

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
DEPARTAMENTO INTERDISCIPLINAR DE RIO DAS OSTRAS
INSTITUTO DE HUMANIDADE E SAUDE
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

RENATA MARTINS SANDY

**REFLEXÕES SOBRE SERVIÇO SOCIAL, POLÍTICA DE DROGAS E
REDUÇÃO DE DANOS EM MACAÉ E RIO DAS OSTRAS.**

RIO DAS OSTRAS

2017

RENATA MARTINS SANDY

**REFLEXÕES SOBRE SERVIÇO SOCIAL, POLÍTICA DE DROGAS E
REDUÇÃO DE DANOS EM MACAÉ E RIO DAS OSTRAS.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Serviço Social da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientação

Profa. Ms. Ionara dos Santos Fernandes

RIO DAS OSTRAS - RJ

2017

RENATA MARTINS SANDY

**REFLEXÕES SOBRE SERVIÇO SOCIAL, POLÍTICA DE DROGAS E A
REDUÇÃO DE DANOS EM MACAÉ E RIO DAS OSTRAS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Serviço Social da Universidade Federal
Fluminense – Pólo Universitário de Rio das Ostras,
como requisito parcial para obtenção do Grau de
Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Profª. Ms. . Ionara dos Santos Fernandes – Orientadora UFF/PURO

Prof. Dr. Bruno Teixeira – UFF/PURO

Profª Ms. Natália Coelho - UFF/PURO

Dedico este trabalho a Deus, minha fonte divina de inspiração; a minha família, meu bem mais valioso; e aos amigos que fizeram parte desta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo seu amor incondicional, motivo maior da minha alegria e vitória.

Aos meus pais Fátima e Jorge pelo seu exemplo de dedicação para lutar e vencer, minha família, minha maior inspiração para a realização desse sonho. Amo vocês!

Ao meu irmão Allan, não sei como agradecer tudo que fez por mim, por todo o conselho e puxão de orelha, por ser meu melhor amigo e confidente. Amo você meu magrelinho!

A todos os familiares que mesmo distantes sempre torceram por mim. As minhas tias e primas, obrigada por tudo!

Aos meus amigos de perto e de longe que fazem meu mundo mais completo.

Aos irmãos em Cristo que intercedem por mim em suas orações. A minha amada Igreja SIBRO, agradeço também ao exemplo e ensinamento do meu Pr. Francisco.

Agradeço aos amigos que fiz na UFF e muitos levarei para o resto da minha vida.

A minha querida psicóloga, Helena dos Anjos Santos que tem compartilhado comigo nos momentos bons e ruins tantas reflexões belas sobre a vida. Gratidão!

Aos professores que fizeram parte desta jornada no PURO/UFF. Obrigada por toda paciência, dedicação e compreensão.

As minhas supervisoras de estágio, Flavia, Sandra e Adriana pelos ensinamentos e exemplos de profissionais.

Aos profissionais do Centro de Reabilitação de Rio das Ostras, da Coordenação de políticas sobre drogas de Macaé e aos amigos do curso de redução de danos.

Aos professores que me orientaram neste trabalho, em especial a minha orientadora Ionara dos Santos Fernandes, obrigada por me fazer chegar até aqui, pelo auxílio, incentivo força e coragem. Eu não desisti!

A todos que me ajudaram nessa caminhada, que me falaram que valeria a pena lutar, e valeu!

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É tempo de travessia: e se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, a margem de nós mesmos.

Fernando Pessoa

Resumo:

O presente Trabalho de Conclusão de Curso que tem como tema: REFLEXÕES SOBRE SERVIÇO SOCIAL, POLÍTICA DE DROGAS E A REDUÇÃO DE DANOS EM MACAÉ E RIO DAS OSTRAS, tem como principal objetivo abordar as questões inerentes ao uso de drogas, tanto na busca pela sua historicidade como no debate da construção da política de drogas e como essas políticas se desenvolvem nos municípios de Rio das Ostras e Macaé, em vista da experiência dos campos de estágio nos dois municípios, com a finalidade de construir reflexões sobre a intervenção profissional do serviço social em busca da diminuição dos danos causados pelo uso abusivo das substâncias. Trabalha a estratégia da redução de danos como forma de diminuir os riscos físicos, e mentais dos usuários.

Palavras chave: Drogas , criminalização, redução de danos, serviço social.

Abstract

The main purpose of the present Conclusion Paper, which has as its theme: REFLECTIONS ON SOCIAL SERVICE, DRUG POLICY AND DAMAGE REDUCTION IN MACAÉ AND RIO DAS OSTRAS, has as its main objective to address the issues inherent in drug use, both in the search for Historicity as in the debate on the construction of drug policy and how these policies are developed in the municipalities of Rio das Ostras and Macaé, in view of the experience of the training camps in the two municipalities, with the purpose of constructing reflections on the professional intervention of the social service In the search of the reduction of the damages caused by the abusive use of the substances. Works the harm reduction strategy as a way to reduce the physical, and mental risks of users.

Key words: Drugs, criminalization, harm reduction, social work.

LISTA DE SIGLAS

AA	ALCOÓLICOS ANÔNIMOS
CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL
CAPS AD	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ÁLCOOL E DROGAS
CF	CONSTITUIÇÃO FEDERAL
CONAD	CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS
CONFEN	CONSELHO FEDERAL DE ENTORPECENTES
MS	MINISTÉRIO DA SAUDE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
PNAD	POLÍTICA NACIONAL DE DROGAS
RD	REDUÇÃO DE DANOS
SPA	SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS
SNC	SISTEMA NERVOSO CENTRAL
SENAD	SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UD	USUÁRIO DE DROGAS
UDI	USUÁRIO DE DROGAS INJETÁVEIS

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I – POLÍTICA DE DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS.	
1.1 - Breve contexto histórico das Drogas.....	13
1.2 - A Política de Drogas do Brasil.....	19
1.3 – Uso de drogas: o debate com a saúde.....	27
1.4– A proposta da Redução de danos.....	32
CAPÍTULO II – SERVIÇO SOCIAL, QUESTÃO SOCIAL E DROGAS	
2.1 – Contexto histórico do Serviço Social no Brasil.....	39
2.2 – Serviço Social, Saúde e Saúde Mental.....	45
2.3 – Relatos da breve experiência com o campo de estágio.....	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS	
BIBLIOGRÁFICAS.....	60

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem por objetivo debater e refletir sobre a importância da redução de danos como medida de saúde pública para a intervenção profissional do assistente social aos usuários de drogas, a partir de olhares sobre o uso da política de drogas nos municípios de Rio das Ostras e Macaé, e, nesse contexto, relatar algumas reflexões sobre competências e atribuições profissionais para construir seus limites e possibilidades, uma vez que, no atual cenário do assistente social a sua intervenção aos usuários de drogas sofre com condições de trabalho precarizadas e atendimentos voltados apenas para atender questões imediatas. Com o objetivo de intervir na garantia dos direitos humanos e na sua luta enquanto profissão livre e autônoma buscaremos traçar a importância do atual projeto hegemônico profissional do Serviço Social e como ele é compatível com a Redução de danos.

Esta ideia é fruto das atuações no campo de estágio em serviço social nas equipes CAPS AD em Rio das Ostras, CEPOD em Macaé e da maravilhosa experiência no curso de Redução de danos em Macaé, onde pude conhecer um pouco mais sobre o tema. Por ter a oportunidade conhecer um pouco da prática profissional nos dois municípios, me deparei com um município que já possui a redução de danos inserida na prática profissional dos assistentes sociais e demais profissionais e outro município que o serviço social não atua nessa perspectiva e suas condições de trabalho são antagônicas ao que defendemos em nossa prática profissional e em nosso projeto ético político.

Como metodologia do trabalho, foi realizada uma pesquisa bibliográfica com os principais autores do Serviço Social, mostrando como se desenvolve a história da profissão no Brasil, assim como a inserção do assistente social na saúde, nos espaços sócio-ocupacionais e na política de drogas, tais como as particularidades da redução de danos para propiciar uma intervenção voltada para a garantia dos direitos do usuário.

O capítulo 1 faz menção a construção da políticas sobre drogas no Brasil e no mundo, ao traçar algumas questões sobre contexto das drogas em seu uso cultural ao uso abusivo, quando foi necessária a criação de medidas para conter o alastramento dos problemas sociais e de saúde. Logo, com criação

dessas medidas, foram implementadas novas leis e políticas que visem diminuir esses danos e diminuir as contradições existentes entre os diferentes interesses de classes. Passando sobre reflexões a cerca da criminalização e do proibicionismo das drogas e de suas características entre uso, uso abusivo e formas de prevenção, dentre elas a redução de danos que vai se inserir dentro da política de saúde do SUS e no fazer profissional do serviço social.

Uma das principais questões do uso e abuso das drogas, em nossa atual sociedade, está no momento em que se perde a utilidade das substâncias apenas para os rituais a que se iniciaram. Nos dias de hoje, a busca pelo prazer imediato onde às frustrações da vida não são mais toleradas, busca-se alívio para os conflitos inerentes a existência humana, sendo para o hiperativo, o alívio imediato, podendo ou não dificultar a sua transcendência ou transformação, pode ser levado também pela fuga da realidade em que está posta ao indivíduo.

Atualmente, o contexto que embasa as discussões sobre a droga no Brasil apresenta duas construções centrais: a saúde e a questão jurídica-criminal. Isso significa dizer, que a Política de drogas no Brasil carrega essa ambivalência, seja no sentido normativo, quanto nas práticas sociais.

A Constituição de 1988 em sua formulação no artigo 196 nos diz que “A saúde é um direito de todos e dever do Estado que consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Em vista desse olhar, no capítulo 2, iremos traçar um debate com o serviço social e a saúde. O Serviço Social se desenvolve no enfrentamento das expressões da “questão social” como veremos no processo social da luta de classes e se configura na divisão social e técnica do trabalho, parte esta que está ligada diretamente construção dos valores ao conquistar espaço expressivo do corpo profissional.

Ao tratar essas questões de forma mais humanitária, as estratégias de redução de danos podem ser mais eficaz, sem negar a realidade do indivíduo ou modificá-la por discursos éticos ou morais e ao tratar o dependente das drogas como um indivíduo igual, criando um vínculo de adesão entre

profissional e indivíduo, abre –se uma porta para despertar no outro o desejo de se cuidar. Trata-se de uma atitude que respeita a realidade posta ao indivíduo e oferece meios acessíveis para melhorar a sua qualidade de vida e principalmente sua saúde.

A inserção do serviço social na saúde implica em uma apropriação e conhecimento sobre políticas públicas, principalmente no que diz respeito ao SUS, e como se dá a garantia do acesso à população a estas políticas. A construção do espaço profissional do serviço social na saúde vai se desenvolver de forma construtiva e totalitária, apreendida em suas múltiplas determinações, onde o serviço social visa a partir de uma análise sobre a realidade, uma ação que interfira no comportamento dos homens no enfrentamento dos conflitos sociais.

CAPÍTULO I – POLÍTICA DE DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS

1.1 Breve contexto histórico das Drogas.

Desde os primórdios da sociedade o homem sempre buscou estados alterados de sua consciência. O homem primitivo buscava alterar seu comportamento na busca pelo prazer e alívio dos sofrimentos causados pelas adversidades da vida, assim como alívio da fome e da fadiga.

Barroco (2008), pautada nos pensamentos de Marx, vai enfatizar sobre o homem em sua ontologia. Ao transformar a natureza, o homem se transforma e, em suas relações e uns com os outros, desenvolve como ser social. O processo de produção e (re) produção do ser social se expressa através do trabalho, ou seja, é do trabalho que o ser social se constitui enquanto ser, com habilidades distintas e conquistas ao longo da história. Assim como através do trabalho, o ser social se condiciona como ser capaz de produzir ideias e criar algo novo, o ser social se transforma em suas relações uns com os outros na linguagem e na capacidade de fazer escolhas.

Em suas relações sociais, o indivíduo que se configura como um sujeito livre e pensante vai ser determinado pelos valores e conquistas históricas pré-determinadas pelo trabalho. Essa construção se dá a partir do momento em que o homem, mesmo enquanto um sujeito individual, com habilidades e

características distintas, tem em sua construção as conquistas pré-determinadas e, pelo trabalho, desenvolve suas capacidades humano genéricas que são elas: sociabilidade, universalidade, consciência e a liberdade. Cada uma dessas capacidades ao se desenvolver de formas distintas em cada ser, de acordo com sua relação com os outros indivíduos, classes ou estratos sociais (Barroco, pag. 28)

O homem por si começou a utilizar e a transformar a natureza para a sua própria subsistência, onde ele utilizava a caça e a pesca como fonte principal de nutrientes. Ele também utilizava as plantas como forma de suprir suas carências nutricionais de proteínas e aminoácidos da oscilação na oferta de alimentos. Para isso, foi fundamental o conhecimento e uso de plantas que causavam alguma alteração em seu sistema psíquico, sobretudo as estimulantes, tais como - a coca, o tabaco, o guaraná, o café - onde posteriormente foram reconhecidas como substâncias psicoativas e nomeadas como drogas.

O indivíduo social e o caráter alternativo de suas escolhas, e dos valores que as orientam, são tomados, na maioria das vezes, de forma atomizada face às bases ontológicas e históricas do processo de autoconstrução do ser social. A sociabilidade, que do ponto de vista ontológico é uma capacidade humana essencial e síntese da práxis histórica dos homens, é apreendida como contexto, como pano de fundo ou ainda como redes de interações e de valores que deve ser mobilizadas para orientar as escolhas individuais na direção, quase sempre, da eliminação do uso de drogas (BRITES, 2006, p. 17-18)

Estas práticas estavam inseridas diretamente na vida cotidiana dos indivíduos, e teve seu uso questionado a partir do momento em que a produção de novos fenômenos de uso trouxe o surgimento de casos de complicações, danos físicos, psicológicos e sociais. A comercialização dessas plantas também favoreceu o aumento do uso em diversas regiões.

Edward Macrae¹ em um de seus textos “aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos”, descreve as diferentes substâncias psicoativas vêm sendo usadas nas civilizações antigas como os povos mesopotâmios, hindus, fenícios e egípcios (4.000 a.C.) para um grande leque

¹ Edward MacRae, doutor em antropologia, é professor adjunto da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Ufba e pesquisador associado do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas –CETAD/UFBA.

de finalidades que se estendem do seu emprego lúdico, com fins estritamente prazerosos, até o desencadeamento de estados de êxtase místico/religioso.

Silveira (2006) traz em sua análise a relação homem e o divino com o sobrenatural, aquilo que era mítico, misterioso e mágico. Essa relação trouxe o surgimento da figura social do curandeiro, cuja função era “viajar pelo sobrenatural, absorver as impurezas e enfermidades do mundo e trazer a seu grupo votos de esperança de vida”², dando início da relação entre religião/espiritualidade e uso de plantas com efeitos psicoativos.

A questão do uso das drogas psicotrópicas é bastante difundida em rituais, pois acarreta uma forma imediata de transcender e de buscar a totalidade ou nos rituais de passagem, de transcender a vida, ou seja, ir para além da morte.

Entre os séculos XI a XIX, do Renascimento ao Iluminismo, observamos grandes marcas geradas pela expansão e descoberta de novos mundos e “novas riquezas” sob o processo de colonização das Índias, das Américas e África e também foi marcado por um enorme avanço do conhecimento artístico, filosófico e científico (a física, a química, a sociologia, a medicina, etc)

Este período foi de grande tolerância às novas substâncias trazidas das Índias, Américas e África. Em 1842, o médico J.J. Moreau de Tours com a abertura dos primeiros “salões de ópio” (“fumeries”) e do “clubes dos “haxixins” trouxe a formação de novos hábitos de uso para as substâncias psicoativas e o uso medicinal do haxixe por no tratamento da insanidade mental afastamento do uso ritualístico de lastro histórico-cultural para o uso de substâncias enquanto objeto (produto) de consumo de efeito imediato.

Foi somente no final do século XIX, no esteio da implantação de uma nova ordem médica que eles passaram a ser problematizados e seu controle passou da esfera religiosa para a da biomedicina. (MACRAE, 2007, p. 5)

Inicialmente, influenciado pelo médico *Philippe Pinel*³ que deu início a psiquiatria moderna, na França em 1838 onde foi classificada a questão do uso abusivo e dependência das substâncias psicoativas como um dos fatores

²“Reforço Positivo entre Valor Nutricional e Prazer do Consumo”²(Sullivan e Hagen, 2002 apud , 2006)

³“Pioneiro na análise médica das doenças mentais, Philippe Pinel buscou classificar as enfermidades a partir de características gerais, criando as bases da Psiquiatria”.(Tarelow, 2007)

consideráveis ao problema mental, formalizando a figura social do “alienado”, o “doente mental”. O tratamento moral de Pinel era restabelecer ao “louco” a razão perdida para que então pudesse voltar a viver em sociedade. Como consequência de sua alienação, o louco não era reconhecido como cidadão.

Para dar respostas à situação que o “alienado” apresentava à sociedade e sob uma série de contradições onde a necessidade era criação de uma norma jurídica para solucioná-las, foi elaborada a lei de 1838. Esta lei que foi repercutida por todo o mundo ocidental, foi a primeira lei ocidental que proporcionou a integração entre a psiquiatria e o Estado através da regulamentação da internação psiquiátrica. Lei esta que legitimou a luta antimanicomial no ato de sequestro e isolamento da pessoa, e contribuiu para a construção de um imaginário social onde só é possível tratar a loucura se for realizado em instituição asilar.

Esse tratamento se dava por meio da necessidade de transferir os designados “loucos” para instituições que cuidassem exclusivamente de seus problemas, nasciam assim os primeiros hospícios e manicômios.

O mal a ser combatido era o ócio e os “desvios” das normas de uma sociedade em transformação, mas ainda tradicional do ponto de vista moral. Para tanto, criou-se todo um aparato centrado na disciplina dos pacientes, de modo a torná-los passivos e isentos de sua “animalidade”, para poderem ser úteis ao grande capital. (TALEROW, 2007)

A psiquiatria médica de Pinel que tentava resgatar o indivíduo a sua própria consciência moral, o louco não era mais tratado como o leproso como nos séculos anteriores dados como excluídos da sociedade por causarem algum tipo de dano.

Pinel está nascendo uma psiquiatria que pela primeira vez pretende tratar o louco como um ser humano. O que Pinel e seus contemporâneos sentirão como uma descoberta ao mesmo tempo da filantropia e da ciência é, no fundo, apenas a reconciliação da consciência dividida do século XVIII (FOUCAULT, 1978, p. 147).

Juntamente com a psiquiatria médica de Pinel para tratamento desses usuários, coube também o interesse de diversos profissionais e estudiosos de diversas áreas da saúde e de segmentos filosófico, político, social e religioso debater sobre as mudanças ocorridas e criar medidas para reduzir os efeitos e

danos causados pelo uso desordenado e abusivo dessas substâncias. O uso das drogas se tornou para além de uma questão moral e individual, passou a ser tratado como um problema de saúde pública.

Logo após o aumento dos problemas psiquiátricos relacionados ao uso recreativo e abusivo das substâncias, começaram então a surgir os movimentos reguladores e proibicionistas. Algumas convenções internacionais foram estabelecidas e muitos países fixaram-se como signatários dessas convenções principalmente após a guerra do ópio de (1840-60) entre a China e a Inglaterra. Quando a China passou a importar o ópio dos ingleses ao abrir suas fronteiras, houve um vasto crescimento no vício do ópio. “À medida que o vício do ópio se expandia entre os chineses, as importações da droga aumentavam, e seus efeitos maléficos tornavam-se cada vez mais devastadores entre a população”⁴

A chamada guerra do ópio decorreu após duas intensas edições de enfrentamento e invasão das tropas inglesas à China, e para isso foi assinado tratado de Nanquim, tratado este que negociava as dívidas da China em troca de terras e favores de comercialização, principalmente a Ilha de Honk Kong. A China por sua vez, sofreu humilhações por não ter cumprido o tratado como havia proposto.

Em continuidade a proibição do ópio, em 1909 ocorreu a “Opium Commission” Conferência Internacional em Shanghai, com a participação de treze países. Esta conferência que teve por objetivo limitar as importações de ópio da Índia para a China e controlar, em geral, o comércio do ópio para fins não terapêuticos. O resultado foi a redução de 70% da produção de ópio em 100 anos, enquanto a população global no mesmo período quadruplicou.

E por falar em guerra, podemos lembrar um pouco os fatos ocorridos na Primeira Grande Guerra Mundial quando soldados retornaram a Inglaterra com uso problemático de ópio e cocaína. Essas substâncias eram utilizadas tanto para aumentar a resistência na guerra como para ajudar a sedar os pacientes em ferimentos e as amputações que eram feitas a frio. Em janeiro de 1912, ano que ocorreu a primeira proibição das drogas no Congresso de Haia, mais especificamente na proibição do ópio, cocaína e heroína.

⁴http://www.dialetico.com/textos_sala_aula/8_05_revoltas_contra_imperialismo.pdf

O aumento do uso de heroína entre negros foi o estopim para uma nova e difusa associação entre depravação moral e degradação física. O fervilhante mundo do jazz e os guetos passaram a ser vistos na América branca como antros de cultivo ao vício. “O clima de histeria anti-heroína foi importante para alavancar a aprovação de duas leis, o BoggAct, de 1951, e o Narcotics Control Act(Lei de Controle dos Narcóticos), de 1956, que condensavam as leis antidrogas aprovadas desde a Lei Harrison de 1914 e instituíam medidas severas como, por exemplo, previsão de cinco anos para traficantes primários (sem antecedentes criminais) e pena de morte para traficantes maiores de idade que vendessem drogas ilícitas a menores de dezoito anos.”(RODRIGUES apud ZACCONE, 2007, p. 38)

Durante a primeira metade do século XX, a proibição ao comércio e uso de algumas substâncias, onde alguns pontos do atual estágio da política internacional de repressão estão difusos, como por exemplo, o estereótipo moral e fenômenos considerados fora da normalidade, cujas consequências se revelam não só no distanciamento cada vez maior entre drogas permitidas e proibidas, mas, sobretudo, com a aprovação nos Estados Unidos da América do Harrison *Narcotic Act*, (lei mais severa) que proibiu o uso da cocaína e heroína fora do controle médico pela criação do estereótipo médico em 1914, pela primeira vez surge a distinção entre usuários e traficantes, entre os que consomem uns tipos de drogas e outros.

Em 1926 na Inglaterra ocorreu o primeiro Ato de controle com restrição ao acesso às substâncias. Na América o Movimento Puritano de base religiosa contra os imigrantes negros (cocaína), mexicanos (maconha), judeus e irlandeses (álcool) reforçou ainda mais a proibição das drogas.

Outra medida a ser tomada foi a implementação da Lei seca ou “Volstead Act” que perdurou de 1919 a 1933. Esta lei foi uma estratégia para reduzir os danos causados pelo uso de bebidas alcoólicas que estavam relacionados à pobreza e violência que proibia o varejo, a fabricação, o transporte, a importação e a exportação de bebidas alcoólicas em seu país. A lei gerou a desmoralização das autoridades, o aumento da corrupção e da criminalidade em diversos estados, além do enriquecimento das máfias que dominavam o contrabando de bebidas alcoólicas. “A lei foi abolida em 5 de dezembro de 1933, pela 21ª Emenda à Constituição, durante o primeiro

mandato de Franklin Delano Roosevelt, que permaneceu ativa durante 13 anos, 11 meses e 24 dias". (COUTO, 2008).

O que complementou o debate do controle das drogas foi a organização de três convenções elaboradas pela ONU para debater as principais estratégias ao combatendo abuso de drogas por meio de ações internacionais coordenadas e o tráfico de drogas por meio da cooperação internacional. Em 1961 a Convenção Internacional sobre Narcóticos trouxe duas respostas para a intervenção e controle das substâncias, a primeira é a limitação da posse, do uso, da troca, da distribuição, da importação, da exportação, da manufatura e da produção de drogas exclusivas para uso médico e científico e a segunda é deter e desencorajar os traficantes.

1.2 - A Política de Drogas do Brasil.

As políticas sociais não são apenas espaços de confrontação de tomadas de decisão, mas constituem elementos de um processo complexo e contraditório de regulação política e econômica das relações sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2006).

Os países da América do Sul como Bolívia, Colômbia e Peru já enfrentavam graves problemas envolvendo as drogas, e no Brasil não era diferente. Os debates sobre a questão das drogas no Brasil tomam a centralidade no decorrer do final do século XIX e ao longo do XX, sobretudo com a produção de leis e políticas voltadas para o tema, por conta do uso inicialmente terapêutico, proibicionista e punitivista.

As múltiplas determinações que condicionam ao indivíduo pelo uso da droga é caracterizada principalmente pelo consumismo, onde a sociedade atual, não permite espaço para a ausência e sim para a produção em massa e consumo imediato.

O uso de drogas pode ser compreendido em três variáveis que se inter-relacionam e se afetam mutuamente, pode-se ser motivado pelo indivíduo e suas peculiaridades físicas, emocionais; pelo produto em termos de efeito e/ou potencial para dependência; e pelo seu meio social com fatores de risco que favorecem ao uso de drogas.

São diversos fatores que contribuem tanto para o aumento do uso, como para o aparecimento de outros transtornos do controle e do impulso, como por exemplo, perder o controle em apostas de jogos de azar, jogar videogame, comprar impulsivamente ou trabalhar por compulsão, comer, ver TV e ficar na internet por horas, fazer sexo, praticar exercícios físicos em excesso. Todos esses comportamentos provocam alterações fisiológicas e conseqüentemente proporcionam sensações físicas e prazerosas que são estimulados pela nossa cultura. Trata-se de comportamentos de cunho repetitivo e compulsivos que se tornam meios de anestesiar ou até mesmo, não impedir a elaboração de conflitos..

A criminalização das drogas dada pelo Estado brasileiro⁵ objetiva a intervenção a partir de políticas públicas voltadas para o controle social. Com práticas, sobretudo das polícias militares e civis e do Sistema de Justiça Criminal, percebemos o crescimento de medidas opressoras, violentas e punitivas. No sentido de que o poder dado pelo Estado aos agentes dessas instituições fomentam o que muitos autores chamam de “guerra às drogas”.

Segundo pesquisas relacionadas ao o tráfico de drogas na qual o tráfico se tornou pioneiro na acumulação de capital, onde o comércio ilegal arrecada cerca de US\$ 500 BILHÕES/ANO (NIDA, 2003), o sistema penal brasileiro se torna mais um produto vendido como fornecedor de segurança e proteção social.

Para NilsChistie (1993)⁶ o maior perigo da criminalidade nas sociedades modernas não é o crime em si, mas que a luta contra este acabe por produzir tais sociedades ao totalitarismo. (ACSELRAD, Gilberta (org.) 2005, p. 160)

Na atual conjuntura, Karam (2008) analisa as medidas do Estado e utiliza o sistema penal como produto vendido e como fornecedor de proteção e segurança. E traz uma sociedade irracionalmente repressora onde culpabiliza-se o individuo e transforma os traficantes e usuários de drogas como inimigos.

Em uma entrevista dada a revista Época em 2008, Karam afirma: “– A proibição das drogas é inconstitucional. A Constituição garante a liberdade

⁵“O Estado se apresenta, ainda como o Estado-providência. Protetor do cidadão, que vela pela paz social e pela tranqüilidade publica. “O cidadão é a figura típica criada pelo Estado-liberal.O cidadão é o membro constituinte da cidade, da sociedade civil, acima da qual, encontra-se o arbitro do bem geral: O Estado” (Faleiros. 2000.p. 33)

⁶**Nils Christie** dedicou sua larga *vida* como pensador e investigador social no estudo do sistema de controle de delito como administração da violência.

individual. Na democracia, o Estado só pode intervir na conduta de uma pessoa quando ela tem potencial para causar dano a terceiro, e a decisão de usar algum tipo de droga é uma conduta privada, não diz respeito a terceiros. Numa democracia, qualquer proibição é uma exceção. A regra é a liberdade individual.” (Karam, 2008)

A constância da utilização de substâncias psicoativas pela humanidade através de sua história e o fracasso da política proibicionista em relação às ilícitas, parece sensato aceitar a necessidade de conviver com elas da melhor maneira possível, ao invés de preconizar utópicas políticas de "tolerância zero" ou de sua erradicação definitiva. Porém isso não precisa significar uma renúncia a qualquer medida de controle. (ESCOHOTADO, 1984 apud MACRAE, 1998, p. 17)

A questão da criminalização das drogas é algo para além da venda dessas substâncias. Quando se proíbe as drogas, favorece o que é clandestino, ou seja, o tráfico. E o consumo dessas drogas, por serem substâncias clandestinas favorecem ainda mais a sua adulteração e com isso a impureza e o desconhecimento de onde vem a droga (falta de higiene) trazendo inclusive maiores implicações à saúde do usuário.

Como a repressão não foi suficiente para dá uma solução a problemática, o Brasil, seguindo a tendência mundial, entendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade. Esta abordagem em relação ao porte de drogas para uso pessoal tem sido apoiada por especialistas que apontam resultados consistentes de estudos, nos quais: a atenção ao usuário/dependente deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, em vez de encarceramento.

A construção das políticas a uma maior atenção na saúde, após a Constituição federal de 88 e sobre a garantia dos direitos humanos, desencadeou com os anos pensar na questão das drogas com mais atenção, pois, esse estreitamento se vem do agravamento da questão social. Até 1998, não se tinha uma política específica até a implantação do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD).

E em nossa constituição reforça o dever do Estado, como um Estado que não exclui a atenção das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Parágrafo único. “Dizem respeito também à saúde às ações que,

por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.” (Constituição Federal de 88)

Em 2002 foi instituída a Política Nacional sobre Drogas – PNAD, que tem como direcionamento ético-político desmembrar essas relações sobre os conflitos causados pelo uso abusivo do álcool e outras drogas. E sobre esse agravamento cabe considerar a importância de estreitar as relações entre a sociedade e com a comunidade específica integrar as políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações e descentralizar essas ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município.

Após a realização da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda⁷ de drogas, aderidos pelo Brasil, que as primeiras medidas foram tomadas. Na época em que isso se dirigiu, o então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD)⁸ e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), diretamente vinculada a Casa Militar da Presidência da República.

A SENAD em sua conjuntura preza pela “integração das políticas públicas e descentralização das ações, no sentido de ampliar o alcance das ações governamentais sobre a questão das drogas”⁹. Com a missão de coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade à SENAD mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da política brasileira.

Assim, em 2002, por meio de Decreto Presidencial. 4.345 de 26 de agosto de 2002 foi instituída a Política Nacional Antidrogas. Com o passar dos anos, todo esse empenho resultou em amplas e importantes conquistas, refletindo transformações históricas na abordagem da questão das drogas.

⁷ Redução da demanda se define por ações referentes à prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, bem como aquelas relacionadas com o tratamento, a recuperação, a redução de danos e a reinserção social de usuários e dependentes

⁸ Medida Provisória n. 1.669 e Decreto n. 2.632 de 19 de junho de 1998.

⁹ Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas / Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

Logo, em 2004, foi realizado o Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas em que foi efetuado o processo de realinhamento e atualização da política, que contou com seis fóruns regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas com ampla participação popular, embasados em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados. Esta política realinhada passou a chamar-se Política Nacional sobre Drogas (PNAD)¹⁰. A PNAD prosseguiu com o objetivo da redução da oferta e da demanda.

Partindo do pressuposto da PNAD, onde enfatiza a redução da demanda e da oferta¹¹ de drogas no país, em 2003, o Presidente da República apontou a necessidade de construção de uma nova Agenda Nacional, que viesse a contemplar três pontos principais: integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações; a descentralização das ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município e por fim, o estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica.

Em 2006, a SENAD coordenou um grupo de trabalho do governo que assessorou os parlamentares que motivou a aprovação da Lei n. 11.343/2006, esta que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), tem como objetivos:

- Contribuir para a inclusão do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de riscos para o uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados.
- Promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;
- Promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido e a atenção e reinserção social dos usuários e dependentes de drogas.
- Reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas.

¹⁰ O prefixo “anti” da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo “sobre”, já de acordo com as tendências internacionais, com o posicionamento do governo e com a nova demanda popular, manifestada ao longo do processo de realinhamento da política.

¹¹ Redução da oferta orienta a “redução substancial dos crimes relacionados ao tráfico de drogas ilícitas e ao uso abusivo de substâncias nocivas à saúde, responsáveis pelo alto índice de violência no país, deve proporcionar melhoria nas condições de segurança das pessoas.” (SENAD, 2010)

· Promover as políticas pública setoriais dos órgãos do Poder executivo, Distrito Federal, Estados e Municípios. (SISNAD)

Com a necessidade de reaproveitar os respaldos das leis anteriores e trazer uma frente de instrumentos que viabilizem a questão das drogas e separe a questão entre o tráfico e o uso de drogas, reconhecendo assim, a diferença da figura do traficante e do usuário, os quais passaram a ser tratados de modo diferenciado e a ocupar capítulos diferentes da lei.

Ao instituir a Lei de Drogas n. 11.343/2006, o Brasil se tornou um país em destaque diante aos outros países do mundo, por instituir e prescrever medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, e, em consonância com a atual política sobre drogas, a atenção ao usuário deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade e reflexão sobre o próprio consumo, ao invés do encarceramento.

Todavia, essa lei também vem para reforçar o discurso médico-jurídico de diferenciação entre o usuário e o traficante ao determinar “a observância do equilíbrio entre as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e repressão à sua produção não autorizada e a seu tráfico ilícito, visando a garantir a estabilidade e o bem-estar social” (art.4º, IX). Assim, a criminalização da posse de drogas para uso pessoal é claramente incompatível com os postulados de irracionalidade atribuídos pelo que o governo nos informa como um Estado democrático e de direitos.

Esta crítica está atribuída aos artigos 28 e 33 da Lei 11.343, que aplica aos usuários um modelo de política criminal de descriminalização, ao passo que as condutas identificadas como tráfico de drogas, dentro da estrutura seletiva aplicam-se os programas punitivos, ou seja, advertência, prestação de serviço à comunidade e medida educativa. Traficantes, por outro lado, são tratados com penas muito mais rigorosas, pois a pena mínima imposta pelo artigo 33 da Lei nº. 11.343/2006 é de 05 (cinco) anos e pode chegar à 15 (quinze) anos de reclusão mais pagamento de 500 (quinhentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa.

Podemos observar que na prática que este tipo de crime se efetiva através de mais de uma categoria de traficante, pois existem aqueles que traficam apenas para a subsistência de seu vício, os chamados traficante-

dependentes, estes não têm como objetivo auferir lucros com o tráfico, são os pequenos e médios traficantes e existem outros que comercializam grandes quantidades e visam como resultado final de suas ações, o lucro.

Segundo Bucher (1996:47) na falta de um debate público e com a repetição de ideias falseadas, autoritárias e preconceituosas, tem-se operado uma desqualificação e demonização do usuário e do "traficante" (também tratado de maneira pouco matizada). O reducionismo dessa generalização, ao encobrir alguns dos reais problemas estruturais da sociedade criando um inimigo imaginário, que tem sua utilidade na manutenção do status quo, acaba por aumentar a marginalização dos usuários assim como leva à cristalização uma "subcultura da droga" de pouca permeabilidade a agentes de saúde ou a representantes de qualquer tipo de discurso oficial.

Nesse sentido, a justiça retributiva baseada no castigo é substituída pela justiça restaurativa, cujo objetivo maior é a ressocialização por meio de penas alternativas: advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade em locais/programas que se ocupem da prevenção/recuperação de usuários e dependentes de drogas; medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. Este capítulo explicita justamente a necessidade de diferenciar as figuras do usuário de drogas recreativo ou abusivo de drogas para o usuário que vende as drogas.

É até contraditório falar em uma política que tem seu interesse voltado ao mesmo tempo para a proteção do cidadão e pra repressão do mesmo. Podemos analisar nessa questão as seguintes formas; um indivíduo que faz parte do tráfico, pode ser ou não um usuário, um usuário pode ser ou não um traficante.

Assim, a justiça retributiva baseada no castigo, é substituída com a restaurativa, cujo objetivo é a reinserção do indivíduo por meios de penas alternativas. Como a advertência, que é uma reflexão sobre os efeitos das drogas; a prestação de serviços à comunidade, onde o usuário participará de atividades em locais ou programas que se ocupem a da prevenção/recuperação de usuários e dependentes de drogas e a medida educativa que é com o comparecimento de programa ou cursos educativos.

A questão do tratamento é intersetorial, ou seja, não é só da saúde, por isso é necessário que se concretizem parceria para incluir o usuário em outros

espaços de cidadania. Lógica da redução de danos: não existe um objetivo único de se chegar à abstinência, pois o principal objetivo das ações de tratamento é melhorar a qualidade de vida dos usuários.

Para a rede do SUS, a questão de álcool e outras drogas devem estar integradas com outros serviços de saúde existentes, bem como com a comunidade, facilitando a construção de redes de suporte social e estabelecendo parcerias com os setores da educação, do trabalho, da promoção social, da cultura, do esporte e outras instancias importantes para que a promoção à saúde prevenção e tratamento do uso de álcool e outras drogas de forma continua. O objetivo central da política de álcool e outras drogas do SUS é ampliar o acesso ao tratamento mudando o antigo modelo assistencial (centrado no hospital psiquiátrico), reduzindo a exclusão e a falta de cuidados e evitando internações desnecessárias.

Assim como a lei diferencia o usuário que tem seu direito de acesso a saúde e a atenção e o traficante que é jogado e tratado como bicho em grandes penitenciarias, aprendendo ainda mais a matar e a roubar. Um Estado que reprime e mata todos os dias, a guerra ao tráfico que põe cada vez mais crianças e jovens no mundo do crime e das drogas, mães e pais que perdem seus filhos pra bala que se perde e pra bala que infelizmente se acha.

Pauta-se também a necessidade de que o SUS assuma ações integradas com outras políticas relacionada a questão do uso e abuso de álcool e outras drogas, visando a promoção, prevenção e tratamento de forma continuada. Evitando as internações hospitalares (manicômios e hospitais psiquiátricos). Para isso, é necessário contar com a rede de atenção básica, promovendo a inserção das equipes das Unidades Básicas de saúde e de Saúde da família no trato a essa questão e potencializar os Centros de Atenção Psicossociais de Álcool e outras drogas (CAPSad)

Atualmente o governo tem focado no Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas que tem como objetivo desenvolver um conjunto integrado de ações de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, bem como enfrentar o trafico em parceria com os estados, Distrito Federal, municípios e sociedade civil, tendo em vista a redução da criminalidade associada ao consumo dessas substancias junto à população.

Porém nem sempre é como tem que ser ainda existem muitas falhas em nosso sistema, principalmente por vivermos em uma sociedade capitalista.

Para que as políticas de prevenção de álcool e outras drogas sejam efetivadas e apresentem legitimidade, é preciso o apoio da comunidade e percepção de que tais ações terão consequências positivas para a sociedade. Uma das medidas adotadas é a diminuição da disponibilidade como a taxaço, restrição de acesso de bebidas a menores, campanhas de mídia de massa, restrição de propagandas, controle do beber e do dirigir, etc.

1.3– Uso de drogas: o debate com a saúde.

A Política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, o usuário deve ser visto de forma geral e não apenas na questão específica da saúde, o cuidado do usuário na comunidade e no espaço onde ele vive perto da família. Em consonância com esse debate, essa política visa atender a territorialização, onde cada unidade deve atender um espaço determinado, facilitando assim o vínculo.

O objetivo central da política de álcool e outras drogas do SUS é ampliar o acesso ao tratamento mudando o antigo modelo assistencial (centrado no hospital psiquiátrico), reduzindo a exclusão e a falta de cuidados e evitando internações desnecessárias. A rede de atenção no que se diz a saúde especificamente, conta com as Unidades Básicas de Saúde e equipes de Saúde da família. Conta também com as unidades especializadas no tratamento desses usuários os Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPSad).

A questão do tratamento é intersetorial, ou seja, não é só da saúde, por isso é necessário que se concretizem parceria para incluir o usuário em outros espaços de cidadania. Lógica da redução de danos: não existe um objetivo único de se chegar à abstinência, pois o principal objetivo das ações de tratamento é melhorar a qualidade de vida dos usuários.

Essa visão só foi concedida no Brasil através de uma rede de atenção a saúde mental e deu seus frutos a partir da Reforma psiquiátrica, que decorreu no mesmo contexto histórico e político do “movimento sanitário” na década de 70. Outro processo importante para a construção dos direitos na saúde mental

foi o “movimento de luta antimanicomial” como um processo político e social que envolve diversos setores da sociedade que questionam os modelos manicomial com cuidados da saúde em hospitais, ou seja, uma remediação com a doença já instalada, ao invés de utilizarem a forma de prevenção primária (não precisariam ir aos hospitais). Este modelo visava superar a institucionalização desnecessária e permanente dos pacientes nos manicômios tendo como objetivo a superação da violência asilar. Neste mesmo contexto também surgiu a o Movimento dos trabalhadores em saúde mental que envolve não só os profissionais da área como pacientes usuários do serviço e familiares, quês tinha como lema “por uma sociedade sem manicômios”.

Os frutos deste movimento começaram a surgir em 1987 com a instalação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) em São Paulo, e o início da de um processo de intervenção da secretaria municipal de saúde na cidade de Santos em um hospital psiquiátrico em 1989. Neste hospital era recorrente a pratica de maus tratos e morte de pacientes internados, e a partir desta intervenção, que repercutiu nacionalmente, mostrou-se possível a construção de uma rede de cuidados que substituísse o antigo modelo manicomial hospitalocêntrico. Neste período foram implantados em Santos núcleos de atenção social 24 horas e também são criadas cooperativas e residências para o egresso de internações e associações.

Os CAPSad, focados e especializados no tratamento aos usuários e suas famílias, tem como principais objetivos: a) contribuir para a inclusão do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de riscos para o uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados. b) Promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país. c) Promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido e a atenção e reinserção social dos usuários e dependentes de drogas. d) Reprimir a produção não autorizada e o trafico ilícito de drogas. e) Promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder executivo, Distrito Federal, Estados e Municípios.

Atualmente o governo tem empenhado seu foco no Plano de “Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”, programa este que tem como objetivo o desenvolvimento de um conjunto integrado de ações de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, bem como

enfrentamento do tráfico em parceria com os estados, Distrito Federal, municípios e sociedade civil, tendo em vista a redução da criminalidade associada ao consumo dessas substâncias junto à população.

Mesmo com um foco específico a essas necessidades, ainda existem muitas falhas no que podemos enfatizar como política de drogas nesse nosso atual sistema, principalmente por vivermos em uma sociedade capitalista. Há uma série de relações de poder que envolvem essas disputas, sobretudo os que tem relação com a Política de Segurança Pública e a Política de Saúde, variando o poder nas mãos de médicos e juristas, permanecem os usuários abusivos das substâncias. Saibamos a seguir os efeitos e contexto de uso e abuso que os sujeitos atribuem as drogas.

Droga, segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2003), “ é toda substância natural ou sintética que introduzida no organismo vivo, pode modificar uma ou mais de suas funções” . Enquanto, a legislação define no art. 1º da Lei de Nº 11.343/2006, “como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência”.

Bucher (1996) reafirma que em todas as sociedades sempre existiram drogas. Entendem-se assim produtos químicos, de origem natural ou de laboratórios, que produzem efeitos sentidos como prazerosos sobre o Sistema Nervoso Central (SNC). Estes resultam em alterações na mente, no corpo e na conduta. Na verdade os homens buscavam modificar o humor, as percepções e as sensações por meio de Substâncias Psicoativas ¹²(SPA's) e/ou Substâncias Psicotrópicas¹³, com finalidades religiosas ou culturais, relaxantes ou simplesmente prazerosas.

As drogas são divididas em lícitas: Álcool, Cigarro Benzodiazepínicos, Xaropes para controlar a tosse e que podem ter codeína, Descongestionantes nasais, Anorexígenos, Anabolizantes. E ilícitas: maconha, cocaína, crack, ecstasy, LSD, inalantes, heroína, barbitúricos, morfina, skank, chá de cogumelo, anfetaminas, clorofórmio, ópio e outras.

¹²Substâncias Psicoativas são todas as substâncias que agem no cérebro, modificando seu funcionamento e provocando mudanças de comportamento e que podem induzir à dependência. (NERY FILHO; MARQUES, 2002).

¹³ As Psicotrópicas são drogas que agem no Sistema Nervoso Central, alterando o comportamento, a cognição e/ou humor, e que possui propriedade reforçadora, levando à dependência (LEMOS, p. 38. 2004).

Por serem proibidas, as drogas ilícitas entram no país de forma ilegal através do tráfico que promove a sua comercialização, ou seja, a comercialização feita sem a autorização das autoridades.

É necessário dizer que os critérios utilizados para determinar as drogas lícitas e ilícitas são mais culturais do que científicos. Isso porque as drogas não são meros compostos farmacológicos. Elas também recebem outros atributos e os valores sustentados por cada sociedade influem nas ideias formadas sobre as drogas. Tais valores variam ao longo do tempo e de nação para nação.

Esta divisão eminentemente cultural pode passar a ideia de que as drogas lícitas são seguras, ao passo que as ilícitas são perigosas. Na realidade, o álcool e o tabaco são as substâncias que mais causam mortes passíveis de prevenção no mundo.

A maneira de classificar as drogas mais aceita e difundida, leva-se em conta o tipo de ação ou efeito que as drogas causam no cérebro de seus usuários, na qual dividem-se em: estimulantes da atividade do Sistema Nervoso Central (SNC), que é quando as substâncias levam a um aumento do estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos. São exemplos desta classe: cocaína, anfetaminas, nicotina e cafeína. Ou ainda, os depressores da atividade do SNC, responsáveis pela 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. Temos por exemplo: o álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, opiáceos e solventes. E por fim, os perturbadores da atividade do SNC, que são as substâncias que provocam o surgimento de diversos fenômenos psíquicos anormais (alucinações e delírios), sem que haja inibição ou estimulação globais do SNC, como a *cannabis*, LSD25, *ecstasy* e anticolinérgicos .

Segundo a OMS, a dependência química é definida como:

Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou de uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que os outros comportamentos que antes tinham maior valor (OMS, 1993, p.313).

Na dependência, o indivíduo ao invés de enfrentar a realidade e lidar com suas vicissitudes, transforma apenas sua percepção da realidade como forma de alienação. O abuso é elevado ao padrão mal adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um ou mais dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses: tanto pelo só recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa, recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico, problemas legais recorrentes relacionados à substância e por fim do uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância.

Dentre as consequências que as drogas ilícitas trazem, podemos dar ênfase à violência gerada por elas em todas as fases de produção até o consumidor final. A consequência do uso e abuso das drogas também implica na própria saúde do indivíduo que faz uso dela, podendo provocar: arritmia cardíaca, trombose, AVC, necrose cerebral, insuficiência renal e cardíaca, depressão, disforia, alterações nas funções motoras, perda de memória, disfunções no sistema reprodutor e respiratório, câncer, espinhas, convulsões, desidratação, náuseas e exaustão.

A tolerância à droga está definida por qualquer dos seguintes aspectos: seja por uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou pelo efeito desejado; seja por acentuada redução do efeito com uso continuado da mesma quantidade de substância.

E o processo de abstinência está manifestada quando a mesma substância é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência ou quando a substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.

1.4 – A proposta de Redução de danos.

A Redução de danos refere-se a um conjunto de medidas públicas de saúde que visam primeiramente reduzir as consequências adversas às áreas da saúde, sociais e econômicas ao uso de substâncias psicoativas. Em um olhar mais estrito, podemos dizer que a Redução de Danos (RD) “é uma política de saúde que propõe reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautadas no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas”. (Andrade et AL, 2001)

De acordo com o Ministério da Saúde, Redução de danos pode ser definida como “uma estratégia da saúde pública que visa reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco”. As ações de redução de danos são consideradas como medidas prioritárias para atuação junto aos usuários de drogas, devendo ser desenvolvidas pelas três esferas de governo e também pelas organizações da sociedade civil.

Segundo Abrams & Lewis (1999) a redução de danos já faz parte da medicina desde a época de Hipócrates, quando já orientava aos jovens médicos e seus pacientes, “em primeiro lugar não causem danos”. Na verdade essa história na prática de saúde pública, está centrada nas estratégias de redução de danos desde a limpeza nos suprimentos de água até o rastreamento de doenças infecciosas.

Em um conceito de que a redução de danos aceita que bem ou mal, as drogas ilícitas fazem parte deste mundo desde sua evolução e entra na sociedade como forma de minimizar os efeitos danosos ao invés de simplesmente condená-los ou ignorá-los.

Em vista que a nossa Constituição Federal, já afirma em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante as políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco a doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988)

A origem da RD como intervenção na saúde e principalmente na questão as drogas, se decorreu na década de 20, mais precisamente em 1926, no Reino Unido quando aconteceu o Comitê de Rolleston quando um grupo de médicos definiu prescrever heroína e cocaína como aplicação de uma política

reducionista, com a finalidade de controlar a abstinência e logo após a I Guerra Mundial, essa prática foi abolida.

Com a troca de seringas e agulhas, os UDI os índices de infecção por HIV diminuíram. Em Amsterdã, por exemplo, as autoridades sanitárias incluíram em sua intervenção, programas redutores de danos que forneciam intervenções em situações de crises, dando suporte e encaminhando os dependentes às instituições de atendimento e bem como terapias de substituição de heroína por metadona e a troca de seringa.

Logo após, foi inaugurado o primeiro centro de RD chamado Maryland Center em Liverpool na Inglaterra, este centro contava com o programa de a troca de seringas e agulhas e com a intervenção do Dr. John Marks, desenvolveu a um programa bem parecido com o do Comitê de Rolleston, mas dessa vez reduzindo grandemente as mortes por overdose, com o programa de distribuição de heroína o usuário consumia uma quantidade controlada que não chegasse a overdose e uma substância mais pura.

Em 1990, foi realizada em Liverpool, a 1ª Conferência Internacional de Redução de Danos, esta conferência teve por interesse divulgar o novo modelo de política e compartilhar conhecimentos e as experiências em todo o mundo, promovendo as iniciações e evidências científicas a respeito do projeto. Como essa experiência impulsionou diversos países do mundo, em 1996 foi fundada a Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA)¹⁴ com o objetivo de apoiar o desenvolvimento da RD.

A partir das novas questões que foram colocadas no cenário histórico mundial, principalmente no período pós 2ª Guerra, para obter um melhor controle e tratamento dos usuários, havia uma deprimente condição dos institucionalizados em hospitais psiquiátricos, que foram comparados à lembrança dos campos de concentração, este caso era intolerável para a Europa democrática. Não apenas somam-se aos danos causados pela guerra em um enorme contingente de homens jovens, mas diante do projeto de reconstrução nacional, a reforma dos espaços asilares atualiza-se, então, enquanto imperativo social e econômico ante o enorme desperdício de força de trabalho.

¹⁴ IHRA – Internacional Harm Reduction Association

As primeiras experiências de psiquiatria reformada representaram reformas restritas ao âmbito asilar sendo as Comunidades Terapêuticas uma de suas principais representações. O termo comunidade terapêutica é consagrado por Maxwell Jones, na Inglaterra, em 1959. Passa a caracterizar um processo de reforma do hospital psiquiátrico, marcado pela adoção de medidas administrativas democráticas, participativas e coletivas. Para tanto, propõe a terapêutica ativa ou terapia ocupacional, e novamente temos o mito de que o trabalho seria a forma básica para a transformação dos doentes mentais, pois mediante o trabalho se estabeleceria um sujeito marcado pela sociabilidade da produção. Outra ordem de propostas baseava-se na integração dos pacientes em sistemas grupais, onde seus problemas poderiam ser compartilhados e debatidos, facilitando com isso sua ressocialização.

Enfim, por meio da concepção de comunidade, procurava-se desarticular a estrutura hospitalar considerada segregada e cronificada. A ênfase na comunicação livre entre equipe e grupos de pacientes e nas atitudes permissivas que encorajam a expressão de sentimentos, implicaria numa organização social democrática, igualitária e não numa organização social de tipo hierárquico tradicional.

Um dos problemas situados pelas comunidades terapêuticas referem-se ao seu afastamento do plano de realidade sobre o qual vive a sociedade, já que cria condições ideais dentro do espaço da instituição que não podem ser reproduzidas fora de seus muros. Dessa maneira cria-se um ambiente artificial, rigidamente controlado, e incute-se nos loucos a ilusão de que através de um exercício de convivência grupal realizado no interior destas comunidades, eles poderiam resgatar uma suposta autonomia e liberdade. No entanto, seu reingresso no mundo real continua perturbador, já que não encontram na vida em sociedade as mesmas condições ideais às quais estavam submetidos nas comunidades terapêuticas.

O que complementou o debate do controle das drogas e a intervenção ao tratamento dos usuários devido ao seu uso desordenado dessas substâncias, foi a organização de três marcantes convenções elaboradas pela ONU para debater as suas principais estratégias.

Em 1961 a “Convenção Internacional sobre Entorpecentes” trouxe duas respostas para a intervenção e controle das substâncias, “a primeira é a

limitação da posse, do uso, da troca, da distribuição, da importação, da exportação, da manufatura e da produção de drogas exclusivas para uso médico e científico e a segunda é deter e desencorajar os traficantes”¹⁵

A segunda convenção foi realizada dez anos após, em 1971, nomeada como “Convenção Sobre Sustâncias Psicotóxicas”, pois foi marcada pela extensão e vasta diversificação do uso de drogas, principalmente as sintéticas, onde além de expandir o controle também debateu o aumento da do uso e dependência, tratando esse assunto com medidas terapêuticas.

A terceira em questão foi a convenção “Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas” em 1988 e foi focada na luta contra o tráfico de drogas, uma das medidas mais utilizadas e debatidas nos dias de hoje, pois essa medida se desenvolve pelo controle das fronteiras, pelos grandes investidores na rotação do setor de lucro e lavagem de dinheiro, sobre os controles de qualidade, fabricação e criminalização dessas substâncias.

Outro momento importante foi a inserção das práticas de redução de danos na questão das drogas, foi a partir dos inúmeros casos de transmissão e disseminação do vírus da AIDS pelos Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), seguindo com a necessidade de ações preventivas e que não trouxessem ameaças a sociedade, apenas deixando o usuário em abstinência, surgiram os primeiros centros de distribuição e trocas de agulhas e seringas na Holanda e na Inglaterra entre 1986 e 1987. (Derricot, Prestin & Hunt,1999).

Enfim, a proposta atual é tratar as questões pertinentes ao uso de drogas de forma mais humanitária. Assim, as estratégias de redução de danos podem ser mais eficaz, sem negar a realidade do indivíduo ou modificá-la por discursos éticos ou morais e ao tratar o dependente das drogas como um indivíduo igual, criando um vínculo de adesão entre profissional e indivíduo, abre –se uma porta para despertar no outro o desejo de se cuidar. Trata-se de uma atitude que respeita a realidade posta ao indivíduo e oferece meios acessíveis para melhorar a sua qualidade de vida e principalmente sua saúde.

Logo, a prática pertinente a redução de danos está norteada por princípios. Princípios estes que procuram viabilizar a ética do cuidado, os

¹⁵ Disponível em: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html>

Direitos Humanos, a Saúde Pública e as ações e práticas baseadas em evidências científicas.

Para conhecermos a questão ética do cuidado precisamos em primeiro lugar conhecer a filosofia da palavra cuidado¹⁶. Onde do o Latim “cura ou coera”: expressão para atitude de cuidado de desvelo, de preocupação em um contexto de amor e amizade;

Cuidado pode ser definido como, uma atitude de desvelo, solicitude, zelo, bom trato; capaz de provocar preocupação e sentido de responsabilidade com o outro. Assim como na filosofia fenomenológica - existencial de Heidegger onde o autor trata “o ponto de vista existencial, o cuidado se acha a priori, antes de toda atitude e situação do ser humano...” (Heidegger, 1991)

A concepção de cuidado também implica na condição ontológica do ser humano e na filosofia fenomenológica existencial de modo que o homem se estrutura e se realiza no mundo com os outros, em sua essência (Dois modos-de-ser-do-homem-no-mundo), ou seja, no modo-de-ser-trabalho” e “ Modo-de-ser-cuidado” (Boff, 1999).

A negação do cuidado essencial: entrega total ao modo-trabalho de forma depredadora, da desumanização (coisificação) e do embrutecimento das relações.

A Obsessão, o cuidado em seu excesso ou o cuidado em demasia, que provoca pensamentos e comportamento repetitivos geradores de ansiedade (Transtornos ansiosos). O modo obsessivo e compulsivo pelo cuidado, supõe dois traços de personalidades. O primeiro traço, traço narcisista que pode ser reconhecido pelo excesso de cuidado consigo mesmo e o segundo traço, o perfeccionista, que pode estar associados até mesmo a doenças compulsivas, como por exemplo, o TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo).

A partir de traços de personalidades displicentes e descuidadas, está o descuido, apresentado pela carência ou ausência do cuidado, nesses traços ou fazem coisas demais ou não se empenham adequadamente no que fazem, as coisas aparecem mal feitas, largadas, caóticas. Humor facilmente irritável, episódios de descontrole dos impulsos (crises).

¹⁶ Do Latim “Cogitare-cogitatus” ou “coyedar, coidar, cuidar”: cogitar, pensar, revelar uma atitude de desvelo e preocupação.

A resiliência pode ser definida como capacidade de se renascer da adversidade fortalecido e com mais recursos. “É um processo ativo de resistência, reestruturação e crescimento em resposta à crise e ao desafio” (Pazzini, 2014)

Dentre estas ferramentas de interação para o exercício do vínculo e do cuidado, a resiliência permite aos indivíduos e grupos de pessoas resistirem aos desafios desorganizadores da vida e renascer a partir deles. Seu estudo permite desafiar a sabedoria convencional de que o trauma precoce ou grave não poderia ser desfeito ao longo da trajetória de vida de um determinado sujeito e seus familiares, transgeracionalmente. (Apollinaire, 2010)

A questão da resiliência é mais que apenas sobreviver, atravessar ou fugir de uma prova angustiante, alguns ficam presos numa posição de vítima, alimentando seus sofrimentos que através da raiva e da culpa ficam impedidos de crescer. Permitem às pessoas cuidarem de suas feridas dolorosas, retomarem e assumirem suas vidas e seguirem em frente para viver seus projetos de vida plenamente.

A Resiliência envolve “lutar bem”, experimentar ao mesmo tempo sofrimento e coragem no enfrentamento das dificuldades.

Trabalhar com a redução de danos faz com que as pessoas com problemas a fortalecer suas resiliências, resgatando assim o seu próprio cuidado essencial, o sentido de sua existência e a reconstrução de um projeto de vida. Isso permite a plenitude da experiência de uma crise na vida pessoal e coletiva e que vai influenciar a maneira como se vai seguir vivendo a vida

O acolhimento, determinado por uma postura que pressupõem uma atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e cuidar de forma humanizada dos indivíduos que procuram um serviço de saúde; é essencial para o a construção do vínculo e do sucesso terapêutico;

Na relação pessoal estreita entre o profissional e o indivíduo de mútua escuta, diálogo, respeito e segurança; com o passar do tempo, permite que os laços se estreitem, facilitando a continuidade do tratamento, é dado através da criação do vínculo.

Na relação direta entre melhora do quadro clínico apresentado desde que o tratamento proposto fosse seguido, ou seja, na adesão, está posta como

uma relação direta entre tempo de tratamento e os resultados obtidos. (IHRA,2010).

Como vimos neste trabalho a redução de danos vai se desenvolver desde a década de 20 para complementar medidas emergenciais, de acordo com o agravamento dos casos de ADS por usuários de drogas injetáveis.

No Brasil, não o diferente, a redução de danos teve sua discussão inicial no ano de 1983, no município de Santos, litoral de São Paulo, quando 1 em cada 4 casos de pessoas infectadas pelo vírus da AIDS eram usuários de drogas injetáveis (UDI). Em resposta a esse agravamento juntamente com o movimentos sociais que se iniciavam através dessas necessidades. Através disso estavam algumas pontes que ligavam as estratégias de redução de danos aos usuários de drogas injetáveis e debates para a interlocução de estratégias interventivas e redução do risco: um diálogo mais amplo sobre as causas e efeitos do uso de drogas e da AIDS; o controle do banco de sangue e campanhas pelo “sexo seguro” com testes e aconselhamentos. Até o momento em que os movimentos mais o Instituto de Estudos e Pesquisas em Aids (IEPAS) complementaram sua atuação com distribuição clandestina de seringas aos UID's.

Já em 1989 a Secretaria Municipal de Santos tomou novas medidas em relação ao agravamento do contágio da Aids por UDI, quando o médico David Capistrano complementou programas de distribuição de seringas as UDI's. Esta ideia foi baseada através dos programas de Redução de danos da Inglaterra e Holanda e expandida em outros países. Este programa recebeu inúmeras críticas e denúncias por estar “colaborando com o uso de drogas” até ser abolido após a entrada de alguns processos judiciais contra o projeto.

Mesmo com muita resistência o departamento de Psiquiatria da UNESP juntamente com o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) aprovaram a redução de danos como estratégia de saúde pública através do Programa de orientação e atendimento a dependentes (PROAD).

A Redução de danos se reformulou a partir do momento em que foi instituído na Constituição Federal de 1988 no seu 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” (Brasil, 2009)

CAPÍTULO II – SERVIÇO SOCIAL, QUESTÃO SOCIAL E DROGAS.

2.1 – Contexto histórico do Serviço Social no Brasil: 80 anos de profissão.

A intenção aqui é fazer, de modo geral, um passeio sobre a gênese e consolidação do Serviço Social no cenário brasileiro. São 80 anos de institucionalização da profissão no país e é importante trazer esse percurso com o intuito posterior de analisar os embates da categoria com a temática de drogas, seja no âmbito jurídico criminal, seja no que tange a política de saúde na sociedade capitalista.

A profissão só pode ser entendida no interior do desenvolvimento das relações sociais no modo de produção capitalista. Onde se firma como prática institucionalizada e legitimada na sociedade ao responder as necessidades das classes sociais na produção e reprodução dos meios de vida e de trabalho.

O processo capitalista de produção se expressa na forma de produção e reprodução das condições materiais da existência humana e as relações sociais. (IAMAMOTO, 2010) Capital e trabalho são categorias inerentes ao capitalismo, um pressupõe o outro, um recria o outro. O capital se expressa sob formas de mercadoria. As mercadorias são objetos úteis produtos de um trabalho, que se transforma em dinheiro, por meio do valor de uso do produto. É no ciclo do capital produtivo que ocorre a verdadeira transformação do dinheiro em capital, onde o valor se valoriza e o valor gera valor. (NETTO, 2013)

Das diversas formas de prática nas interações entre o homem e a sociedade, que trazem em si projeções individuais e coletivas, desenvolvidas pelos diversos sujeitos individuais e coletivos, que participam variados interesses sociais. Todavia, as relações sociais aparecem como relação entre coisas, esvaziadas de sua historicidade, mas devemos considerar o conjunto de capitalistas, detentores do meio de produção, e os trabalhadores, detentores da força de trabalho. Nesse processo, onde o trabalhador vende sua força de trabalho e o capitalista detém os meios de produção que lhe é monopolizada

privadamente, é que os trabalhadores se esvaziam, saindo do processo da mesma forma que ingressou, com a força de trabalho apenas, deixando a riqueza socialmente produzida para os outros. Com isso, sua única alternativa é retornar ao processo, vendendo sua força de trabalho para sobreviver. É neste contexto que ele produz e reproduz das classes sociais.

O significado social da profissão se instaura neste limiar, onde ele também participa da reprodução das relações de classe, sendo o Serviço Social uma profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho, onde sua força de trabalho é mercantilizada, por ser um trabalhador assalariado. (IAMAMOTO, 2010)

Atuando na chamada 'questão social', que nada mais é, do que a expressão do antagonismo de classes resultado do capitalismo e o processo de reconhecimento, organização e luta da classe trabalhadora. No Brasil, a generalização do trabalho 'livre' alcança fortes proporções, principalmente num contexto de sociedade escravocrata, como fora no passado. Então, o trabalhador se ver forçado a vender sua força de trabalho e vinculado agora a classe capitalista, ao invés de um senhor. Nesse sentido, sua sobrevivência agora está vinculado ao seu esforço individual, e por isso, a exploração do capital se torna desmedida. Todavia, o operariado se mobiliza contra a exploração abusiva da época, ameaçando a ordem pública. Por isso, tem-se a necessidade de controlá-los e a regulamentação jurídica é a forma utilizada através do Estado.

Assumindo em seu caráter, dimensões coletivas, que nessa perspectiva passam a representar as parcelas significativas da profissão certo autoconhecimento que está relacionado historicamente com a gestão e prestação de serviços no seio das políticas sociais, onde a profissão adquire um papel fundamental aos projetos societários

Em seu contexto histórico, o Serviço Social no Brasil partiu das ações da Igreja Católica juntamente com as ordenanças da burguesia para promover a aceitação do capitalismo, a filantropia que antes era apenas de cunho religioso e educativo passa ter uma função ideológica e de controle social, contribuindo indiretamente para a expansão do capital. Os antagonismos existentes se davam através de dois objetivos: a reprodução dos valores éticos do liberalismo para que fosse resgatado o seu prestígio social, ético e moral e a

hegemonia da Igreja Católica junto às classes subalternas e às famílias operárias sob fortes influências de ideias comunistas.

Podemos entender como projetos societários quaisquer práticas e atividades da sociedade, eles estão organicamente relacionados com os projetos de classes, isso é, atribuindo o pensamento marxista, se refere a uma sociedade se divide em classes “em sociedades como a nossa, os projetos societários são, necessários e simultaneamente, projetos de classe”. E por isso mesmo têm uma dimensão político-ideológica (Netto, 1996, p.143).

Ao partir dessa ideia, através dos sujeitos que se inserem nessa sociedade, conduzida historicamente, e que são frutos da existência de uma infinidade de projetos societários, dos quais concorrem entre si, objetivam o ideal pretendido. Esta relação implica, dentre outras coisas, a concorrência entre diversos projetos societários, a concorrência é fruto natural da construção da democracia, que traz consigo a pluralidade e a falta de concordância naquilo em que buscam defender.

José Paulo Netto (2006, p. 142), vai chamar de “projetos societários”. Trata-se daqueles projetos que “apresentam uma imagem de sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justificá-la e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la”. Os projetos societários são projetos coletivos; seu traço peculiar reside no fato de se constituírem como projetos macroscópicos, como proposta para o conjunto da sociedade.

Para entender a construção do projeto ético político do Serviço Social no contexto da disputa por projetos Netto (1996, p. 144) vai nos trazer a proposta de que os projetos profissionais são projetos coletivos: “relacionados às profissões – especificamente as profissões que reguladas juridicamente, supõem uma formação teórica e/ou técnico interventiva, em geral de nível acadêmico superior” que no caso em que aqui estamos apresentando, mais especificamente, o Serviço Social, ou seja, os projetos profissionais estão atravessados pelo projeto societário de uma determinada categoria que em geral está em consonância com o projeto societário hegemônico daquele corpo profissional.

O Serviço Social de antes não estava atendendo aos interesses da classe trabalhadora e sim dos capitalistas por parte do Estado, que é o

principal gestor das políticas e dos setores privados que intermediava os grandes meios de produção. Os projetos nos quais estavam em jogo no período seriam fundamentais para determinar as lutas dos movimentos sociais pela redemocratização da sociedade e pelo Estado de Direito que ocorreram antes, durante e após a ditadura militar.

O projeto na qual o Serviço Social vai propor defender, o projeto ético político, está estruturado nas alterações históricas e sociais, que vão expressar o desenvolvimento teórico e prático da profissão e das transformações operadas sob o perfil de seus agentes. Tendo em vista que a ideia deste projeto é romper com as correntes conservadoras, com novas respostas que possam confirmar o Serviço Social no tempo e espaço da sociedade.

No momento do ressurgimento das forças democráticas na crise do regime ditatorial que o Serviço Social surgiu inserido neste processo com uma inovadora proposta de atuação comprometida com a classe trabalhadora. A partir desse processo, a profissão passou por grandes mudanças decorrentes das transformações ocorridas no mundo do trabalho, os desafios impostos à profissão trouxeram também a necessidade de obter respostas profissionais mais críticas acerca da realidade, respostas estas que exigiu cada vez mais profissionais críticos e propositivo como formação acadêmico-profissional mais sólida, atendendo os interesses e necessidades dos seus usuários.

Netto (2006) analisa a postura crítica na qual o Serviço Social “tradicional” este foi o passo inicial para as mudanças na prática profissional do assistente social. Foi em contrapartida de suma importância para seu rompimento com algumas vertentes conservadoras e imposição de novos elementos que se objetivam e se expressam na realidade. O primeiro elemento está interligado a prática profissional que se configura pelas disfunções individuais e sociais, onde os objetos retornam para a integração social, além da doutrina da Igreja Católica ceder lugar a correntes psicológicas como o positivismo e o funcionalismo norte-americano com a preocupação de inserir a profissão numa moldura teórica e metodológica. Este momento foi marcado pela Perspectiva Modernizadora cujo interesse baseava em adequar a profissão às exigências postas pelos processos sociopolíticos emergentes no pós 1964.

Outro elemento construtivo para este debate decorreu a partir do momento em que o Serviço Social teve sua aproximação com a base fenomenológica, onde suas atribuições estavam voltadas ao resgate de algumas práticas conservadoras, em contrapartida com as propostas Marxistas e marcada por um toque de modernidade em suas relações, este momento está marcado como renovação do conservadorismo.

E por fim, construindo uma nova base teórico-metodológica, perpassando a década de 80, o processo em que começa a construir o chamado projeto ético-político da profissão, sendo expresso como “Intenção de Ruptura”, intenção esta que apoiava e integrava a construção de uma perspectiva crítica com base nos desafios postos pela realidade em identificar as dimensões econômicas, políticas e ideológicas dos fenômenos que expressam a “questão social”. Para tanto se faz necessário um profissional informado, crítico, propositivo, dinâmico, capaz de alcançar o rumo ético-político determinado pela conjuntura política, econômica e social na contemporaneidade.

A defesa pela consolidação desse processo ocorreu nos anos 90 após lutas travadas ao longo dos anos 70 e 80. Este projeto foi materializado no Código de ética de 1993, da lei de Regulamentação da Profissão (8662/93), sancionada também no ano de 1993, além da proposta de Diretrizes Curriculares para o curso de Serviço Social em 1996, formulada pela então Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social- hoje ABPESS. Todavia, mesmo com a consolidação desse projeto as mudanças que ocorreram na sociedade, põem limites e desafios para o Serviço Social. Iamamoto (2009)

Como vimos no início deste capítulo, reconhecemos o homem como ser social, dotado de liberdade, valor, história, capaz de transformar a si e a natureza. Reconhecemos também, a liberdade como valor ético central, ou seja, a liberdade nos é concedida historicamente como possibilidade de escolher entre alternativas concretas. Barroco (2001) “Quanto mais consciente, crítica e competente – em seus fundamentos teóricos metodológicos, técnicos operativos e éticos políticos – for a realização deste trabalho, mais capaz potencialmente será de construir respostas alternativas às limitações objetivas postas pela sociedade burguesa a realização dos direitos sociais e cidadania, à ampliação da liberdade como valor ético central”

Estas escolhas estão inseridas diretamente na construção do projeto ético político do Serviço Social, pois implica na realidade cotidiana, na intervenção e nas particularidades da profissão. Para amenizar os dilemas inseridos na prática profissional precisamos ter olhar crítico fundamental na sociedade capitalista, pois os instrumentos e valores são retificados, ou seja, encharcados de valores ideológicos da classe burguesa.

Como nos define Netto sobre os projetos profissionais inclusive o projeto ético-político do Serviço Social:

Apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas (1999, p. 95).

E mais ainda:

[...] são construídos por um sujeito coletivo – o respectivo corpo (ou categoria) profissional que inclui não apenas os profissionais “de campo” ou “da prática”, mas que deve ser pensado como o conjunto dos membros que dão efetividade à profissão (Netto, 1999 p. 96).

O projeto profissional do serviço social vai se expressar em diferentes dimensões, em seus fundamentos teóricos-metodológicos, técnico-operativos e ético-políticos. Isto se faz a partir do momento em que o profissional segue os preceitos éticos da sua profissão, isto é, por mais que categoria dos assistentes sociais não seja homogênea e do mesmo pensamento, historicamente está categoria deve papel fundamental para o avanço da concepção de cidadania em nosso país, e é isto que nós profissionais contemporâneos devemos dar continuidade, lutar coletivamente pelos nossos direitos enquanto profissionais, defendendo a nossa relativa autonomia, bem como defender os direitos daqueles que procuram os nossos serviços.

Necessitamos também tomar a categoria ética como transversal para a intervenção profissional, a ética possibilita ao assistente social encarar os fenômenos sociais de forma crítica, entender a historicidade que determinaram tal fenômeno e não atuar de forma imediata sobre o mesmo compreendo-o tanto na sua aparência quanto na sua essência.

2.2 – Serviço Social, saúde e saúde mental.

Conforme Matos (2003), o início do Serviço Social na saúde se deu no Serviço Social de caso, de forma individual e curativa e as mudanças só ocorrem, de fato, nos anos de 1980. Antes, porém, baseado no novo conceito de saúde da OMS, em 1948, já começa a ressignificar a intervenção profissional que começa a investir em ações educativas no que tange a higiene e saúde da população. (BRAVO, 2006)

Na saúde mental, a inserção do serviço social, vai se desenvolver a partir da reforma psiquiátrica, que ocorreu a partir da luta antimanicomial, sua proposta era transformar o modelo sócio-assistencial em saúde mental e construir um novo estatuto social para o designado “louco”, o estatuto de cidadão como todos os outros.

O Serviço Social, portanto, se insere nesse modelo, como agente de transformação na realidade dos indivíduos. Com base no projeto ético-político da profissão, que fomentam a compreensão do significado da realidade social como profissionais que atuam diretamente nas expressões da questão social de forma coletiva e ontológica do ser social.

Em 1945/1950, os assistentes sociais são contratados para atuar em hospitais, por conta da Política Nacional de saúde da época, que era vinculada a previdência social, logo de caráter excludente e seletivo. Durante esse tempo, sua principal atuação se pautava na mediação entre a população e a instituição, numa visão de aderir e se adaptar ao tratamento, vinculado ainda ao Serviço Social de caso.

Com as transformações na profissão, entre os anos de 1960 a 1980, com o Movimento de reconceituação, o conservadorismo no âmbito da saúde também começa a ser questionado juntamente com a construção da reforma sanitária. Com a chegada do neoliberalismo, o Serviço Social se viu entre dois projetos de saúde, a Reforma sanitária e a privatista, onde nessa última, as ações tendiam para o âmbito da fiscalização e do assistencialismo.

Vasconcelos (2006), aponta para o processo de trabalho do assistente social na saúde. Segundo a autora, os profissionais nos anos 1990, tendiam a compreender as ações de forma mais imediata, exercendo as atividades

desresponsabilizando o Estado, culpabilizando o indivíduo e se vinculando as fragmentações e focalizações das políticas sociais. Contudo, a perspectiva de atuação deve ser dirigida por questões de médio e longo prazo, compreendendo a saúde como um direito de todo e qualquer sujeito. Conforme Bravo (2007) as demandas apresentadas ao Serviço Social, nesse âmbito concerne viabilização do acesso democrático às informações relacionadas a saúde e principalmente a fomentação a participação popular. Alicerçado assim, no projeto ético-político da profissão, fundada numa compreensão da totalidade dos usuários e nas condições sociais que interferem no processo saúde-doença.

Possibilitando a discussão a respeito das práticas de saúde pública, Bravo (2007) vai nos enfatizar uma reflexão crítica acerca das contradições vigentes de nossa sociedade e as políticas do SUS, que ao mesmo tempo defendem a saúde como um direito social, trazem seus declínios resultantes da contradição entre capital x trabalho. E no que tange a nossa política, uma política que visa atender a antagônicos interesses.

Bisneto (2009) vai enfatizar sobre a reforma psiquiátrica de forma que sua intenção seja substituir o modelo manicomial pela criação de redes de serviços territoriais de atenção psicossocial, ou seja, ao invés de acabar com o tratamento clínico dos transtornos mentais, pretende eliminar a prática do internamento como forma de exclusão social dos indivíduos portadores de transtornos mentais. “Tanto o Serviço social contemporâneo, quanto a psiquiatria do Movimento da Reforma Psiquiátrica tem influência do movimento Institucionalista e do Sanitarismo”. (Bisneto. 2009. Pag 40)

Para isso, faz-se necessário a construção de um novo modelo de cuidado, onde os usuários tenham à disposição serviços mais abrangentes, com equipes multidisciplinares para acompanhamento terapêutico, dentre suas necessidades, adquirem também a condição de agentes no próprio tratamento. Nessa atribuição está o direito de se organizar em associações que podem se conveniar a diversos serviços comunitários, promovendo a inserção social de seus membros.

Em falar em cuidado, os serviços territoriais visam estabelecer uma forma de tratamento que não envolva apenas o processo de diagnóstico e cura como já pretendia a psiquiatria clássica. O novo modelo de tratamento previsto

pela Reforma psiquiátrica pretendia cuidar dos portadores de transtornos mentais como um todo, não apenas em seu processo de adoecimento mental, mas obter cuidados que visem a individualidade e a relação com o meio social de cada indivíduo.

Bisneto 2009, enfatiza a lógica da descentralização e da territorialização do atendimento na saúde, que instituída na Lei Federal através do Sistema Único de Saúde (SUS), onde todos esses espaços seguem a mesma lógica, a da não exclusão, e destina uma política de saúde (SUS) que visa o cuidado aos portadores de transtornos psíquicos, tendo como princípios:

- Universalidade ao acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência
- Integralidade de Assistência.
- Direito de informação as pessoas assistidas sobre sua saúde.
- Participação da comunidade.
- Regionalização dos Serviços de Saúde.

Tendo em vista em nossa atual realidade, mesmo em novas construções a respeito das políticas de saúde, pouca coisa mudou em favor e benefício dos profissionais que se inserem e das políticas que tangem a defesa do acesso universal a saúde. Perpassando todo aparato que envolve a saúde mental dos indivíduos, o uso de substancias retratadas cada demanda que está posta ao profissional de serviço social e demais profissionais, cabe elencar que essa realidade implica contra o sistema de reforma psiquiátrica na saúde mental. Pois as condições geradas a partir d que se expressa nessa vivencia e sobrevivência trás a tona o quanto um (usuário) desse sistema necessita de uma atenção integral a sua saúde física, psíquica e mental.

Este questionamento está voltado ao exercício que fazemos diante a construção de projetos para uma rede pública de assistência em saúde mental que enfatiza uma proposta de intervenção desmontando a ideia de que só se trata o problema da saúde mental em manicômios, ou seja, não se faz necessário estar institucionalizado para tratar a loucura e o sofrimento das pessoas.

Rotelli & Amarante (1992) define a intervenção da assistência social como um processo permanente de construção de uma multiplicidade de

serviços e circuitos que buscam superar cotidianamente os vícios dos saberes completos os vícios das instituições totalitárias, para produzir trocas sociais, possibilidades e subjetividades sempre novas e plurais.

Na contra-corrente das tendências dominantes, avaliamos ser profundamente pertinente e necessária uma análise de caráter ontológico sobre o uso de drogas e sobre as respostas sociais e de saúde nessa área, na medida em que entre as escolhas dos indivíduos sociais frente à diversidade de drogas disponíveis e as respostas formuladas para o atendimento das expressões fenomênicas desses usos há uma série de complexos mediadores que articulam cada uma dessas esferas à totalidade social. (BRITES, 2006, p. 16)

Os novos serviços de atenção diária nascem então com a missão de substituir totalmente o modelo antimanicomial e organizar uma rede assistencial que possa fazer o sujeito, as famílias e as cidades prescindirem o manicômio. Essa estrutura está para além dos CAPS, envolve uma ampliação das oportunidades de discussão das dificuldades presentes no cotidiano dos usuários e de modos e enfrentamento da desvantagem social valorizando uma visão e uma visão política entre todos.

Como proposta de intervenção, estão as oficinas terapêuticas, que visam envolver os usuários de forma que construa uma integração e construção de uma estrutura mas coletiva, favorecendo a convivência e a troca de experiência. (PRATA, P. 164-166. 2004)

O maior valor dentro desse olhar, que apresenta a proposta de um projeto profissional de portas mais abertas e uma forma de trabalho mais flexibilizada que supõe o diálogo e a liberdade entre os usuários assistidos pelos programas de saúde mental e os respectivos profissionais, principalmente para serviço social é a prática do diálogo. O respeito a singularidade e aos direitos daqueles que utilizam o serviço e querem ser ouvidos e considerados em sua dimensão psicológica e social.

2.3 – Relatos da experiência de estágio: Drogas e redução de danos

Como apontamos no capítulo 1, a Política Nacional Antidrogas tem o objetivo de pensar em ações para serem efetivadas a partir da descentralização em nível municipal, para que as demandas sejam atendidas no local adaptando a realidade de cada município. Pauta-se também a necessidade de que o SUS assuma ações integradas com outras políticas relacionada a questão do uso e abuso de álcool e outras drogas, visando a promoção, prevenção e tratamento de forma continuada. Evitando as internações hospitalares (manicômios e hospitais psiquiátricos). Para isso, é necessário contar com a rede de atenção básica, promovendo a inserção das equipes das Unidades Básicas de saúde e de Saúde da família no trato a essa questão e potencializar os Centros de Atenção Psicossociais de álcool e outras drogas (CAPSad).

Entretanto, o que temos assistido é a fragmentação, precarização e até o não atendimento dessas demandas. Nesse sentido, exponho a seguir minhas vivências em dois espaços distintos, enquanto estagiária, que revela as problemáticas encontradas na realidade brasileira.

Durante o período de março de 2011 a julho de 2013, realizei estágio no Centro Municipal de Reabilitação. Essa instituição é pública da prefeitura municipal de Rio das Ostras e coordenado pela secretara de saúde do município. O espaço está destinada a atender as demandas de usuários da saúde mental para reabilitação. .

A instituição conta com os profissionais de psiquiatria, psicologia, neurologia, fonoaudiologia, fisioterapia, enfermagem e serviço social. As equipes estão divididas para atender as crianças/adolescentes (reabilitação e saúde mental) e reabilitação adulto, saúde mental e álcool e drogas (Caps AD). Esta instituição está amparada pela Política de Saúde (SUS), de Assistência Social (LOAS), Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Estatuto do dooso (EI) em ligação com outras instituições (Fórum, Conselho Tutelar, Delegacia, escolas, postos de saúde etc.)

A equipe Álcool e Drogas (AD) é uma equipe composta por duas psicólogas, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e uma psiquiatra. Essa equipe é responsável por atender jovens e adultos em uso experimental,

abusivo ou prejudicial de substâncias psicoativas, além de realizar o acolhimento de seus familiares.

A equipe realiza diversos atendimentos previamente agendados. Além de contar com grupos de tabagismo, com os familiares, de uso inicial e de uso prejudicial de drogas, além de cada profissional ter o seu horário para atendimento das demandas individuais. E também realizam visitas domiciliares e institucionais.

O objetivo do Serviço Social na equipe é promover atendimento ao público alvo do serviço na perspectiva da garantia dos direitos sociais tendo em vista a melhoria na qualidade de vida de cada usuário e família a fim de responder as questões que envolvem o uso prejudicial das substâncias como o álcool, tabaco e outras drogas

O Serviço Social nesta instituição utiliza como métodos o atendimento individual e coletivo, realiza visitas domiciliares e institucionais, acolhe, encaminha o usuário aos serviços disponíveis na rede, além de orientar e acompanhar aos familiares. Junto com a abordagem individual (primeiro atendimento) e acompanhamento semanal, também desenvolve seu trabalho junto com a terapia ocupacional em grupo, com dinâmicas, trocas de experiências e palestras importantes para o usuário da rede.

Por se tratar de substâncias psicoativas alguns usuários chegam ao serviço com comportamento alterados em uso recente de drogas, situações de violência com familiares ou riscos pelo tráfico, alguns por vontade própria, outros por obrigação de familiares, outros por ordem judicial.

Um atendimento envolve vários tipos de usuários, desde aqueles no início do uso, até aos que já se encontram debilitados pelo uso prejudicial dessas substâncias, o modo em que o profissional vai se colocar diante cada usuário é muito importante para sua compreensão. O uso de substâncias não atende a só uma classe, ela está inserida em todas as camadas sociais e econômicas.

Durante o período em que permaneci na instituição, percebi que ao realizar o atendimento, a profissional de Serviço Social se coloca ali como uma profissional que orientará e trabalhar em cima das demandas dos usuários. Realizando um atendimento bem dialogado e que deixe o indivíduo bem à vontade para expor suas necessidades e conflitos. Ali ela coloca o atendimento

não como forma de julgar ou educar o indivíduo, mas sim de informa-lo dos riscos, tirar dúvidas, e desencadear uma proposta para a intervenção. Afinal cabe ao indivíduo a liberdade de fazer suas escolhas.

É de entendimento da profissional que os efeitos gerados pelo uso de drogas lícitas e ilícitas como o álcool, o tabaco, a maconha, a cocaína, o crack, dentre outras substancias, colocam o indivíduo em pleno prazer, fugindo daquela realidade que muitas das vezes se intercala e se traduz nas suas situações familiares, econômicas, emocionais e psíquicas. A consequência deste uso abusivo de drogas interfere na saúde mental, na saúde física e num movimento de exclusão do indivíduo em relação a sociedade. E salienta que o uso e abuso dessas substâncias podem expor os usuários a contaminação da AIDS e outras DST.

A experiência com a redução de danos neste ambiente foi com os grupos de tabagismo e com os grupos de usuários e familiares. A redução de danos era utilizada nos debates de prevenção ao uso do tabaco, álcool e outras drogas. Além do aconselhamento sobre as formas de uso, da quantidade e qualidade dessas drogas, ou seja, propiciar ao usuário reflexões sobre os malefícios do uso abusivo e formas de reduzir os danos pelo uso, como por exemplo: trocar bebidas de alto teor alcoólico por bebidas de baixo teor alcoólico, reduzir quantidades de cigarros, trocar marcas de cigarro que influenciam riscos para a saúde por conter substancias mais toxicas, fazer a troca de medicamentos por chás, ou até mesmo uma alimentação antes do uso. A redução de danos pode ser realizada de diversas formas, até mesmo nas formas mais simples mudando alguma atitudes que influenciam na saúde do indivíduo.

Em primeiro lugar, é realizada a porta de entrada onde ali a profissional e o usuário tem um primeiro contato. A profissional ali se apresenta, apresenta os objetivos da equipe e escuta o que o usuário demanda, dentro dessa escuta, a profissional propõe formas de intervenção e inicia junto ao usuário um processo de reflexão, tentando construir soluções possíveis para um convívio melhor.

Quando chega à equipe um paciente debilitado em sua saúde física ou alterado em seu estado psíquico é encaminhado ao pronto-socorro, a fim de receber uma medicação e um serviço mais imediato. Quando o paciente corre

risco de vida ou coloca em risco a vida de terceiros, é encaminhado para internação, na qual terá que esperar vagas em alguma clínica pública ou privada. Enquanto aguarda a vaga o paciente é atendido por um psiquiatra para um tratamento com medicamentos. Nos casos em que o paciente está ciente de sua situação e já foi feito um primeiro acompanhamento ou já está adentrado a equipe, é feito o convite para comparecer às reuniões em grupo, ou acompanhamento individual, ou encaminhamento ao serviço de psicologia, psiquiatria, e aos serviços disponíveis pelo município, estado ou federal (secretaria de esporte, saúde, inclusão em cursos, benefícios remunerados, cestas básicas, etc.).

A relação profissional/ usuário se desenvolve gradativamente, de acordo com o que o usuário explicita, o profissional coloca no seu atendimento não como uma forma de ajuda, mas um direito.

Compreender o instrumental técnico operativo do serviço social nas suas articulações com as configurações do espaço sócio ocupacional e com os projetos profissionais construídos ao longo da história da profissão remete-nos a duas dimensões fundamentais para a análise do serviço social: as demandas sociais que exigem iniciativas de intervenção social das quais participam os assistentes sociais; e a elaboração de respostas profissionais quando da participação dos assistentes sociais nestas iniciativas de intervenção social. (IAMAMOTO, 2009, p. 57.)

A profissão no atendimento as demandas consegue ir além do que é colocado, do que se apresenta, e assim como apontado pela teoria marxista, busca ir além da aparência, buscando a essência, buscando conhecer as reais condições dos usuários que chegam suas necessidades que vão para além do motivo que os levam a instituição – como um problema de dificuldade de aprendizagem, por exemplo - descobrindo em alguns casos um problema intrafamiliar que gerou aquela dificuldade, além de outros fatores.

A condição de familiares que chegam ao serviço na maioria dos casos é de desespero, com o emocional abalado, culpabilizados sobre o uso das substâncias de seus próximos. Ao participarem do atendimento de grupos ali trocam experiências e juntos conseguem se fortalecer e cuidar um pouco de si. Em face à nossa realidade, a equipe encontrava-se com apenas dois profissionais para um atendimento com cerca de 50 pacientes/dia, tornando um atendimento precário onde dificilmente conseguiria garantir uma escuta atenta a todos. Dentro desta perspectiva, a falta de recursos como veículos,

computadores/ acesso à internet, telefone para a equipe, espaço físico para atendimento adequado, escasso número de profissionais e falta de organização política e administrativa impõe limites ao atendimento profissional.

Essas limitações estão elencadas ao desencadeamento do Sistema Único de Saúde que em nosso país é um sistema tão bem planejado na letra da lei, mas sua efetividade não é garantida. Mesmo que por um direito previsto constitucionalmente ao acesso a saúde de qualidade, tendo como princípios a universalidade. Os serviços de saúde em todos os níveis de assistência, integralidade de assistência, direito de informação as pessoas assistidas sobre sua saúde, participação da comunidade e regionalização dos serviços de saúde. Pensar na má qualidade de saúde de nosso país requer uma análise na atuação do poder municipal, estadual e federal e nas instâncias legislativas, executivas e judiciárias.

As políticas sobre drogas hoje, não foi capaz de criar e efetivar estratégias ou soluções eficazes e não repressivas para essas questões. Os recursos econômicos ainda são poucos para uma intervenção na saúde de e para uma atenção especial aos usuários de substâncias e seus familiares. Quando se questiona sobre esse agravamento da questão sobre as drogas e das políticas interventivas do Estado, todo esse processo se dá em um contexto construído historicamente pela ausência ou intervenção limitada do Estado na saúde, educação, habitação, etc.

Os conflitos gerados quando se trata de interesses públicos/privados como a dependência de respostas do Estado para benefícios, internações, medicamentos, tendo em vista o escasso número de profissionais na equipe e na própria instituição se transmuta em enormes filas de espera para os serviços de psicologia, psiquiatria, fisioterapia, dentre outros, profissionais com muita sobrecarga, tornando os atendimentos rápidos e com pouco aprofundamento sobre o tratamento dos pacientes tornando um atendimento ineficaz, os baixos salários contribuindo para um desinteresse profissional. Restringindo e limitando toda estrutura do que é uma saúde universal e de qualidade.

Após esse período, como estagiária, na ponta, ou seja, exercendo atividades de relação direta com a população usuária. Me inseri em outro aspecto da Política sobre drogas, que é a gestão no município de Macaé-RJ.

Durante o período de agosto de 2013 a janeiro de 2014, fui estagiária na Coordenadoria Geral de Políticas Sobre Drogas (CGPOD). A CGPOD faz parte da estrutura básica da administração pública Municipal de Macaé foi criada pela Lei Complementar n: 164/2010, possuindo status de estrutura de Secretaria Municipal e está vinculada diretamente ao gabinete do Prefeito.

A coordenadoria é responsável por executar a política municipal sobre álcool, tabaco e outras drogas nas questões referentes as substancias psicoativas que causem dependência física e/ou psicoativa. Coordenar e integrar as ações do governo nos aspectos relacionados as atividades de prevenção, tratamento ao uso/abuso de substâncias psicoativas, de acordo com a Política Nacional Sobre Drogas. Coordenar e integrar as ações do governo nos aspectos relacionados ao Programa Federal: Crack é possível vencer, de acordo com a Política Nacional Sobre Drogas.

Em tese, o trabalho é intersecretarial, no sentido de que faz articulação com as secretarias de Educação, Ordem Pública, Desenvolvimento Social para o fortalecimento da rede de álcool e drogas. Assim, em linhas gerais, a pretensão da Coordenadoria seria capacitar e habilitar os profissionais de educação para melhorem seus conhecimentos sobre saúde mental, sobretudo o que tange a álcool e drogas com o intuito de promover oficinas e práticas educativas que relacionem os docentes e discentes.

E dentre os profissionais que compõem a equipe da Coordenadoria está o assistencial social. Segundo a instituição o assistencial social, deve além de capacitar, habilitar e promover oficinas com os profissionais de educação, instrumentalizar as escolas com o intuito de construir e manter programas de prevenção, fomentar a implementação de ações alusivas a data comemorativa nas escolas, fomentando o protagonismo infanto-juvenil. Bem como, estimular a intersectorialidade fortalecendo as formas de prevenção, além de criar estratégias junto a universidades públicas e privadas, além de propor pesquisas no ambiente escolar e assessorar e supervisionar a implantação dos programas nas escolas. E por fim, emitir pareceres a assuntos relacionados a questão de drogas e educação e realizar o mapa de vulnerabilidade das escolas com o suporte do Núcleo de Projetos e Pesquisas/Cgpod em parceria com o Serviço Social da SEMED.

No período em que fiz estágio, a Coordenadoria era dividida em núcleos de inserção, e eu estava vinculada ao núcleo de inserção na educação. Assim, através da leitura e participação de reuniões de equipes pude apreender com a minha rápida passagem pelo setor a importância de ter ações e projetos educacionais de prevenção ao uso de drogas, pois compreendo que a escola é um espaço de proteção social, é na escola que vai formar agentes de transformação e sujeitos de direitos.

É importante frisar o serviço social nesse contexto de interdisciplinariedade e intersectorialidade, que no caso, a escola é um lugar onde está refletida toda uma série de fenômenos expressados pela "questão social" que mesmo sendo fenômenos novos e a cada dia mais naturalizados em nossa realidade se manifestam de forma muito mais complexa e intensa. Como vemos a cada dia a juventude que perpassa um processo de afirmação e reconhecimento enquanto categoria social, uma juventude ligada cada vez mais ao consumismo e imediatismo, e nesse imediatismo está o precoce uso de drogas, e também do álcool, pois por ser uma substância lícita e de fácil acesso, até mesmo pela culturalização de nosso país, o uso de álcool, tabaco e drogas (lícitas e ilícitas) está cada dia mais precoce. Além de outros fatores adentrados a essa realidade está a cultura do tráfico, gravidez na adolescência, a perda do interesse social da escola como agente de mudança reflexiva e espaço de construção cultural e de ideias.

A cidade de Macaé, no norte do estado do Rio de Janeiro, é conhecida como "Princesinha do Atlântico" e, internacionalmente, como a "Capital do Petróleo". Em face as questões geradas pelas desigualdades sociais, principalmente quando pensamos nas estruturas organizadas da sociedade, por ser uma cidade de grande capital financeiro na qual muitos migram em busca do "El dourado" e que na verdade sofre por uma grande crise financeira, como vemos em nossa atualidade e uma larga escala de desemprego e questões sociais interligadas em seu contexto.

Por ser uma cidade de maior proporção, o município de Macaé abrange uma maior visibilidade em políticas e programas sociais do governo para atender as diversas e largas demandas de uma cidade potencialmente grande e com condições sociais de violência, tráfico, uso de drogas e etc.

Em suma importância, a CGPOD abrange em termos de políticas de drogas os programas e benefícios do governo Estadual e Federal como o programa “crack é possível vencer” e desenvolve no município programas e projetos em atenção e prevenção ao uso de drogas. Uma dessas formas de atenção é a Escola de Redução de Danos Peito do Pombo que oferece entre ações de ensino, prevenção e qualificação na temática sobre drogas, principalmente nas escolas do município. Uma ação importante é o curso de Redução de Danos oferecido pela CGPOD em parceria com outras instituições e dispositivos de atenção, educação e cuidado com a saúde e a vida. Este curso é destinado a profissionais de saúde, assistência social, educação, esporte, cultura, judiciário e etc.

A política de drogas em Macaé, está integralizada na Rede SUS/RAPS – (REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL) conta com dispositivos de atenção a saúde e promoção da vida como CAPS AD, Casa da Convivência e Consultório na Rua, e, na Rede SUAS (SISTEMA ÚNICO DE ASSISTENCIA SOCIAL) com os dispositivos Pousada da Cidadania e Centro PoP além da participação de Redes não governamentais que fazem papéis importantes para a prática do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na busca por construir uma reflexão mais aprofundada sobre a importância redução de danos no atual cenário e como essa prática está inserida nos municípios de Rio das Ostras e Macaé. Foi importante buscar em seu contexto histórico como se fundamentou a política de drogas no mundo e no Brasil até chegar a uma intervenção com caráter menos punitivo e mais cuidadoso nas questões que inserem o contexto do uso e abuso das drogas, isto é, buscar através das práticas da atenção à saúde um olhar que vise o indivíduo como um ser de direitos e escolhas, onde o usuário de drogas deixe de ser estigmatizado como criminoso e passe a ser um real beneficiário das políticas públicas e de saúde.

Mesmo em meio as desigualdades sociais geradas pela má distribuição política e econômica, principalmente no município de Macaé que é um município com muito mais estrutura econômica que a cidade de Rio das Ostras podemos perceber que as condições nas quais se encontram não permitem que o indivíduo seja atendido em suas necessidades básicas de saúde, educação e até mesmo de vida. Podemos aqui refletir sobre uma contradição de inserção das políticas públicas entre um município e outro. O Estado elabora políticas sociais para minimizar os efeitos da exclusão social, mas as condições postas aos indivíduos sempre são mínimas quando falamos de efetivação de direitos, inclusão e qualidade de vida.

Vimos um município na qual possui apenas uma equipe que com seu esforço coletivo busca atender as demandas, mas esse atendimento se torna restrito por não possuir condições de trabalho e meios de intervenção, para a realização concreta de atendimento a esses usuários. E outro município que por seu engajamento e contexto já abrange uma política e intervenção mais ampla, eficaz e diversificada.

Inserir o Serviço Social nesse contexto é integrar uma parcela da responsabilidade do Estado com o indivíduo e buscar articular a Rede de forma que tende a abranger a todos universalmente. Pois reforçando ao que diz a nossa Constituição no artigo 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”.

É importante inserir a redução de danos nos dispositivos de atenção de forma que vise articular as políticas públicas intersetoriais para que se construa uma maior potência nas ações da Rede de Assistência de álcool e outras drogas, tanto com ações de prevenção ao uso, quanto na capacitação de profissionais e pessoas inseridas no convívio social do uso de drogas. Construindo assim, políticas mais eficazes de saúde e uma intervenção profissional com mais qualidade e garantia dos direitos humanos e universais, trazendo ao indivíduo uma melhor qualidade de vida mesmo em meio ao uso de drogas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ACSELRAD, Gilberta (org.). 2005. Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos. Rio de Janeiro: Fiocruz.

AMARANTE, Paulo. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Política social: fundamento e história. São Paulo: Cortez, 2007. (Biblioteca básica de serviço social; v.2).

BOFF, Leonardo. Saber cuidar: ética do humano. Petrópolis: vozes, 1999.

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa. Brasil. 31.ed. rev. e ampl. São Paulo: Saraiva 2003.

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

_____. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Lex: coletânea de leis, decretos e regulamentos para instrumentação do(a) assistente social. CRESS/SP – 9ª Região (org.) São Paulo: O Conselho, 2004.

_____. Constituição Federal (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Edição Administrativa atualizada em 2003.

_____. Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas / Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

BRAVO, M.I.. [et al], (orgs). Saúde e Serviço Social. 2. ed. –SP: Cortez: RJ: UERJ, 2006.

_____. (Org). Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. 1.ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007

BRITES, Cristina Maria. Ética e uso de drogas: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos. Tese de Doutorado. PUC/ SP, 2006.

BUCHELE, F.; CRUZ, DD de O. Aspectos socioculturais do uso de álcool e outras drogas e exemplos de projetos de prevenção. Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias.–4. ed.–Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas–SENAD, 2011.

BUCHER, R. Drogas e drogadicção no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996

COUTO, Alessandro Buarque. Explicando a lei seca de transito (lei 11.705/2008).30/08/2008.

Disponível em: <http://www.unifebe.edu.br/revistadaunifebe/2011/artigo010.pdf>

FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2000. 551p.

HEIDEGGER, Martin. Seminários de Zollikon: protocolos – diálogos – cartas.; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2009. (Coleção pensamento humano).

IAMAMOTO, M. V. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos. São Paulo: Cortez, 2010.

_____, CARVALHO, R. Relações sociais e Serviço Social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2009.

LEAL, Erotildes Maria; DE SERPA JR, Octavio Domont; MUÑOZ, Nuria Malajovich. A clinica da “disfunção social”: contribuições da psicopatologia do senso comum. Saúde Mental e Saúde Pública, p. 73, 2007.

LEPRE, Rita Melissa; MARTINS, Raul Aragão. Concepções docentes sobre a ética na escola enquanto recurso preventivo ao uso de drogas. In: Congresso Estadual Paulista sobre Formação de Educadores. Universidade Estadual Paulista (UNESP), 2011. p. 5819-5830.

MACRAE, Edward. Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos. 2007.

MARKUS, György. A teoria do conhecimento no jovem Marx. Paz e Terra, 1974.

MATOS, M. C. de. O Debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. In: Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez. N. 74, jul./2003, p. 84-117.

NERY FILHO, A.; MARQUES, A. C. P. R. A Droga na Sociedade. In: Atualização de conhecimentos sobre Redução de Demanda de drogas. curso à distância. Governo Federal. Editora Lagoa: 2002. p. 37 – 51.

NETTO, José Paulo. Transformações Societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: Serviço Social & Sociedade nº 50. São Paulo: Cortez, abril de 1996.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS (OBID). Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Site desenvolvido pelo Governo federal. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov>

PANORAMA ATUAL DE DROGAS E DEPENDÊNCIAS Organizadores: Dartiu Xavier da Silveira e Fernanda Gonçalves Moreira. Editora Atheneu, São Paulo, 2006.

PRATA, N. I. S. S. As oficinas e o ofício de cuidar. Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental Sujeito, Produção e Cidadania, p. 161-166, 2004.

RESENDE, Beatriz. Cocaína: Literatura e outros companheiros de ilusão. Rio de Janeiro: Casa da palavra. 2006.

TARELOW, G. AVANÇO MANICOMIAL NO BRASIL, O. Em busca da saúde mental: as lutas antimanicomiais e as experiências andreenses.

TSE, Lao. Tao te ching. Mauad Editora Ltda, 2011.

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

ZACCONE, Orlando. Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas. Rio de Janeiro: Revan, 2007

ZAGO, José Antônio. Álcool e adolescência. Disponível em: <<http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl33.htmr>>. Acesso em 20/10/14.

websites:

<http://www.memoriaoperaria.org.br/revistaeletronica/as-determinacoes-do-trabalho.pdf> / visitado em 10/05/2014.

<http://www.brasilecola.com/drogas/drogas-ilicitas.htm/> visitado em 28/08/2014

<http://www.unifesp.br/dpsicobio/drogas/defini.htm> - visitado em 14/10/2014.***