso, a droga vem como uma forma de evidenciar essa patologia⁶. Por isso a importância no tratamento psiquiátrico, pois só um profissional pode dar o diagnóstico. “Um fator complicador é que usuários crônicos de álcool/drogas, algumas vezes, com seus excessos “mascaram” sua verdadeira patologia” (SAIDE, 2011, p. 10).

Muitas vezes fazer apenas o tratamento da dependência química não é eficaz, sendo necessário também o tratamento do outro transtorno mental para que se alcance o sucesso.

O fenômeno do uso de drogas não é algo recente no mundo, existem estudos que comprovam o cultivo e o uso de drogas já em culturas milenares, que usavam drogas como medicamentos contra males, como dor de dente, dores de cabeça, entre outros motivos. Assim como também eram usadas em homenagens a deuses, em rituais sagrados. Os problemas causados pelo uso indevido das drogas começaram a chamar atenção a partir do século XX, devido à ocorrência de epidemias de abuso e dependência química.

⁴ Transtornos Psíquicos são as condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas a angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global.(OMS)

⁵ Livre-Docente e Professor Adjunto de Psiquiatria; Coordenador do PROEXA – Programa de Extensão em Alcoologia (UERJ).

⁶ É o estudo das enfermidades em seus mais amplos e variados sentidos, como estado anormal de causa conhecida ou desconhecida.

No Brasil estudos comprovam que a cocaína e outras drogas surgiram desde o início do século XX.

Em 1910 um inofensivo anúncio era publicado na Gazeta médica, de São Paulo, alardeando as virtudes das pastilhas de cocaína Midy no combate a “laringites, anginas, tosses violentas e nervosas”. Esse reclame foi um dos achados de um fulgurante estudo sobre a trajetória da cocaína e outras drogas no Brasil publicado em 1996 pelo médico Elisaldo Carlini, professor titular do Departamento de Psicobiologia da Unifesp, e colegas seus também pesquisadores do Cebrid (MAGALHÃES, 2000, p. 83).

Assim, fica claro como com o decorrer dos anos o uso de drogas foi mudando de forma, o que antes tinha um caráter medicamentoso, hoje faz parte de um grande comércio clandestino, comércio este que alimenta o tráfico de drogas no país.

A partir desses fatos o Brasil começou a desenvolver ações de combate e punição para reprimir o tráfico. Dentre essas ações estão a criação do Fundo de Prevenção e de Combate às Drogas de Abuso (FUNCAB), através da Lei nº 7.560, de novembro de 1986; a criação da Secretaria Nacional de Entorpecentes, através da Lei 8.764, de 20 de dezembro de 1993. Vale observar que em agosto de 2001, através da medida provisória nº 2.216-37, que além de tratar da organização da Presidência da República e dos Ministérios, alterou a denominação da FUNCAB para Fundo Nacional Antidrogas (FUNCAD).

A relação do uso de drogas com o crescimento da violência é fato, Como aponta o II Levantamento Nacional de Álcool e drogas (LENAD):

Quase dois terços dos homens jovens bebedores problemáticos já se envolveram em uma briga com agressão física no último ano. Este índice sobe para 57% entre os que também usam cocaína (II LENAD, 2012, p. 12).

Muitos usuários não percebem quando o uso passa a ser um risco, além da dificuldade de se assumir enquanto dependente químico, a sociedade também não está preparada para receber o dependente.

A própria noção de desviante vem carregada de conotações problemáticas que é necessário utilizá-la com muito cuidado. A ideia de desvio, de um modo ou de outro, implica a existência de um comportamento “médio” ou “ideal”, que expressaria uma harmonia com as exigências do funcionamento do sistema social (VELHO, 2003, p. 17).

Consideramos o primeiro passo para o tratamento do dependente químico a aceitação, a partir do momento em que há o reconhecimento enquanto dependente. Embora em muitos casos os usuários não se percebem dependentes, a maioria acha que a interrupção do uso pode ser feita a qualquer momento. A dependência só é percebida quando o uso começa a atrapalhar suas atividades cotidianas e as relações com a família e com os amigos. Infelizmente em alguns casos, quando o indivíduo percebe o uso já prejudicou bastante seu organismo e até colocou sua vida em risco, tendo a vida devastada, o usuário se sente sem perspectiva de vida.

A dependência acaba por modificar a vida cotidiana do usuário e de todos que estão a sua volta, a família é a mais afetada. Nem sempre esta está pronta para lidar com essa situação, mas na maioria dos casos a família é a última que o abandona, são os familiares que procuram por ajuda e a importância da família é fundamental durante o tratamento.

Como coloca Dias (2012), muitas vezes o dependente químico se coloca como vítima, e chega até a ver na conduta da sociedade em geral, uma forma de motivar o uso. Tudo isso faz parte das estratégias de fuga e negação da responsabilidade pelos seus atos. Desta forma concordamos com Laranjeira, quando ele coloca que

[...] o uso de substâncias começa com um ato voluntário e a pessoa tem grande responsabilidade pelo seu comportamento e também pela sua recuperação. Portanto, ter uma doença cerebral com essas características não exime de responsabilidade o dependente (LARANJEIRA, 2010, p.8).

A sociedade vem criando diversos tipos de tratamentos para a dependência química, porém em sua maioria particular, os convênios com o Sistema Único de Saúde ⁷(SUS) são poucos, o que limita a oferta de vagas, dificultando o tratamento. Como expõe Laranjeira:

Na área de tratamento, as pesquisas já avançaram muito nos últimos anos e temos condições de fornecer um sistema efetivo e eficaz para a doença chamada dependência química, no entanto, o acesso a um tratamento de qualidade para a maioria da população é um sonho distante. (LARANJEIRA, 2010, p.5)

⁷ O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado no Brasil em 1988 e tornou o acesso à saúde direito de todo cidadão (Brasil, 2009)

Em sua análise Laranjeira (2010) deixa claro que apesar de a ciência ter avançado bastante nas pesquisas a respeito do tratamento, o acesso a eles ainda não está disponível para a maioria da população, na maioria das vezes devido ao alto custo ou a quantidade limitada de vagas.

Existem várias formas de tratamento oferecidas pelo serviço público, Organizações não governamentais (ONGs), Grupos de Ajuda, entre essas estão: a internação, atendimento ambulatorial e grupos de ajuda mútua.

A internação se dá em dois tipos de locais: os Hospitais ou as Comunidades terapêuticas. Nela o paciente fica isolado do mundo exterior, passa por um tratamento medicamentoso e/ou psicoterápico. Essas instituições são hospitais especializados, hospitais gerais ou comunidades terapêuticas. Corroboramos com Franco Júnior, quando ele diz que

[...] muitas vezes, o tratamento somático e psicossocial bem ajustado, no plano doméstico em ambulatorial, é capaz de inibir o uso de drogas, manejar a fissura, orientar sobre as possíveis recaídas e recuperar pessoas, mas que a internação é, quase sempre, evocada pela família como a primeira e única forma de saída para a crise gerada pelo comportamento desregrado de um de seus membros. (FRANCO JUNIOR, 2010, p.1)

Alguns profissionais vêm a internação como uma medida extrema, que só deve ser usada em casos especiais, onde o nível de dependência encontra-se mais elevado. Como é o caso em que a justiça determina a internação compulsória.

A chamada internação compulsória tem por objetivo intervir na crise em busca do controle, para que haja a estabilização do usuário, garantindo assim a sua segurança e da sociedade.

Como coloca Maciel a internação compulsória apresenta dois lados:

No entanto existem dois lados a observar neste tipo de tratamento, pois a internação involuntária deve seguir alguns critérios e após anos de Reforma Psiquiátrica escutar novamente algo que possa indicar um retrocesso ao tratamento em saúde mental é dificultoso, alguns profissionais como os conselhos regionais de psicologia são contra a esta ação, onde acredita ser uma forma de retirada apenas das ruas, uma verdadeira higienização mental, para apresentar o país bonito. (MACIEL, 2013, p.8)

No caso das comunidades terapêuticas uma das características marcantes é o cunho religioso que leva muitas vezes a conversão do dependente. Aqueles

dependentes químicos que não tem recursos para pagar o tratamento em comunidades ou hospitais têm que recorrer às pouquíssimas vagas sociais ou vagas conveniadas, permanecendo muitas vezes em uma fila de espera.

Outra forma de tratamento é o tratamento ambulatorial. Neste caso, alguns são vinculados a hospitais públicos. O carro chefe de atendimento ambulatorial são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS⁸). A maioria dos CAPS não tem como especificidade o tratamento de dependentes químicos, nesse caso a responsabilidade fica para o CAPS AD, porém são poucos os municípios que dispõem desse serviço, como será abordado posteriormente. A vantagem do tratamento ambulatorial é que o dependente não precisa deixar o seu convívio social, este pode permanecer trabalhando, em contato com a família, ou seja, não tira a pessoa do ambiente em que vive. Neste tipo de serviço o usuário é acompanhado por uma equipe multidisciplinar e recebe tratamento medicamentoso, para evitar recaídas, além de acompanhamento social e psicológico.

Existem também os Grupos de Auto Ajuda que geralmente são organizados por ex-dependentes e trabalham com troca de experiências e aconselhamento. Alguns grupos são bem conhecidos e renomados como são os casos dos Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA), por exemplo. Esses grupos colecionam grandes histórias de sucesso.

No ano de 2003, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), o Departamento de Polícia Federal (DPF) e outros agentes do SISNAD⁹, elaboraram a Política Nacional Antidrogas (PNAD), no intuito de redução das demandas e da oferta de drogas, que materializada pelo SENAD e acatada pelo Conselho Nacional Antidrogas (CNAD), estabelece que o Estado deve estimular, garantir e promover ações, deve assumir com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a

⁸ Os CAPS são políticas de atendimento do Ministério da Saúde decorrente da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica brasileira. São regulamentados pela Portaria 336/GM e são unidades integrantes do SUS. Estão dispostos nos municípios de acordo com a faixa populacional assim distribuídas: CAPS I – para municípios com populações entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II – para populações de 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III – acima de 200.000 habitantes (este é o único que funciona 24 horas, incluindo feriados e finais de semana); CAPSi – atende a crianças e adolescentes (até 17 anos de idade); e CAPS AD – atende a usuários de álcool e outras drogas cujo uso é secundário ao transtorno mental clínico.

⁹ Institui o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico de drogas; define crimes e dá outras providências. (Lei Nº 11.343 de 23 de agosto de 2006)

reinserção social, apoiada técnica e financeiramente, de forma descentralizada¹⁰, pelos órgãos governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal, pelas organizações não governamentais e entidades privadas.

Uma das estratégias do governo é a redução de danos, que se trata de um tratamento que visa à redução dos efeitos causados tanto no indivíduo quanto na sociedade que o cerca, desta forma o foco não é o não uso da substância, mas sim a autonomia do usuário, o respeito à liberdade individual. A política de redução de danos encontra-se amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal¹¹, como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção à saúde e dos direitos humanos.

3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SUA INFLUÊNCIA NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Antes de darmos início as discussões sobre a Reforma Psiquiátrica e o que ela traz de novo na abordagem da dependência química, consideramos importante fazer um breve histórico acerca do tratamento psiquiátrico no Brasil.

Somente a partir do século XIX, se começou a se construir no Brasil um lugar para a loucura. Corroboramos com Amarante quando ele explica que:

A história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização social. A ordem psiquiátrica, como veremos, é oferecida como paradigma de uma organização modelar às instituições de uma sociedade que se organiza. Mesmo tratando, ou procurando tratar, pela via médica, o que lhe é alheio ou o que não lhe é exclusivo, como desejam alguns. Mesmo procurando disciplinar o que foi demonstrado, historicamente, não ser uma questão de disciplina (AMARANTE, 1994, p. 73).

Então de acordo com Amarante, a psiquiatria brasileira, predominantemente tratou o doente mental como alguém que deve ser excluído do convívio social, vivendo em forma de asilamento até o fim dos seus dias, sem nenhuma perspectiva de convívio social.

¹⁰Descentralizada de acordo com o dicionário é autônoma administrativamente.

¹¹ Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Constituição Federal de 88)

O marco da chegada da psiquiatria no Brasil, segundo a literatura, deu-se em 1852, com a chegada da Família Real ao país, onde foi criado o primeiro hospício¹², o Hospício de Pedro II, “como forma de asilamento não só para loucos e doentes, mas também para mendigos, aleijados, negros (escravos ou não), criminosos, que infestavam as ruas tornando-as inseguras, pelas atitudes incertas que tais cidadãos poderiam tomar.” (MOURA; LUZIO, 2011, p. 5)

De acordo com Luz, os hospícios reuniam todos os “desafortunados sobre os quais o Estado, através de ciência, lança seu olhar compadecido” (LUZ, 1994, p. 92).

Desta forma fica evidente que os hospícios eram um local de depósitos dos que fugiam dos padrões ditos “normais” pela sociedade. Luz (1994) evidencia ainda que, apesar de todas as mudanças exigidas pelo aparelho do Estado, ainda era complicado tratar o louco, o que se tratava era a loucura, e ao se preocupar apenas com ela, não se levava em conta os fatores sociais que muitas vezes ocasionavam essa loucura.

É importante ainda deixar claro que quem elabora, emite e tem o dever de colocar em prática as políticas de saúde no Brasil é o Estado, porém o mesmo só vem a tratar a loucura especificamente como seu dever, a partir da chegada da Família Real, que foi quando surgiram as primeiras preocupações com a Saúde Pública, devido às epidemias e os danos causados pela loucura, tanto ao usuário quanto a sociedade. Ambas têm um fator que se igualam, elas não escolhem classe social, atingem tanto as classes baixas como as classes altas.

Devido às epidemias e a loucura em crescimento no país, ações estatais foram intensificadas. Em 1923, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM)¹³, “foi reconhecida como órgão de utilidade pública” (MOURA; LUZIO, 2011, p. 6) e tornou-se uma difusora da defesa da ordem e do progresso nacional, por uma população com saúde mental e higiene moral, como nos fornece a literatura.

¹² De acordo com a psicologia é o local para tratamento e hospedagem de pessoas com transtornos mentais; manicômio.

¹³ Associação constituída por profissionais liberais, geralmente médicos, que possuíam representatividade e engajamento político governamental e desenvolviam intervenções no nível da Higiene Mental voltado para a população brasileira, por meio de subsídios governamentais ou dos próprios associados. (MOURA e LUZIO 2011, p. 6)

Mais adiante na década de 1960, em plena ditadura militar,¹⁴ expandiu-se e modificou-se a assistência destinada ao doente mental, para que abarcasse também o trabalhador e sua família. Desta forma, a partir daí, cria-se uma vasta rede de hospitais particulares e conveniados com o Estado, substituindo assim os hospitais públicos que se encontravam em situações precárias.

Porém, a partir de 1970, a indústria da loucura, assim denominada por Resende (1990) devido ao fato de ser altamente rentável para as empresas privadas, passou a ser alvo de diversas denúncias, o que desacelerou a implantação de mais hospitais psiquiátricos no país. Devido a essas denúncias o Estado se viu obrigado a dar uma resposta para a população. Para Figueiredo (1988, p. 157), em São Paulo, durante o período de 1977 a 1979:

[...] ocorreram três momentos historicamente muito importantes para o início de articulações. O primeiro foi o episódio do Hospital Congonhas (SP), que evoluiu de 1977 a 1979 e que mobilizou todas as forças destes grupos alternativos em termos de solidariedade e apoio. O segundo foi a realização do Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em 1979, na cidade de São Paulo e promovido pelo CEBES. Na ocasião, as pautas estavam relacionadas às condições de trabalho em Saúde Mental, às condições de assistência e à Política Nacional de Saúde. [...] O Terceiro, em junho de 1979, foi a vinda de Franco Basaglia ao Brasil, organizada pelo Instituto de Psiquiatria Social (IPSO), Sociedade de Psicodrama de São Paulo e Associação Mineira de Psiquiatria. (FIGUEIREDO, 1988, p. 157)

A partir daí foram tomadas medidas frente a defesa dos Direitos Humanos e relacionadas à Psiquiatria no Brasil. Franco Basaglia¹⁵, defendia que o doente mental deveria ter um convívio com a família, o que não acontecia nesse modelo manicomial, pois era tirada do usuário toda a autonomia, dessa forma Basaglia influenciou na ideia de reinserção social do doente mental.

No ano de 1987, foi realizada a I Conferencia Nacional de Saúde Mental (I CNSM), para definir as diretrizes a serem tomadas pela política de saúde mental no

¹⁴ O golpe de estado de 1964, qualificado por seus apoiadores como uma revolução, instituiu um regime militar que durou até 1985. Os militares e os governadores que o apoiaram afirmavam que era necessário derrubar João Goulart, que eclodiu cinco anos após o alinhamento cubano à União Soviética, sob alegação de que havia no Brasil uma ameaça comunista. Alguns apoiadores ainda dizem que o acontecido, no caso, teria sido uma contrarrevolução, o que é fortemente contestada pela historiografia marxista. (WIKIPEDIA, 2014)

¹⁵ Médico Italiano

país, concretizando assim o Movimento de Luta Antimanicomial, que teve como lema Por uma Sociedade sem Manicômios.

Em 1989, após a Criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Deputado Paulo Delgado (PT/MG) deu entrada no Congresso Nacional com o Projeto de Lei que tinha por objetivo a regulamentação dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no Brasil, porém essa lei só foi aprovada em 2001, a Lei 10.216/2001, a chamada Lei Paulo Delgado. Com esta Lei, a Luta antimanicomial ganhou muito no que se refere aos direitos da pessoa portadora de transtornos mentais, porém não ficou claramente estabelecida a extinção de instituições asilares, mas é inegável que:

A Luta Antimanicomial possibilitou o desenvolvimento de pontos extremamente importantes para a desinstitucionalização da loucura. Podemos destacar aqui o surgimento de relevantes serviços de atendimentos Extra-Hospitalares oriundos da Reforma Psiquiátrica: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); Centro de Atendimento Psicossocial (CAPs I, CAPs II, CAPs III, CAPsi, CAPsad); Centro de atenção Diária (CADs); Hospitais Dias (HDs); Centro de Convivência e Cultura.” (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010, p. 6)

É importante pontuarmos que a partir do conceito de que a dependência química é um transtorno mental, a história dessa se integra na história da saúde mental. Dessa forma iremos abordar os ganhos para o dependente químico a partir da reforma psiquiátrica.

Um dos maiores ganhos segundo o que foi sinalizado anteriormente foi a redução dos hospitais psiquiátricos e a criação de tratamentos ambulatoriais, e quando se fala em tratamento ambulatorial, o carro chefe são os CAPs. Aqui vamos nos deter apenas nos CAPs AD, que como sinalizamos anteriormente é o CAPs especializado em tratamento do dependente de Álcool e Drogas. De acordo com o relatório do Tribunal de Contas da União (TCU)¹⁶, em 2010, haviam 258 Caps AD em todo o Brasil.

¹⁶ É a instituição brasileira prevista na Constituição Federal para exercer a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e administração indireta, quanto à legalidade, à legitimidade e à economicidade e a fiscalização da aplicação das subvenções e da renúncia de receitas.

Ainda segundo o (IBGE), em 2010, dos municípios com mais de 100 mil habitantes, 138 não contavam com o Caps AD, ou seja o que equivale a 48% do total necessário.

De acordo com o relatório do TCU a explicação para o número inferior de CAPS AD ao necessário está no número de médicos não suficientes, a uma grande troca de profissionais e a infraestrutura das unidades Caps ainda não atingiu o esperado. O relatório do TCU também diagnosticou a necessidade de investimentos em capacitação dos profissionais.

Segundo Costa (2012), o numero de mortos que a dependência produz supera os números de qualquer conflito bélico da história, ela ainda diz que essa prática não causa males só ao dependente, mas faz vítimas inocentes.

Segundo a literatura, antes as políticas voltadas para os usuários e dependentes de drogas, não diferenciavam o usuário do traficante, o que mudou, devido às ações de prevenção, atenção e reinserção social.

Em 1998, a criação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), que abarcou o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) foi considerado um marco nesse processo.

E em Janeiro de 2002, foi aprovada a Lei nº 10.409, que dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícito de substâncias ou drogas ilícitas que causam dependência tanto física quanto psicológica.

Em 2010 o então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, institui o “Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas.” (Art. 1º, Decreto Nº 7.179, de 20 de maio de 2010). O plano tem como fundamento a integração e a articulação entre políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, de acordo com o que ficou acertado na PNAD. Os principais objetivos do Plano são: estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde com as ações do SUAS (Sistema Único de Assistência Social).

A partir do que foi discutido podemos dizer que uma das maiores conquistas para os dependentes químicos foi a questão do tratamento, a criação de centros especializados de atendimento como os hospitais gerais e as comunidades terapêuticas e mais tarde dos CAPs, que se expandiram a partir da Lei 10.216.

4. O RELATO DA INTERVENÇÃO

Antes de pontuarmos as atividades realizadas durante o período de Estágio em Serviço Social na Clínica Dr^o Maia, desenvolvido entre os meses de outubro de 2010 à outubro 2012, apresentamos breves considerações sobre o campo de estágio.

A Clínica Dr. Maia, fica localizada na Rua Getúlio Vargas, nº 474, no centro do município de Campina Grande, Estado da Paraíba. Fundada no dia 23 de setembro do ano de 1966, pelo médico psiquiatra Raimundo Maia de Oliveira, o Dr. Maia. Por ter sido um profissional que estava com o pensamento muito a frente de seu tempo, juntamente com sua esposa, a Senhora Nelly Medeiros de Oliveira, conseguiu destaque para sua clínica por prestar um trabalho de qualidade e com ênfase na humanização, que foi o maior diferencial na assistência prestada aos usuários de saúde mental daquela época, ou seja, do período de 1960.

A Clínica configura-se em uma instituição privada de renome e referência no tratamento de portadores de transtornos mentais, entre eles os dependentes de álcool e outras drogas, possui convênio com o SUS e recebe usuários tanto de Campina Grande, quanto dos municípios e até dos estados vizinhos.

As atividades desenvolvidas no Estágio Obrigatório do Curso de Graduação em Serviço Social nos possibilitaram o acompanhamento na Clínica Dr. Maia a um grupo de pacientes envolvidos com a difícil situação de serem usuários de álcool e outras drogas em recuperação e seus familiares. Para evidenciar o quanto a dependência atua no psiquismo do usuário, de como altera sua vida familiar e de como afeta seu comportamento social e expectativa de vida futura, pontuamos elementos da experiência de observação e acompanhamento das pessoas frequentadoras do grupo.

No início das atividades de Estágio houve a apresentação a equipe do serviço e ao grupo de usuários dependentes químicos. A Clínica conta com uma equipe de profissionais diversificados, que atuam conjuntamente, dentre eles médicos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas e assistentes sociais, no número de duas, que lidam com as diferentes demandas diárias da instituição.

Além dos profissionais que trabalham na instituição, há também uma equipe de estagiários, formada por estudantes universitários dos cursos de Enfermagem, Educação Física, Psicologia e Serviço Social, que atuam, em processo de aprendizagem, junto aos profissionais da Clínica e no oferecimento de atividades terapêuticas, que promovem interação social, lazer, educação e estímulo à autoestima.

Os profissionais de Serviço Social têm por principal responsabilidade na prática interventiva cotidiana à relação entre usuário e sociedade, pois conforme sinalizamos no ponto anterior o principal objetivo do tratamento, após a reforma psiquiátrica, é a reinserção do indivíduo ao convívio social, desta forma a prática do serviço social, esta atrelada a defesa de direitos, voltada a atender as necessidades psicossociais das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Desta forma, o trabalho do assistente social está centrado não só na viabilização dos direitos ao indivíduo, mas é permeado pela compreensão do indivíduo como um todo, não de forma separada, se fazendo necessário deste modo o estudo das relações que o cerca, cabendo a ele participar da formulação da política social da instituição, contribuindo para a humanização hospitalar, melhorando assim os serviços prestados ao usuário.

Dentro desta perspectiva, propomos aos usuários dependentes químicos da instituição, a formação de um Grupo de Reflexão no qual eles pudessem ter a liberdade de discutir tanto sobre as suas vidas, como sobre o que o levou a entrar no mundo das drogas e as perspectivas de vida destes usuários.

O trabalho do Grupo visava a discussão de temas como: o que o levou a iniciar o uso das drogas, como chegou até o tratamento, como continuar o tratamento após a internação, entre outras discussões.

As atividades do Grupo aconteciam todas as terças-feiras, iniciando sempre às 15 horas e finalizando às 16 horas. Nos primeiros encontros propomos que eles

se apresentassem para que houvesse uma maior interação entre os membros e a equipe de estagiários. Nos demais encontros fizemos a entrevista social de forma individual, para traçar o perfil social de cada usuário e a partir daí viabilizar direitos.

A cada encontro surgiam novos membros, devido à rotatividade da clínica, onde a internação de um dependente químico se dá apenas para que haja a estabilização, ou seja, que esse usuário saia da crise psicótica causada pelo uso abusivo de drogas e muitas vezes pela abstinência forçada, dessa forma eles passam um curto período na instituição, no máximo dois meses.

Além do grupo de reflexão, realizamos outras atividades requeridas pela instituição, dentre elas estão:

- Construção do histórico psicossocial dos usuários, constituído por um questionário social através do qual buscávamos o histórico do paciente e elementos do seu meio social. Através desse instrumento podíamos observar se o paciente era aposentado ou recebia Benefício de Prestação Continuada (BPC).¹⁷
- Visita domiciliar, realizadas apenas uma vez quando a equipe se deslocou a residência de um usuário, a fim de verificar a situação sócio-econômica do mesmo e de sua família.
- Reunião familiar, realizada com a família dos pacientes, quinzenalmente, para orientá-los a respeito do tratamento e do pós-tratamento, além de informá-los da situação do usuário.
- Auxílio à visita as alas, efetivado diariamente, momento este que nos permitia observar se os usuários estavam recebendo assistência de suas famílias, e também observar em qual situação encontravam-se esses familiares. Nos casos em que se identificavam problemas no que se refere à assistência ao usuário por seus familiares estes eram notificados.
- Atividades Multidisciplinares: eram atividades que reuniam os estagiários e profissionais de todos os cursos e profissões como psicologia, serviço social enfermagem educação física, entre outros. Fazendo com que

¹⁷ O Benefício de Prestação continuada da Assistência Social - BPC foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei nº 8.742, de 7/12/1993; pelas Leis nº 12.435, de 06/07/2011 e nº 12.470, de 31/08/2011, que alteram dispositivos da LOAS e pelos Decretos nº 6.214, de 26 de setembro de 2007 e nº 6.564, de 12 de setembro de 2008.

esses interagissem tanto entre eles, quanto entre os usuários. Essas atividades eram: forró coletivo, cerimônia religiosa, karaokê, salão de jogos (sinuca, baralho, damas, entre outras), salão de beleza, bingo, cinema, visita as enfermarias, oficinas de pintura e arte, decoração dos postos para confraternizações de natal e carnaval, visitas a sala de contenção, oficinas com mosaico e a comemoração de datas festivas como páscoa e São João.

- Dinâmicas, tinham por objetivo maior da voz aos usuários, para que eles se sentissem mais à vontade com as pessoas e o ambiente, para falar sobre os problemas que enfrentam. Possibilitando assim aos pacientes uma melhor qualidade de vida e o inserindo em um cotidiano lúdico e participativo. Visando também estimular o desenvolvimento de um trabalho diário com as equipes de estagiários e de profissionais, para assim contribuir com um melhor desempenho para o usuário e melhor qualidade de vida tanto no seu internamento, quanto também na sua vida social pós-internação. As dinâmicas também fortalecem a autocrítica, tantas vezes nula e tão necessária quando se trabalha com um grupo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dependência química é uma patologia que acomete e arruína o usuário de forma evolutiva e em múltiplos aspectos. O dependente químico inicia o uso das drogas psicoativas em busca de sensações que lhe tragam prazer ou ainda fuga da realidade. Com o evoluir do uso, este se torna cada vez mais indispensável chegando ao ponto de se tornar o objetivo de sua existência.

Com a reforma psiquiátrica foi dada uma visibilidade maior ao dependente químico, assim como as políticas voltadas para estes. Como também houve mudanças na Constituição Brasileira (1988), embora sua aplicação, de fato esteja se dando sob processo lento.

Não podemos deixar de destacar aqui o surgimento de relevantes serviços de atendimentos Extra-Hospitalares oriundos da Reforma Psiquiátrica: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); Centro de Atendimento Psicossocial (CAPs); Centro

de Atenção Diária (CADs); Hospitais Dias (HDs); Centro de Convivência e Cultura. Sendo os CAPs o carro chefe no que se refere a tratamento ambulatorial.

Porém, neste artigo demos ênfase à intervenção na Clínica Dr. Maia onde foi possível perceber além dos danos físicos e psicológicos causados ao usuário, o quanto a dependência afeta também as relações sociais e afetivas destes.

A partir dessa intervenção que despertou o nosso interesse no tema da dependência química, realizamos um trabalho voltado a estes dependentes, como forma de amenizar os danos causados pelo uso abusivo de drogas, tanto nas relações sociais como nas afetivas dos usuários.

Desta forma, realizAMOS um trabalho voltado para a estabilização, através de um grupo de reflexão, para que este dependente químico voltasse à sociedade, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida, deste e de seus familiares.

Através desse grupo e das atividades desenvolvidas foi possível perceber que estes usuários encontram-se fragilizados pela dependência. O tratamento na instituição busca desta forma um resgate do usuário, de forma que este venha a enfrentar as perdas ocasionadas da dependência química.

Com essas reuniões do grupo, podemos perceber o quão difícil é para os dependentes químicos manter as relações sociais e afetivas. De forma que muitas vezes sem apoio algum, estes se vêm sem perspectiva, perdem os vínculos com a sociedade e se colocam a margem dela. Intervirmos junto a eles colocando as possibilidades de tratamento e recuperação, só que este só é possível quando o usuário realmente quer se livrar do vício das drogas.

Por fim, mostramos a esses dependentes químicos que a busca pelo tratamento sempre é a melhor alternativa, mesmo que hajam recaídas, acreditamos que vale a pena investir sempre no tratamento e acreditar na possibilidade deste viver sem precisar mais fazer uso das drogas.

5. REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C. Asilos, alienados e alienistas. Em: AMARANTE, P. D. C. (org) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ªed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL. **Decreto nº 7.179**, de 20 de maio de 2010. Brasília: Senado Federal, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm> Acesso em: 21 mar. 2014.

_____. Tribunal de Contas da União. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Relatório de Auditoria Operacional no sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas – SISNAD.** Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude/Relat%C3%B3rio%20-%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20Antidrogas_Parte%20II.pdf> Acesso em: 23 mar. 2014.

_____. **Lei nº 7.560**, de 19 de dezembro de 1986. Brasília: Senado Federal, 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7560.htm> Acesso em: 20 jan. 2014.

_____. **Lei nº 8.764**, de 21 de dezembro de 1993. Brasília: Senado Federal, 1993. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/DetalhaDocumento.action?id=138679>> Acesso em: 20 jan. 2014.

_____. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Brasília: Senado Federal, 2001. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 20 jan. 2014.

_____. **Lei nº 10.409** de 11 de janeiro de 2002. Brasília: Senado Federal, 2002. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10409.htm> Acesso: 20 jan. 2014.

_____. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Brasília: Senado Federal, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm> Acesso em: 20 jan. 2014.

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

CARLINI, E. A. Drogas Psicotrópicas – O que são e como agem. In: **Revista IMESC** nº 3, 2001. P. 9-35.

COSTA, A. Albino. **Combate às drogas: Internação compulsória.** Rio de Janeiro. 2012. Disponível em: <www.emerj.tjrj.jus.br/paginas_conclusão/1semestre2012/trabalhos_12012/alicealbinocosta.pdf> Acesso em: 22 mar. 2014.

DIAS, Salete. L. Marques. Do prazer a dor: a trajetória de buscas e perdas no universo da dependência química. In: MELO, M. T. de; SPANHOL, F. J; ARGENDA,

M. I. (orgs). **O Complexo universo da dependência química**. Palma: Ed. Unitins, 2012. p. 19 – 26.

FERNANDES, L. **Actores e territórios psicotrópicos**: etnografia das drogas numa periferia urbana. Porto: FPCEUP. 1997.

FIGUEIREDO, G. **O princípio e os insanos**. São Paulo: Cortez, 1988.

FRANCO JÚNIOR, Raul de Mello. **Internação Compulsória para tratamento de alcoólatras e dependentes químicos**. 2010. Disponível em: www.adroga.casadia.org. Acesso em: 23 jan. 2014.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Houaiss da língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

LARANJEIRA, Ronaldo. **Legalização de drogas e saúde pública**. 2010, disponível em: <www.uniad.org.br> . Acesso em 15 mar. 2014.

LUZ, M. T. A. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental. Em: AMARANTE, P.D.C. (org) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 1994.

MACIEL, Amanda Luiz. **Aspectos Gerais sobre internação compulsória em saúde mental nos últimos 10 anos**: revisão bibliográfica. Monografia de Graduação. Criciúma: UNESC, 2013.

MAGALHÃES, Mario. **O narcotráfico**. São Paulo: publifolha, 2000. – (folha explica)

MALBERGIER, André. Dependência Química. **Neurociências**. Vol. 1.1, 2005. Disponível em: <<http://www.neurociencias.org.br/Display.php?Area=Textos&Texto=Dependenci aQuimica>>. Acesso em: 01 de Abr. de 2014.

MESQUITA, J. Ferreira; NOVELINO, M. S. Ferreira; CAVALCANTI, M. Tavares. **A reforma psiquiátrica no Brasil**: Um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. In: XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais (ABEP), 20, 2010, Minas Gerais. Minas Gerais: UFMG, 2010. p.2–9.

MOURA, R. Heller; LUZIO, C. Amélia. **Reforma Psiquiátrica, movimento social e engajamento profissional**. In: XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais, 07, 2011, Salvador. Salvador: UFBA, 2011. P. 1-17.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial sobre violência e saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em 20 mar. 2014.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Orgs.). **Cidadania e Loucura**: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis, Ed. Vozes. 2007.

SAIDE, Osvaldo Luiz. Depressão e uso de drogas. In: **Revista HUPE UFRJ**. Vol 10, nº 2. 2011.

VELHO, Gilberto. **Desvio e divergência uma crítica da patologia social**. 8ªedição Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

II LEVANTAMENTO NACIONAL DE ÁLCOOL E DROGA - LENAD. Org. Ronaldo Laranjeira. São Paulo, INPAD, 2012.