

Drogas e prevenção

1. Introdução – Drogas e Prevenção
2. O que é uma droga?
3. Informar não é educar
4. A Educação – Tarefa Educativa
5. A família e a Prevenção
6. O mundo das drogas
7. Conceito básico de Prevenção
8. Metodologia da Prevenção
9. Orientações Técnicas em Educação e Prevenção.
10. Educação para a Saúde
11. Estratégias Específicas.
12. Prevenção Educativa
13. Rede Preventiva
14. Metodologia da Intervenção Comunitária.
15. Prevenção de Recaída.
16. Avaliação da Prevenção de Recaída.
17. Conclusão.
18. Bibliografia

PREVENÇÃO CONTRA AS DROGAS



Como prevenir contra o uso de drogas



Por: Adaylton de Almeida Concelção

INTRODUÇÃO

O uso ilícito de drogas nos últimos anos tem aumentado num ritmo alarmante e tem ultrapassado todas as fronteiras sociais, econômicas, políticas e nacionais. Esse aumento pode ser atribuído a vários fatores, entre os que figuram a falta de informação fidedigna sobre os perigos a longo e curto prazo do consumo de drogas; ao caráter limitado das atividades preventivas (quase que inexistentes em nosso país), e a falta de consciência sobre a magnitude do problema dos estupefacientes. Os problemas do uso indevido de drogas têm sido descritos como um excesso de consciência nos jovens e uma falta de consciência entre os adultos.

A prevenção do uso indevido de drogas – mediante a sensibilização, a educação e a ação – é fundamental para lograr deter o uso indevido de drogas e a criminalidade associada à mesma. Para aquelas pessoas que se iniciaram no uso indevido de drogas, a educação brinda um caminho para uma intervenção e um tratamento com êxito, para sensibilizá-las sobre os riscos e perigos do uso indevido e continuado de drogas, e lhes ajuda a deixar seu uso.

Nos Estados Unidos da América, George Gallup, fez uma pesquisa e pediu aos adolescentes que mencionasse qual era a principal ameaça para sua geração. A resposta foi a seguinte:

1) O abuso de drogas - 35% ;

2) O desemprego -16%;

3) O abuso do álcool;

4) A pressão dos amigos.

Agora perguntamos: Por que um perigo de tamanha magnitude comumente é ignorado? As respostas não são fáceis.

Primeiro, a maioria dos milhares de famílias que terão problemas por primeira vez este ano, experimentarão a tragédia em silêncio, crendo que é o resultado de suas falhas pessoais e uma experiência vergonhosa e exclusiva.

Segundo muitas das principais opiniões médicas e políticas de nosso país, especialmente a comunidade intelectual, têm escrito sobre o problema das drogas como um assunto social curioso que deve ser relegado ao setor direitista de nossa sociedade.

Terceiro, o uso de drogas é tão comum que é difícil assimilar a devastação que está causando, visto que temos a tendência de perder o medo a qualquer coisa que vemos diariamente. Nos acostumamos.

Quarto, os problemas causados pela droga, tais como acidentes automobilísticos ou mortes por overdose, em muitos casos, ocorrem depois de muito tempo de usar drogas. Além disso, desde a perspectiva do usuário, estes problemas são incertos e imprevisíveis.

Se todos os usuários de cocaína tivessem uma overdose fatal com pouco tempo de uso da droga, a cocaína desapareceria. Se qualquer bebedor (alcoólatra) sofresse uma cirrose do fígado em poucas semanas de haver começado a beber, se terminaria com o uso das bebidas alcoólicas. Porém, para o usuário de cocaína ou outra droga, uma morte por overdose é imprevisível, retardada e não tão comum. A mesma coisa com respeito à cirrose. É um problema que pode acontecer com o outro, não conosco.

Quinto: Por último, existem muitos dependentes de drogas que parecem "seguir em frente". Usam drogas, desde heroína ao álcool, aparentemente sem efeitos negativos. Quer seja que estes indivíduos representem a maioria ou uma pequena minoria de todos os usuários, este grupo, aparentemente invulnerável, exerce uma poderosa atração para os potenciais usuários; sustentam a esperança de uma "viagem segura".

O QUE É UMA DROGA?

As drogas que nos interessam, nesse tema que nos reúne, "são quaisquer substâncias químicas, sólidas, líquidas ou gasosas que, ao ser usado pelo indivíduo, alteram seu estado de consciência". O resultado direto da droga se apresenta no cérebro do usuário, produz uma intoxicação, um estado mental alterado e, supostamente, "agradável".

O QUE É UM ADITO OU DEPENDENTE?

Hoje há diferentes classificações para designar a um "adito". O que é um adito? O que significa adição? Se uma pessoa orienta sua vida ao redor de determinada droga, se sente que não pode viver sem ela, e se sofre sintomas físicos quando a droga lhe é retirada, poderia ser classificado como um adito. (...)

Podemos dizer que, a adição é uma compulsão irresistível de usar uma droga cada vez com mais frequência e em quantidades maiores, mesmo conhecendo os sérios efeitos físicos ou

psicológicos e o dano extremo que resulta nas relações pessoais e no sistema de valores da pessoa. O que diferencia a vítima, é o tipo de droga e o ambiente onde se usa.

Diferentes organismos internacionais afirmam que se queremos diminuir progressivamente o número de afetados, tem-se que pensar em articular estratégias de intervenção mista: **1)** as destinadas à limitação da disponibilidade das drogas e **2)** as destinadas a reduzir a demanda das mesmas.

INFORMANDO

Uma das melhores maneiras de prevenir o uso de drogas é assegurando-se de que a população esteja bem informada sobre o assunto. Até agora tem sido muitos os modelos de prevenção que têm colocado muito ênfase na informação e a mudança de atitudes, partindo de uma relação simplista e ingênua. Tal relação supõe que o incremento da informação sobre as substâncias e seus efeitos negativos, conduzirá ao fortalecimento das atitudes e, portanto, das condutas positivas. Mas como se sabe, a informação por si só não conduz à mudança de conduta. Às vezes não é suficiente.

Pensar que a conduta responde à racionalidade e que a pessoa simplesmente ao conhecer os riscos e seus custos mudará de atitude, é como omitir outros aspectos-chaves que influenciam sobre o comportamento, tais como: nível emocional, história de aprendizagem, expectativa pessoais e sociais, etc.

INFORMAR NÃO É EDUCAR

Lamentavelmente, as campanhas costumam ser ações isoladas e fora do contexto, dirigidas a uma população heterogênea e realizadas à margem dos grupos organizados da comunidade, com um planejamento e direção centralizada, com uma grande mobilização de meios publicitários, propagandísticos e orçamentários.

Este tipo de ações costuma ter uma eficácia limitada já que seu impacto é de escassa duração. Os cidadãos não estabelecem relações causa-efeito e as mensagens correm o risco – por estar fora do contexto – de não ser efetivas. Se, além disso, as campanhas se limitam a dar informação simplistas do tipo negativo como: "Não à droga " ou " A droga mata ", fica uma lacuna entre o informado e o que o público necessita saber sobre o tema.

A EDUCAÇÃO (TAREFA EDUCATIVA)

Os programas tradicionais de prevenção estavam centralizados, exclusivamente, na Educação. Sanitária, cujo objetivo era e é transmitir informação a fim de produzir mudanças nas atitudes e comportamentos das pessoas. Nestes programas a educação se centralizou na informação sobre os riscos que as drogas apresentam, com o qual não cumpriam adequadamente sua função preventiva.

Atualmente, nossa maior preocupação é de como conseguir que as pessoas – os grupos e as comunidades – adotem comportamentos saudáveis, principalmente no que se refere ao hábito de consumir drogas, em virtude dos problemas sociais que está causando. A tarefa não é fácil, já que implica na coordenação dos recursos teóricos e empíricos de diferentes disciplinas e profissionais e, sobre tudo, a adoção de mudanças políticas e sociais.

Se aceitarmos que a opção de consumir drogas não é uma opção exclusivamente individual, mas que o ambiente onde vivemos fomenta tais opções, a Educação para a Saúde não deveria ser apenas a de "fazer palestras", como geralmente vem sendo feito em nosso país. Estas são importantes e servirão como antecedentes a fim de sensibilizá-los para uma mudança de atitude.

Também deveria aplicar-se determinadas técnicas pedagógicas ou psicológicas orientadas ao indivíduo ou ao grupo. A Educação para a Saúde teria que ser uma tarefa de reestruturação ambiental e pessoal, o que permitiria que fosse mais fácil fazer opções saudáveis.

A chave para controlar o tráfico e o abuso de drogas, é reduzir a demanda, portanto a prevenção e a educação devem ser os pilares principais neste trabalho.

A FAMÍLIA E A PREVENÇÃO

A "placenta familiar" é o meio vincular onde o filho se humaniza e cresce satisfazendo suas necessidades possuindo um continente físico efetivo que se converte no metabolizador emocional de suas angustias e emoções.

Desta primeira "rede humana" aprende o amor, o ódio, a agressão, a ternura, como se defender, com quem identificar-se e como se sobrepor às frustrações, etc.

Definimos a família como a pessoa ou pessoas que normalmente vive com as crianças e está relacionada com sua educação; as pessoas que se preocupam pelo seu crescimento até a adolescência e que vivem sob o mesmo teto. O padrão que até hoje domina em nossa cultura é a Família Nuclear de dois pais, um ou mais filhos, com ou sem tias, tios, primos e avós.

A realidade da vida familiar, sempre foi muito mais complexa do que sugere o modelo apresentado. Algumas mudanças que complicam este retrato são a mobilidade geográfica, que reduziu o contato com a família, o maior número de mulheres que necessitam trabalhar fora do lar, o aumento do índice de divórcios e novo casamento, e o número reduzido de crianças. Mas, quase todas as crianças vivem com adultos que se preocupam por eles.

Apesar de que cada situação familiar é única, hoje em nosso país há um padrão comum dos problemas que enfrentam pais e adolescente: **o abuso de drogas e suas conseqüências**. Os adolescentes, rara vez se apresentam a seus pais ou a outro adulto, incluindo psicólogos ou psiquiatras, dizendo: "***Tenho um problema com as drogas e necessito ajuda***". (...)

A FAMÍLIA EM RELAÇÃO ÀS DROGAS

O estudo das famílias é de fundamental importância para compreender por que uma pessoa toma drogas e com que propósito. Em suma, sua razão de ser um adito. Todos os sintomas tanto primitivos como recentes, num consumidor de drogas, geralmente se desenvolvem a partir de transtorno oriundos das relações familiares do indivíduo.

Nosso ponto de vista central é que a personalidade aditiva emerge dentro de um contexto familiar e social, caracterizado pelos modelos de interação orientados por uma ideologia que o Dr. E. Kalina denomina: "***a existência tóxica***".

Uma existência tóxica é uma vida contaminada, uma forma de viver que para sustentar-se necessita nutrir-se daquilo que a destrói. Dizemos que todo dependente de droga é um ser que de uma forma lenta ou rápida se autodestrói.

Portanto, podemos falar de uma configuração familiar pré-aditiva, sem que isso nos leve a desconhecer os elementos particulares de cada situação clínica, e de cada contexto socioeconômico, nem sua etiologia sócio-político.

Descobrir a adição do filho, certamente desata uma síndrome de alarme na família. A descoberta desencadeia certas mudanças no sistema com características próprias em cada grupo familiar. Há famílias que fecham filas em volta do adito; nas mais patológicas,

geralmente o expulsam da casa. Animo-me a dizer que essa última é a modalidade que muitos preferem, tanto por famílias como por escolas, e a sociedade em geral.

FORTALECENDO A FAMÍLIA

O ponto de vista da família como instituição, nos mostra, à luz das estatísticas, que quando ela está unida, organizada e comunicada com papéis bem definidos, é uma fonte de proteção dos filhos para evitar condutas distorcidas.

Por isso – desde a prevenção – é que se tenta trabalhar no fortalecimento da família (...).

Também é certo que, ainda que nos propomos a fortalecer os vínculos que devem existir entre os membros de uma família, temos que destacar o fato de que na atualidade, em nosso país, encontramos a uma grande maioria de jovens com famílias desestruturadas ou diretamente abandonadas.

Ao descobrir a adição do seu filho adolescente, é comum que os pais, depois de alguma tentativa frustrada para que o mesmo deixe as drogas, se aproximam para consultar a um médico ou a um centro de atenção de adições para que "cure o seu filho", e o "tire das drogas".

Dizem, que querem que seu filho se cure, porém isso é uma verdade parcial; porque simplesmente o que desejam é que seu filho deixe de usar drogas, porém não pensam em revisar toda a cultura enferma que há por trás da conduta aditiva e que envolve a toda família.

A teoria psicossocial e as psicoterapias modernas sustentam que para curar um problema, primeiro deve ser tratada a causa, muito mais que os sintomas. Ainda que no caso do uso de drogas os dois sejam tratados simultaneamente, a causa, continua sendo o ponto principal do tratamento.

O tratamento de adolescentes e jovens com problemas de dependência de drogas, não terá soluções reais se no processo não for incluído os pais e irmãos, e em outros casos a parentes e amigos que participam da vida grupal.

RESUMO.

Podemos dizer que um dos aspectos positivos da prevenção é o fato de que você certamente já tenha começado esse processo. Como Pai, você passa mais tempo para escutar, mostrar interesse e estar perto de seus filhos. Quando você faz isso, você está ajudando a prevenir o problema das drogas antes que aconteça. Se você é jovem, quando você ajuda a seus amigos a superar-se nos momentos difíceis através de bons conselhos e compreensão, o estar ajudando a evitar as drogas. Se você trabalha com adolescentes, quando lhes provê atividades esportivas, enriquecedoras, sadias, você está prevenindo o abuso das drogas.

A Prevenção está ao alcance de todos. Juntemos nossas forças e:

"VAMOS PREVENIR.

Adaylton de Almeida Conceição

O MUNDO DAS DROGAS

No mundo do uso e abuso das drogas, as palavras chaves são "mudanças dramáticas", quando alguém olha o padrão dos últimos anos. Antes, os padrões eram relativamente constantes e previsíveis. As drogas "ilegais" se limitavam a determinadas minorias raciais, étnicas e filosóficas. Com frequência, estas estavam submersas dentro dos guetos urbanos. A maioria da classe média se confinava a drogas tradicionais alteradoras da disposição ou

psicotrópicas, tais como cigarros, álcool e certos fármacos receitados. Entretanto, os padrões contemporâneos do abuso de drogas mudaram tão dramaticamente e se estenderam tanto que, na atualidade, o único que podemos prognosticar com segurança referente à cena dos fármacos é que continuará mudando para pior.

A perspectiva da sociedade concernente ao abuso das drogas também deve mudar. Já não é aceitável catalogar as substâncias suavemente psicoativas tais como o álcool e a nicotina como "não drogas", e insistir que o abuso de drogas acontece unicamente na cultura juvenil. O usuário individual das drogas passou a ser visto por muita gente através de uma mistura de educação deficiente e confiança puritana sempre presente na justiça, a ordem e o castigo para regular a moral, como um criminoso e não como um paciente. Esta atitude afasta cada vez mais os jovens que ingressam na cultura das drogas.

No mundo das drogas, apesar da grande variedade, poucos usuários utilizam todas e inclusive aqueles que as provam, com o tempo a tendência é a de especializar-se em uma ou duas classes de drogas. Por que? A resposta mais simples é: "ninguém sabe". A mais complexa é que a disponibilidade, o apoio social (ou a falta dele) e os complicados processos biológicos e psicológicos influenciam na "seleção da droga".

Existe três termos que freqüentemente são utilizados e que devemos definir.

A "**dependência**", que se refere às complexas adaptações biológicas ao uso prolongado das drogas, que se manifestam como a ansiedade do usuário por continuar usando-a. Também descreve a conduta de consumir continuamente a droga. Finalmente, a dependência implica na dor da **abstinência** que o usuário experimenta quando tenta deixar de usá-la.

O termo dependência tem substituído ao de adição que, geralmente, se aplicava unicamente à dependência de drogas opiáceas como a heroína. Assim sendo, um usuário regular de maconha que tem dificuldade para deixar o seu uso, é dependente da droga. Quando tenta fazê-lo, sente uma necessidade maior de usá-la. Se não o faz, se sente mal, agressivo, com insônia (sintomas de abstinência).

Os sintomas precisos de abstinência diferem com o tipo de drogas; enquanto que os sintomas são influenciados pela dose de droga utilizada, a freqüência e duração de tal uso, e pelas características individuais do usuário, o padrão geral de tais sintomas é comum a todas as drogas de nossa classificação.

"**Tolerância**" a uma droga significa que quanto mais quantidade se tome, menos efeitos se logram a cada dose. Isso porque com o tempo o corpo se adapta à presença da droga, o usuário de grandes doses deve tomar mais e mais para lograr o efeito desejado. Isto se vê claramente com o álcool, onde o usuário habitual sente um efeito muito leve ou quase nenhum com uma cerveja, porém o usuário primário obterá um efeito relativamente forte ao beber a mesma quantidade.

Estas três palavras, **dependência**, **abstinência** e **tolerância**, são importantes para entender a experiência das drogas.

A razão pela qual os usuários de drogas se tornam dependentes de uma droga em particular é uma pergunta interessante e que ainda não tem resposta. Em nossa experiência, responder a esta pergunta não ajudará ao usuário, nem aos preocupados membros de sua família ou a seus terapeutas.

ADOLESCENTES, JOVENS E DROGAS

As pesquisas feitas em nosso país para conhecer os hábitos da população juvenis com relação às drogas, indicam que um numero considerável de adolescentes e jovens tem tido

contato com drogas. Os usuários nesta faixa se relacionam com consumos ocasionais, associados a contextos lúdicos, concentrados no fim de semana, realizados em grupos e em lugares públicos, notamos que cada vez mais, com maior intensidade, aparecem vários problemas pessoais, familiares e sociais vinculados a este tipo de prática.

A associação entre drogas e diversão, que progressivamente tem se afirmado entre vários seguimentos juvenis, tem levado a que o uso de certas drogas (principalmente o álcool) se tenha convertido numa referência obrigatória da cultura juvenil, num componente essencial de seu ócio ou tempo livre. O consumo de álcool e outras drogas têm se configurado como uma atividade fundamental no ócio de nossos jovens, particularmente nos fins de semana. Assim que, o consumo de drogas "recreativas" passou a converter-se num elemento chave da diversão junto com a música, a festa e a companhia de outros jovens. Assim que, o consumo de drogas com fins recreativos está se convertendo num ato cotidiano, aceito socialmente, e considerado como mais uma atividade de ócio (processo de normalização social do uso de drogas com fins recreativos).

PREVENÇÃO E O TEMPO LIVRE (O ÓCIO)

Uma das conseqüências mais importantes que a chamada "sociedade de bem estar" trouxe consigo é que, geralmente, as pessoas dispomos de mais tempo para o ócio, e junto com ele (ou em outras palavras, por isso), o ócio tem se convertido num mercado muito fértil para muitas empresas e organizações, que encontraram nele um autêntico filão onde pode conseguir grandes benefícios econômicos.

Por outro lado, vivemos numa sociedade que estabelece uma diferenciação drástica entre o tempo de ócio e o tempo de "negócio", ou seja, entre as obrigações do trabalho ou os estudos, e o "tempo livre". Muitos adolescentes passam a semana na escola esperando ansiosamente a chegada do fim de semana para poder "ficar livres" e "soltar-se", da mesma maneira que muitos adultos saem compulsivamente nos fins de semana, em alguns casos produzindo tremendos engarrafamentos em nossas estradas metropolitanas, abrindo caminho às buzinas para aproveitar até o último minuto de seus dias livres. O ócio tem se convertido num espaço tremendamente consumista e passivo.

Muitos educadores sabem que este tempo brinda grandes possibilidades para a educação e a formação.

Entre os valores e recursos a serem desenvolvidos na tarefa de educar no tempo livre, se incluem muitos aspectos relacionados com a prevenção. São muitos os objetivos da prevenção que podem trabalhar-se desde o jogo ou o esporte.

O conhecimento dos critérios que hoje se manejam no âmbito da prevenção pode nos ajudar a programar atividades com sentido, orientadas ao desenvolvimento dos jovens e adolescentes.

CONCEITO BASICO DA PREVENÇÃO

A prevenção em Patologia social é um processo ativo de implementação de ações e programas tendentes a modificar e melhorar a formação integral e a qualidade de vida das pessoas numa Ação Antecipatória para evitar riscos e/ou reduzir a freqüência das "enfermidades sociais" (alcoolismo-violencia-uso de drogas- AIDS -etc).

O fenômeno destas situações é de etiologia multifatorial onde as variantes pessoais (biologia e psicologia) dos sujeitos interagem com as características da sociedade que habitam (social-culturais).

As estratégias, os métodos e os meios de um Programa de Prevenção devem adaptar-se a cada região, a cada escola, a cada grau, a cada curso, a cada bairro.

Para a orientação, planificação e organização de projetos o trabalho deve começar a partir de uma primeira rede de apoio político-diretivo fomentando a capacitação de **agentes preventivos**, encarregados de orientar e dar dinamismo às intervenções e ações programadas para desenvolver um processo permanente de PREVENÇÃO EDUCATIVA COMUNITARIA.

Níveis de Prevenção

- a. Primária: *Tende a reduzir a incidência, ou seja, novos casos numa determinada etapa. Pode ser não específica (Promoção da Saúde) ou específica (Proteção a determinadas patologias).*
- b. Secundário: *Destinada ao diagnóstico e tratamento precoce do grupo populacional em situação de risco.*
- c. Terciária: *Refere-se às ações do tipo reabilitadoras (tratamento)*
- d. Quaternárias: *Relacionada com as ações de Integração (socialização).*

1. **PREVENÇÃO PRIMARIA**: Encontra-se na promoção de ambientes estilos de vida saudáveis, evitando o desenvolvimento de problemas com álcool e drogas antes que aconteça. A meta da prevenção primaria é "imunizar" aos indivíduos e ao público em geral e criar ambientes sociais e físicos que sejam positivos para erradicar o problema antes que aconteça. Desta maneira, os programas e estratégias de prevenção do abuso de álcool e drogas estão orientados a influenciar o comportamento das pessoas e os fatores sociais relacionados com o consumo de drogas antes que seu início.

Por um lado, é encaminhada para diminuir ao máximo a possibilidade de que os jovens consumam drogas, e por outro lado, a lograr a máxima integração ecológica em seus ambientes.

Assim que, se propõe uma estratégia de intervenção dupla:

- Tentar mudar os fatores determinantes que perturbam o pleno desenvolvimento psicossocial (fatores econômicos, culturais, educativos, sanitários...).
 - Tentar mudanças nos indivíduos e nos seus contextos (família, escola, bairro...).
1. **PREVENÇÃO SECUNDARIA**: Trata de identificar os novos consumidores de álcool e drogas que correm o risco de ter problemas de abuso e ajudá-los a minimizar ou eliminar os riscos. Esses novos consumidores são os consumidores ocasionais de fins de semana, das festinhas, dos encontros casuais nas escolas. A meta da prevenção secundaria é interromper o uso de drogas antes que comece a ser um problema crônico. Às vezes a prevenção secundaria é interpretada como "intervenção mais cedo". Pode envolver-se na identificação antecipada do abuso de drogas ou, em muitos casos, pode derivar-se de crises pessoais que levam ao individuo a buscar ajuda por primeira vez.

Há dois pontos a destacar:

- *A identificação precoce destas pessoas e a colocação em marcha da intervenção adequada.*
- *Reduzir a incidência do consumo antes que este se converta em adição.*

Nestes dois níveis a tarefa de prevenção é de promoção e proteção da saúde, onde a ação informativa e educativa é prioritária.

1. **PREVENÇÃO TERCIARIA:** Orienta-se, principalmente, na reabilitação e reintegração dos indivíduos que já apresentam disfunções sociais ou individuais pela dependência da droga, aplicando modalidades de tratamento para cada caso.

Há dois tipos de enfoques:

1. *Um, é o tratamento atual de pessoas que abusam de álcool e drogas.*

2. *O outro pode ser qualificado de reabilitação preventiva. Esta provê serviços de apoio a alcoólatras e dependentes de drogas em recuperação para prevenir que voltem a seu estilo de vida disfuncional.*

Os programas de prevenção serão de âmbito local e seu funcionamento deverá ir acompanhado no conjunto de obrigações e princípios dos Serviços Sociais. É um trabalho interdisciplinar.

Assim que, vemos que a Prevenção é um processo sistemático e contínuo (e não ações pontuais) que se utiliza para administrar problemas em níveis diferentes com o objetivo de influenciar positivamente nos comportamentos da população e que levará a cabo por meio de programas de prevenção primária e de âmbito local.

METODOLOGIA DA PREVENÇÃO

Não se trata de uma transmissão vertical de conhecimentos, atitudes e valores, mas de uma produção que em elaborações sucessivas se assume como projeto próprio do grupo. Os objetivos da Prevenção desde esta ótica se centraliza, em gerar protagonismo permanente por parte de todos os participantes sociais, buscando favorecer atitudes comprometidas para a resolução do complexo fenômeno.

Privilegia-se o formativo sobre o informativo. Promove-se a ação reflexiva.

Estas reflexões sobre as várias tendências nas modalidades preventivas nos permitem introduzir os conceitos de Prevenção específica e não específica; entendemos a primeira como aquelas intervenções centralizadas diretamente no tema "adições" (Prevenção Educativa), enquanto que a segunda aponta ao desenvolvimento de atitudes e melhoria global das condições da vida (Educação para a Saúde).

Nos últimos anos se tem concedido um espaço privilegiado à educação em toda ação preventiva sem esquecermos que se complementa com medidas imprescindíveis de prevenção não educacionais: policiais, legais, penais, sanitárias e medidas de caráter econômico – político relacionadas com os fatores sociais que favorecem as condutas destorcidas.

Referir-se ao educativo como campo prioritário da prevenção implica ressaltar um amplo espaço de atuação, visto que, a Educação é um processo contínuo que acompanha o homem em todos seus tempos (nas diferentes fases evolutivas), se dá através de diferentes meios

(linguagens verbais-paraverbais-visuais) e em diferentes âmbitos (recreativos-religiosos-educativos-etc).

O PAPEL DO PROFISSIONAL NA PREVENÇÃO

Vemos que o profissional da prevenção vai desenvolver seu trabalho de uma forma mui peculiar. Sua função normalmente não consistirá em apresentar um programa previamente elaborado à comunidade, por mais que durante sua preparação tenha considerado as particularidades da comunidade a que se dirige. O ideal será que espere que a demanda surja por parte da comunidade ou de algum grupo que a integre. Escutar atentamente e trabalhar tal demanda é o papel que se espera do profissional, muito mais que responder automaticamente com uma programação.

Muito mais que um trabalho na primeira linha, a prevenção pode ser visto como uma tarefa de apoio a outros profissionais, grupos, associações, dos âmbitos mais variados, para ajudar-lhes a reformular suas condições de trabalho no sentido preventivo, e facilitar-lhes quando seja necessário, a elaboração do material ou dos instrumentos necessários, para seguir diante em sua linha de trabalho. É necessário que existam especialistas em prevenção, porém seu papel não deve ser entendido como o de profissionais que impõem seu saber a outros profissionais ou à sociedade. Trata-se de um papel complexo, pelo que escutam as demandas que formulam em matéria preventiva, sem que isso signifique que as aceitem sem ponderar ou analisá-las.

De certa forma, nosso trabalho consiste em "nos compenetrems num trabalho de restituição de conhecimentos aos integrantes do campo social, restituição que nos deve levar a uma posição não de especialistas, mas a de companheiros de outros agentes na busca de novas ações preventivas que estão ancoradas na realidade local (Caupert y Sarton). Isto não anula nosso saber, (nem que não tenhamos um saber) permite que os demais membros da comunidade se convertam em membros ativos.

O profissional deve existir para garantir que o processo seja possível, uma reflexão, uns encontros, e, em grau menor, para proporcionar conhecimentos técnicos e experiências em tarefas preventivas. Este processo levará à comunidade a gerar seus meios, a conhecer suas limitações e a encarar um processo que deverá exercer influência sobre os fatores de risco.

A responsabilidade da prevenção não é apenas dos profissionais, mas da própria comunidade, que decide seguir – ou não seguir – adiante de uma ou outra forma. A prevenção é, necessariamente, um trabalho de médio e longo prazo. Obviamente existem aspectos parciais que poderão ser alcançados com mais facilidade, porém a idéia a transmitir é que nos encontramos diante de um trabalho de longo prazo.

ORIENTAÇÕES TECNICAS EM EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO

Por PREVENÇÃO EM EDUCAÇÃO entendo que é um processo cujo objetivo é facilitar modificações de conduta para uma melhor qualidade de vida englobando as atividades de PENSAR, SENTIR e ATUAR PARA FORMAR CIDADÃOS CAPAZES de modelar UMA sociedade melhor. Este fim em longo prazo começa na família, apoiando-se numa paternidade responsável que se levanta no primeiro modelo de aprendizagem social dos filhos.

A Prevenção Educativa pode realizar-se dentro do sistema formal escolar (currículo, aula, etc,) e também nos contextos não formais: família, bairro e através dos meios de comunicação. Durante todo seu desenvolvimento um individuo pode "educar-se" em prevenção.

Ao processo educativo formal e suas instituições (escolas) se soma a intervenção preventiva em outros contextos. Quando se realiza no início, consegue-se otimizar as "defesas psicológicas" das pessoas, fomentando e consolidando a aquisição de hábitos, atitudes, valores e habilidades orientadas para uma melhor qualidade de vida e desenvolvendo aptidões e conhecimentos para um crescimento autônomo capaz de resistir as pressões grupais, as situações estressantes e conduzir-se da forma mais "sadia" possível concernente aos fatores de risco que expõem ao abuso de substâncias tóxicas em crianças, jovens e posteriormente nos adultos.

A PREVENÇÃO DA DEMANDA é uma alternativa prioritária que pode melhorar o problema das dependências de drogas.

A PREVENÇÃO EDUCATIVA é a estratégia fundamental para os programas de ação.

A PREVENÇÃO DA OFERTA e suas conseqüências. Suas variações devem acompanhar, potencializar e recriar estratégias próprias e eficazes para complementar a ação educativa.

EDUCAÇÃO PARA A SAUDE

Definição:

"Qualquer combinação de atividades de informação e educação que leva a uma situação que as pessoas desejem estar sã, saibam como lograr a saúde e procurem ajuda quando a necessitem".

(36º Assembléia Mundial da Saúde – 1983).

Tem como objetivo favorecer e potencializar desde os âmbitos escolares, comunitários e familiares o desenvolvimento da uma qualidade de vida que garanta um equilíbrio físico-psíquico-sociocultural das pessoas através de sua intervenção autônoma, responsável e solidária, tanto consigo mesmo como com os demais.

Seu objetivo é promover condutas, atitudes e valores que provoquem mudanças ou contribuam à construção de estilos de vida positivos a partir do conhecimento, capacitação e reflexão.

A Educação Para a Saúde tem que ver com muitos dos fatores associados ao uso de drogas que são comuns a outros problemas de saúde e também considera características específicas dos problemas, transformando-se em Estratégia fundamental de Prevenção.

Características:

- *É um processo de aprendizagem contínuo*
- *Proporciona informações básicas para uma análise crítica dos problemas de saúde e como recurso para tomar decisões.*
- *Promove comportamentos saudáveis.*
- *Questiona valores e normas que propõem nosso sistema social consumista.*
- *Os programas têm de ser respeitosos com os valores individuais e comunitários.*
- *Com rigor científico se utilizam os modelos e metodologias que ofertam as ciências da Saúde (Pedagogia, Psicologia, Psicologia social, etc.).*
- . Participação comunitária imprescindível.

É importante despertar nas pessoas o desejo de participação. Um alto nível de compromisso ativo pode provocar nos membros da comunidade uma motivação ativa, uma percepção de controle ambiental, e a conseqüente satisfação pessoal, além de realizar uma experiência de aprendizagem e de diversão.

Haverá alguns objetivos de intervenção que envolve de forma ativa a toda a comunidade e outros (Saúde Pública) que apesar de ser motorizado por uma parte da comunidade, são efetivos em mudar normas de condutas de uma proporção significativa da população.

A participação da comunidade pode dar-se de varias maneiras:

1. Um líder ou instituição demanda por problemas específicos. É necessário que os demandantes sejam competentes e representativos.
2. Pesquisa da realidade de temas preocupantes por:
3. a) entrevista;
4. b) outro meio.
5. Frente de entrada: provisão de serviços à comunidade por parte dos pesquisadores, consultórios, escola para Pais, programas de alfabetização, Escola de confecção, e através destes se descobre líderes que podem ser capacitados e resultar em promotores além de permitir a presença constante dos técnicos na comunidade. Há um grande perigo quando a iniciativa fica apenas no oferecimento do SERVIÇO e que a intervenção comunitária não se realiza.
6. Contato com líderes para obter informação, conscientização, convidando a formar parte de conselhos, assessores de intervenção. Permite chegar aos recursos da própria comunidade.

ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS

- **COGNITIVAS:** Propõe programas centralizados na informação concernente aos efeitos e riscos do abuso de álcool e drogas.

Este sistema tem mostrado suas limitações visto que tem sido mais usado nas campanhas e planos preventivos e nas avaliações, onde há uma relativa modificação ou possibilidade de mudança de conduta e atitudes apesar de um conhecimento maior sobre as drogas. Em outras oportunidades, a sobre-informação pode ter efeitos antipreventivos.

Apesar disso, pensamos que todo Projeto tem que apresentar uma Área de Informação básica sobre a problemática que permita um impacto(sensibilização) e a possibilidade de reflexão e mudança (efeito positivo da prevenção).

Os conhecimentos sobre drogas e álcool (exposição objetiva) são só uma parte do processo de tomada de decisões e se for utilizado em forma isolada não parece incidir favoravelmente na diminuição do consumo.

A avaliação de programas centralizados na "entrega de conhecimentos" demonstra eu tem uma influência muito limitada na modificação de condutas. No que concerne às patologias psicossociais (droga – álcool – AIDS – violência).

- **AFETIVAS:** Estão destinadas ao desenvolvimento e crescimento pessoal e estão dirigidos a desenvolver a autoestima dos participantes, a explorar e expressar sentimentos e a definir valores.

Fundamentam-se nos princípios de que a carência afetiva, a baixo autoestima e o escasso desenvolvimento pessoal estão operando como fatores de risco associados ao consumo de drogas e álcool.

- **APRENDIZAGEM SOCIAL:** Baseiam-se em eu as pessoas tem a tendência de limitar o comportamento de outros pares (desenvolvimento social ou influência social). Trabalha sobre o desenvolvimento de habilidades sociais e interpessoais, enriquecem o processo de analises de problemas, afrontamento de riscos e tomada de decisões, reforçando a

capacidade para resistir às pressões, resolver problemas e pedir ajuda. Considera o grupo como AGENTE SOCIALIZADOR e se orienta a apoiar um desenvolvimento social integrado e positivo.

Capacitam-se líderes naturais como multiplicadores tendo sido demonstrado grande eficácia quando se logra "inserir" nas redes comunitárias o tema da Prevenção.

- CONSTRUTIVAS: Desenvolve-se em programas cujos objetivos são o apoio do desenvolvimento juvenil ou populacional através de Promoção da Saúde e Estilos de Vida Saudáveis. Apontam ao estabelecimento de medidas protetoras em saúde.

Em grupos de alto risco (marginalização, desocupados) se enfatizam desenvolvimento de competências básicas.

PREVENÇÃO EDUCATIVA

Utiliza a educação como técnica de prevenção no sentido de desenvolver ou fortalecer a capacidade de autodefesas psicológicas dos indivíduos e grupos diante do risco das enfermidades psicosociais.

É a série de métodos, meios e técnicas dirigidas a obter a ampla e ativa participação dos membros da comunidade para atuar em benefício de sua própria saúde, da sua família e a comunidade, envolvendo-se desde a detenção de seus problemas (diagnóstico) e seleção de suas prioridades, até a execução e avaliação das atividades e programas que conduzem a um grau mais alto de saúde e de prevenção.

PARCIPAÇÃO ESCOLAR E A EDUCAÇÃO PREVENTIVA

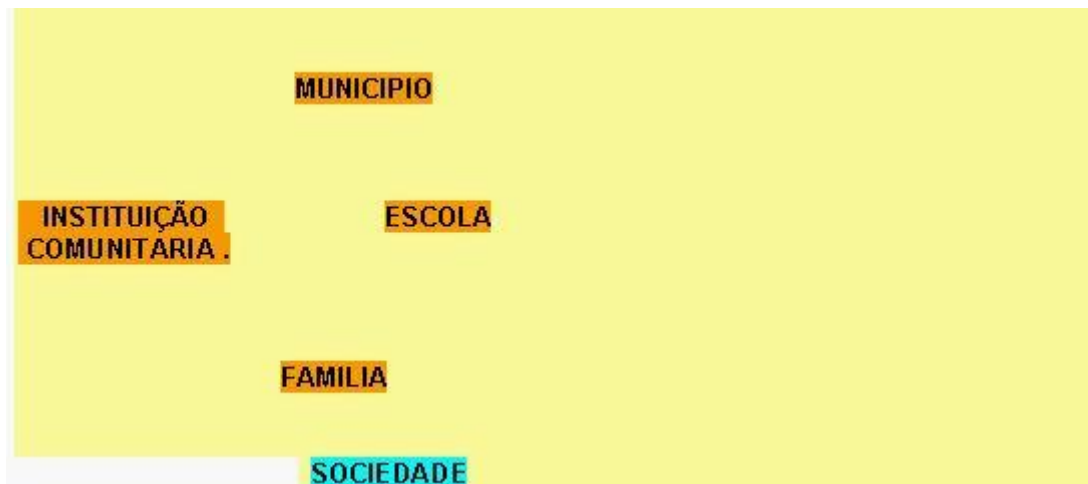
A instituição escolar inicialmente é o cenário privilegiado para o desenvolvimento dos Programas de Prevenção das Enfermidades Psicosociais visto que permite um tempo prolongado de ação (população "cativa") e oferece uma estrutura funcional que facilita o desenvolvimento contínuo de programas, inclui os diversos níveis (crianças-pais-docentes-auxiliares-vizinhos) e dispõe do ecossistema adequada sendo a principal fonte de socialização da criança.

Os programas não devem enfatizar apenas a redução dos fatores de risco destas problemáticas atuais, mas enfatizar comportamentos que incrementem o potencial de saúde (melhor qualidade de vida) das pessoas fomentando o bom desenvolvimento, as competências e as habilidades pessoais.

PARTICIPAÇÃO COMUNITARIA

É a BASE DO ÊXITO DA PREVENÇÃO. Quando a comunidade se responsabiliza e se compromete na participação e socialização do conhecimento científico, pode chegar a mudar os comportamentos e os hábitos para melhorar as condições de saúde e estabelecer redes de apoio sociais efetivas.

É imprescindível para que a intervenção comunitária seja eficaz. Uma política global de prevenção que integre todas as iniciativas, tanto públicas como privadas através da educação contínua e a consciência da população sobre a necessidade de compartilhar a responsabilidade social diante das causas que prejudicam o bem estar individual e coletivo.



A EDUCAÇÃO PREVENTIVA

A educação tem que ver com o crescer. A solidez de uma estrutura de personalidade se articula com certos nutrientes: afetos, ética, informação, socialização e orientação. Este marco afetivo-ético-informativo e socializador o denominamos como sujeito, mais além do nome próprio que cada um de nós temos. Ao nomeá-lo o incluí numa rede de relações simbólicas que o diferenciam como pessoa.

Este processo é uma orientação, uma senda, um caminho. A vida é um caminho peregrinante. Quando tudo isto falha, o peregrinar desde uma senda se transforma num perambular sem rumo fixo. O homem e a criança vagabundeiam.

A criança da rua mostra, precisamente, esta realidade; não é que seu problema esteja exatamente na rua. O rumo da criança tem na educação inicial uma meta. Educação materna e paterna. A família é escola. Uma escola que o inclui numa história e uma senda onde andar, balbuciar, orientar seus movimentos básicos. Nunca como nos dias de hoje diante do fenômeno da marginalização social e ética e o abandono afetivo de grandes núcleos de população infantil, se faz imprescindível lembrar a importância do espaço e o tempo familiar.

Este espaço-tempo familiar hoje nos chega alterado, distorcido por diferentes estruturas de dispersão.

- Pai e/ou mãe ausentes.
- Dissolução do grupo familiar.
- Inexistência do grupo familiar.
- Perversões dos pais: sadismos, violências, formas veladas ou manifestas de pederastia.
- Pobreza extrema e riqueza extrema com perversões associadas e frequentes abandono.
- Fenômenos de transcultural onde o sujeito em crescimento perdeu referência de identidade.

REDE PREVENTIVA

A REDE é um conceito chave em qualquer programa moderno de prevenção e tratamento, pois permite a instrumentação orgânica dos recursos educativos, institucionais, de bairro, sanitários públicos e privados com a finalidade de proteger as populações não afetadas pelo consumo de drogas lícitas e ilícitas e ao mesmo tempo reduzir o consumo nas populações

afetadas e brindar-lhes uma ajuda terapêutica estruturado. A rede parte de um princípio essencial: a complementação e organização dos recursos.

Em nosso país, a rede preventiva deve atuar em quatro níveis de inserção:

- Educação formal nos seus diferentes aspectos
- Vida Municipal ou das comunidades.
- Vida laboral, com vista nos aspectos empresariais, bem como na gestão sindical.
- O esporte nas suas varias manifestações.

A educação preventiva no âmbito escolar privilegia ao docente

como agente preventivo multiplicador e à escola como um fator onde se deve ter a qualidade de sua vida institucional, bem como a de sua patologia que se manifestará em diferentes sintomas: falta de motivação docente, transtornos disciplinares, violência crescente, pouca participação docente-aluno, etc.

A educação preventiva deve partir de uma concepção onde a informação sobre o uso indevido de drogas se torna insuficiente e inclusive indutiva em certos alunos, caso não seja incluído em um programa global de desenvolvimento afetivo e familiar do educando dentro de um contexto sócio-cultural onde a procura da substancia ilícita encontre um sentido e uma compreensão para lograr uma mudança interior e de comportamento benéfico.

A educação preventiva deve distinguir entre grupos sociais de maior risco e grupos de menor risco. A finalidade do trabalho será diferenciar estas duas realidades para permitir uma abordagem melhor tendo em vista diferentes variantes e problemática.

A educação preventiva deve partir de certos fatos que são patentes e salta à luz:

- A crise da instituição escolar em nosso país e na sociedade tecnológica em geral, como instrumento de transmissão cultural.
- O pronunciado declive da função do docente e do prestígio de sua palavra assim como a queda de ideais identificadores tão necessários para um sujeito em crescimento como resultado do deterioro da figura do professor como pai substituto social.
- A incorporação da comunicação televisiva como meio educativo informativo muito mais penetrante que o discurso escolar ao mesmo tempo, o prestígio que para a criança e o adolescente tem sua mensagem.
- A explosão da matrícula educativa em algumas áreas geográficas eu não foi acompanhada por um desenvolvimento de infra-estrutura e dos recursos humanos adequados.
- O nível de abandono escolar em algumas regiões do país que fará que o programa preventivo organize formas de capacitação desta população crítica cativa, sem escola.
- O problema de abandono escolar no ensino Fundamental é muito grande, e converte a este grupo desertor como de risco psicosocial.
- O problema se complica mais ainda na escola de ensino Médio onde o nível de abandono é bem maior.

Quando falham os recursos educativos familiares e institucionais, surge um adolescente pobremente estruturado em suas capacidades afetivas e como representante da realidade.

A droga se incorpora a esse mundo irreal, de desencontros e vazio.

Drogas estimulantes de um flash ou drogas narcóticas isolantes. Dá no mesmo. O paradigma é a fuga da realidade. Uma realidade para a qual o sujeito não esta preparado para assumir não tem nem o recursos nem suporte suficiente para sustentar-se nela.

A educação preventiva deve passar por diferentes setores:

- O agente preventivo docente
- O jovem ou criança em crescimento
- A família da criança
- A estrutura curricular do ensino
- A estrutura institucional escolar

O agente preventivo necessita capacitação no campo que produz a informação e a sua própria identidade afetiva para conter e orientar um processo educativo.

A informação deve centrar-se em módulos de ação específica com o nível de maior profundidade em cada um deles.

O primeiro módulo capacita ao docente em quatro tópicos fundamentais:

- Pessoa: Deve-se tomar o desenvolvimento evolutivo normal e patológico.
- Droga: Os diferentes tipos e efeitos assim como a diferença entre uso, abuso e adição.
- Contexto:
 - a. Familiar: *Deve-se analisar a dinâmica dos círculos de parentes e fraternais em seus aspectos.*
 - b. Social: *neste caso o impacto tecnológico e suas incidências nos seus usos e costumes.*
 - c. Institucional: *O homem se realiza num contexto social e legal institucional.*
- Prevenção escolar: *a realização de uma escola participativa com utilização criativa do tempo livre e que supere a simples informação intelectual.*

O segundo módulo deve incorporar aspectos formativos mais específicos sobre o primeiro módulo e capacita ao docente para a criação dos Centros Preventivos Escolares e sua participação efetiva no mesmo.

O jovem ou criança em crescimento deve ser sustentado por um projeto adulto (pais, escola, sociedade em geral) onde a utopia se conjugue com a ética do viver. Esta utopia ética deve partir de um reconhecimento (um duplo conhecimento) da criança que cresce. Duplo conhecimento de suas demandas, sua necessidade de ser contido, orientado e limitado, em resumo, reconhecimento da criança como pessoa, ou seja, como sujeito, não anônimo nem inexistente.

Portanto, um projeto preventivo supera o marco da pura informação sobre os efeitos do uso indevido de drogas.

A família da criança, a estrutura curricular do ensino e a estrutura institucional escolar jogam um papel onde a capacidade de holding da escola e dos pais se converte no principal elemento preventivo.

O projeto preventivo implica, numa transformação da família e da escola como instituição (melhoria da qualidade de vida institucional).

Sobre este aspecto, a escola e a política escolar devem promover ações de cuidado e apoio a aqueles educandos com problemas de atraso na aprendizagem, transtorno de conduta,

carências na vida familiar, déficit ambientais sociais e econômicos. Esta população é, por si mesmo, uma população de risco para o consumo de drogas.

Na REDE REVENTIVA a vida municipal ocupa um lugar

preponderante. É a célula política de contenção primária onde os vários representantes da comunidade (docente, pais, políticos, religiosos, jovens) se unem dentro do município com o fim de organizar ações preventivas.

Isto levará a ações que por um lado promovem o desenvolvimento e a promoção comunitária tanto nos aspectos educativos, familiares, institucionais, atendendo especialmente às populações de risco e por outro lado ações assistenciais primárias onde o consumidor de drogas encontre uma equipe médico-psicológico mínima de escuta, orientação e tratamento individual e familiar.

O plano preventivo deve incorporar à vida laboral como um elemento fundamental. A cultura do trabalho tem especificamente no álcool e a droga seu maior inimigo; isto dá lugar aos jovens aposentados por incapacidade, faltas no trabalho (a média de falta de um trabalhador não adito é de 10 dias por ano, enquanto que a de um adito é de quatro vezes mais), número maior de acidentes de trabalho, transtornos familiares (principalmente com os filhos), violência, etc.

A capacitação de agentes, a criação de Centros Preventivos laborais, e a adequação de uma política laboral e assistencial são as metas deste plano preventivo específico.

Um bom sistema preventivo laboral fomenta a detenção precoce do alcoolismo e as adições em geral, gerando desta maneira um freio a processos de internação que podem ser prejudiciais para o paciente, sua família e para a própria vida social.

O plano preventivo deve-se acompanhar de uma política nos meios de comunicação social que tende a:

- Limitar o uso de imagens que incitem ao uso de drogas e ao alcoolismo.
- Fomentar um estilo de vida sadia e baseada em valores de educação para a saúde.
- Formar jornalistas especializados sobre o tema.
- Romper com a imagem social que se transforma num estereotipo de adito=delinqüente já que isto predispõe a criar a noção de incurabilidade ou impossibilidade de tratamento e de pânico social.
- Alimentar na população a possibilidade de uma compreensão diferente do fenômeno das adições e de sua cura ou tratamento.

A rede assistencial deve partir do Centro Preventivo Assistencial que é o primeiro módulo de ação terapêutica. Para isso utilizará uma serie de ferramentas operativas como as psicoterapias individuais, familiares e grupais, bem como grupos, educativos, de reflexão, de confrontação de condutas, etc.

O Centro Preventivo Assistencial incorpora às noções clássicas ligadas às ciências médicas e psicológicas um conceito psicosocial e pedagógico visto que geralmente o consumidor de drogas necessita de um enfoque integral; geralmente sua escolaridade e todas as suas aprendizagens sociais e familiares sofreram sérios impactos, quer seja pela ausência, falta ou carência desses vínculos.

A partir daí a rede tem no Centro de Desintoxicação a unidade seguinte de complexidade assistencial. O problema clínico que o adito tem a fim de eu

seja detectado e tratado clinicamente: hepatite, transtornos cardíacos, neurológicos, etc, tornam necessário um cuidado especializado.

Atualmente se soma a complicação pelos problemas da incidência do vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que requer um acompanhamento mui particular bem como as mudanças na dieta alimentar e na vida cotidiana.

A Unidade de Desintoxicação também cumpre uma tarefa educativa e de orientação ao paciente para que possa continuar outra fase do tratamento que lhe permita vislumbrar as diferentes crises familiares, sociais e pessoais que o levou ao uso e abuso de drogas.

Este centro assistencial está voltado para a síndrome de abstinência e o prepara para um sistema de atenção comunitária mais complexo a fim de seu tratamento e posterior reintegração social.

Outro nível de complexidade passa estruturação de **COMUNIDADES TERAPEUTICAS**, que devem ter três tipos de modalidades.

1. **Comunidades terapêuticas profissionais** = Ênfases em certos aspectos terapêuticos (psicoterapias, grupos terapêuticos, terapia familiar, etc.)
2. **Comunidades Terapêuticas sócio-pedagógicas** = Enfatizam o aspecto educativo e de socialização primária
3. **Comunidades de Vida** = Esta cobre essencialmente as necessidades daqueles pacientes sem possibilidade de reintegração social porque seu estado psicológico esta mui deteriorado ou por escassa contenção familiar.

O último elo da rede assistencial é o Centro de Reintegração social, cuja função será possibilitar o acesso à vida comunitária através de uma aprendizagem social, educativa e laboral, logo depois do processo de reabilitação.

Apesar de que tudo isso nos fala de Tratamento, é importante que no processo de Prevenção a conscientização do mesmo esteja sempre presente.

SER OU NÃO SER ESPECÍFICO.

A sociedade, através dos meios de comunicação ou outros meios, tem a tendência de ver o problema das drogas de uma maneira alarmista, criando uma situação e fazendo uma análise totalmente centralizada no produto. Pode-se chegar a pensar que o tratamento e o tipo de atenção política que as drogas recebem nos meios de comunicação, como acontece com o crack e a cocaína, contribuem mais a criar o problema que a aclará-lo.

Nesta mesma linha de pensamento vemos como a sociedade abertamente reclama programas antidroga, como fórmula contro-fóbica de lutar contra os medos despertados entre nós pela presença das drogas. Muitas vezes, os profissionais aceitam estas demandas sem trabalhá-las, sem decifrá-las, sem compará-las o suficiente a luz de nossos conhecimentos. No campo da prevenção somos propensos a dar soluções ou explicações do estado da situação de forma parcial, isso em virtude da imensidade da tarefa e pelas amplas lacunas existentes no conhecimento do tema.

O especialista em ciências sociais tende a angustiar-se por não compreender tudo o que ocorre em sua volta e se crer no dever de dar uma resposta.

A falta de especificidade da abordagem da prevenção das dependências de drogas se refere especialmente ao enfoque global, que exige que o tema da droga seja abordado juntamente com outras temáticas, porem dentro deste marco geral cabem atuações específicas. O caso

das drogas legais (álcool, tabaco e medicamentos) é o que apresenta menos problemas, pois suas conotações as diferenciam das ilegais.

A atitude das pessoas concernente a elas, ainda que cheia de ambivalências, é menos conflitante, e isso permite que os diversos programas preventivos que atualmente se realizam com estas drogas, tenha uma eficácia provada, principalmente no caso do tabaco. A mesma situação já é menos clara no que concerne ao álcool em nosso país, onde goza de um amplo prestígio entre jovens e adultos.

De certa forma, podemos dizer que existe um pensamento próprio da prevenção, porém que muitas vezes utiliza instrumentos emprestados. Isto pode ser visto claramente no caso da prevenção comunitária. Entendemos que não se trata de criar uma rede paralela de atuações na comunidade, mas de utilizar os que já existem (política juvenil, promoção da saúde, associações culturais, política do tempo livre,...), dotando-as de capacidade preventiva. Se tratarmos com monitores de tempo livre, sua capacidade preventiva não consistirá em acrescentar à sua lista de atividades com os jovens, outras atuações extras e específicas sobre o tema.

Pelo contrario, nosso trabalho com eles consistirá em revisar suas atitudes com os jovens, estudar como entendem o desenvolvimento do seu meio e sua forma de relacionar-se com o grupo, falar de suas concepções sobre as drogas e outros temas conflitantes da adolescência, fazer-lhes conscientes de como exercem a autoridade ou a liderança,...Algo similar nos ocorrerá nas outras áreas. O que a prevenção faz é dotar às atuações ordinárias das diversas áreas de uma reestruturação ou enriquecimento das tarefas a realizar, porém sem deixar de trabalhar com os instrumentos específicos da área.

METODOLOGIA DA INTERVENÇÃO COMUNITARIA

A realização de programas de intervenção comunitária adota uma grande variedade devido às diversidades de enfoques e áreas que conformam uma comunidade. É por isso que a aproximação metodológica poderá variar segundo a infra-estrutura, ideologia, nível de preparação, de compromisso e de dedicação existente em cada comunidade.

Porém, é exatamente nesta variedade onde radica a riqueza e a criatividade das atuações comunitárias. Por isso, longe de pretender dar uma normativa universal, o profissional ou grupo que leve adiante qualquer programa fará bem em atender o que lhe oferecem as peculiaridades locais. Ao mesmo tempo, levaremos em consideração como o regionalismo e a necessidade de um contato direto com os protagonistas e com toda a dinâmica comunitária, pode fazer perder a perspectiva necessária para tratar de conseguir uns objetivos e buscar uma metodologia adequada.

Em linhas gerais, nossa proposta metodológica pode resumir-se nas seguintes frases:

a. ***Detenção e análise da demanda:***

Supõe valorizar quem é o demandante e quais as parcelas de implicação e continuidade que podem ser asseguradas.

Pretendemos, venha de onde venha a demanda (Assistente Social, Associações, Igreja, etc), que se chegue a um compromisso com a Associação ou responsável administrativos do setor de onde surgiu a demanda, para poder assegurar a gestão, desenvolvimento e continuidade do programa. Por outro lado, se torna muito mais fácil conseguir o envolvimento de muitos mais setores da comunidade se for possível contar com um apoio político e administrativo.

Também se supõe analisar a demanda nos seus dois níveis, explícito e latente. Desta forma será possível formular as respostas adequadas, e caso seja necessário, reformular a demanda.

É fundamental analisar e averiguar o que é o que esperam não só do programa, mas também da equipe de profissionais ou técnicos. É Comum acontecer que depois de feita a demanda, há uma tendência de delegar nos profissionais o trabalho de programas as intervenções, propor soluções, em definitiva a colocação em marcha e desenvolvimento do programa. O profissional deve intervir para utilizar esta posição de saber em que se encontra para, sem cair na armadilha, de passar a explicar aos outros o que tem que fazer, mas deve promover encontros, onde um grupo amplo reflexione sobre o que se pode fazer. O saber técnico do profissional, às vezes tem que passar, pelo menos aparentemente, a um plano secundário, para não interferir no posicionamento ativo das outras pessoas que intervêm, e que não são profissionais.

b. Criação do Grupo de Intervenção comunitária ou uma Comissão Municipal:

Para a materialização, gestão e desenvolvimento do programa, será conveniente e prático criar um grupo estável que assuma uma série de responsabilidades concretas que permitam a colocação em marcha e assegurem a continuidade do programa. De todos modos, não é prioritário sua constituição oficial e é bom esperar até que sua formação se dê de forma natural. Enquanto isso, podemos ir funcionando mantendo reuniões informais.

O ideal seria que esse grupo estivesse formado por representantes das forças vivas da comunidade (Chefes de Setor, Assistente Social, Igreja, Associações de Pais de alunos, Professores e Organizações que existam na área, médicos, Clubes esportivos, etc.). Entretanto é importante considerar que um grupo muito grande pode ser uma dificuldade para trabalhar, principalmente no início. Em todo momento, o número de integrantes desta comissão respeitará os critérios da operação do projeto.

A equipe de profissionais se encarregará de dirigir ou dar supervisão na formação técnica necessária deste grupo, através de cursos, em forma de seminários permanentes, e através do labor contínuo de assessoria. Porém, como já dissemos, esta formação sempre estará vinculada à evolução do grupo, sempre com o cuidado de não interferir com o papel ativo que esperamos dos demais componentes do grupo.

c. Investigação e conhecimento do meio:

Uma vez formado o grupo de intervenção comunitária, os profissionais manterão reuniões periódicas com o grupo com a finalidade de pesquisar e estudar a comunidade sobre a qual se vai intervir.

- a. Identificando as necessidades e problemas existentes, através de dados objetivos (indicadores sanitários, dados sócio-demográficos, pesquisas epidemiológicas, etc) e de dados subjetivos (opiniões dos profissionais da área, demandas, inquietudes e preocupações de setores determinados, etc.).
- b. Identificando os recursos existentes (quais, quantos, funcionamento, coordenação, etc.)

a. Programação:

Depois de analisar os dados reunidos na fase anterior, o grupo formado, com assessoria dos profissionais, definirá os objetivos almejados, planejará as fases e metodologia para logr -lo, reorganizar  os recursos humanos e materiais existentes, se distribuir  tarefas e responsabilidades concretas para cada um dos membros do grupo, etc. Em definitiva, elaborar  um programa de interven o comunitária específico para o bairro ou município em questão.

O objetivo em médio prazo   conseguir que este grupo progressivamente se encarregue de coordenar, promover e administrar o programa.   importante que o grupo sinta que   parte integrante do programa e, portanto se sintam responsáveis do funcionamento do mesmo.

Também   importante que valorizemos a capacidade de a o do grupo, evitando que se sobrecarregue com um excesso de tarefas, que logo vai ser impossível de realizar e que venha a produzir desanimo.

b. Execu o do programa:

  o momento de tomar contato com a realidade programada. Surgem novos problemas, fracassam recursos que estavam previstos e aparecem outras possibilidades que não haviam sido levados em conta. O grupo, com assessoramento dos profissionais, deverá ir solucionando estas questões e também deverá buscar alternativas quando seja necessário.

Mais uma vez, a equipe de profissionais se encarregará da supervisão da forma o específica do pessoal necessário para a execu o do programa (professores, pais, voluntários, monitores, etc.) Todo este pessoal que se formou será o encarregado de intervir nos programas preventivos de diversas índole que se coloque em marcha.

c. Avalia o do programa.

Para que um programa de preven o ou de promo o da saúde seja avaliável de uma forma experimental, deve ter sido previsto desde o primeiro passo. Porém, também podemos estabelecer critérios menos ambiciosos, em virtude do alto custo econ mico e pessoal das avalia es que reúnem as características experimentais.

  necessário que todos os programas disponham de algum sistema de avalia o ou seguimento que permita saber se a maioria dos objetivos foram alcançados, se houve algum efeito contrapreventivos, conhecimento das dificuldades encontradas, etc, pois isto   o que nos permite refletir, e assim avançar, sobre o trabalho realizado.

O grupo de interven o comunitária, como o apoio técnico dos profissionais, determinar  os objetivos que devem ser avaliados, e desenhar  as estratégias de avalia o oportunas.

Lista de recursos comunitários que podem ajudar no trabalho de preven o comunitária das dependências de drogas e outras em atua es em Promo o de Saúde.

Já esclarecemos que os agentes preventivos não são apenas os profissionais da preven o de drogas. Estes profissionais devem tentar converter em protagonistas a maior quantidade possível de indivíduos da comunidade. Passemos a ver alguns exemplos:

- o Escolas, Universidade.
- o Famílias.
- o Centros recreativos
- o Centro de saúde

- Sindicatos,
- Partidos Políticos
- Empresas, Industrias.
- Associações culturais, fundações.
- Serviços sociais
- Organizações ou grupos musicais
- Grupos Ecológicos
- Administração da Justiça
- Centros esportivos
- Organizações religiosas
- Meios de comunicação
- Governo
- Câmara Municipal
- Organizações de voluntários
- Cursos
- Etc

PREVENÇÃO DE RECAÍDA (REINCIDENTE)

Depois que um dependente de drogas conseguiu manter-se abstinente entre um e três meses, constata que o intento de superação da adição é um processo longo e complexo, onde logo surgirão as primeiras crises. O desenvolvimento de seus próprios recursos pessoais (intervenção individual), a pressão social da família (intervenção familiar) e o grupo de dependentes de drogas (intervenção grupal) lhe permitem, em grande parte, poder confrontar e resolver as primeiras crises, porém, desafortunadamente, muitos pacientes adictos não superarão estas primeiras crises e voltarão, outra vez, a "pendurar-se" nas drogas.

Recaída ou reincidência se define como qualquer retorno ao comportamento aditivo ou ao estilo de vida anterior, depois de um período inicial de abstinência e de mudanças de estilo de vida (no mínimo entre um e três meses). Litman e outros especialistas no tema, sugere que a recaída pode ser considerada de cinco maneiras diferentes:

1. Como um *evento discreto* que se inicia com a volta ao consumo de drogas.
2. Como um *processo* que de forma insidiosa conduz novamente ao consumo;
3. Como o retorno ao consumo de drogas com a *mesma intensidade*;
4. Como o *uso diário* durante um número específico de dias;
5. Como uma *conseqüência* do uso de substâncias.

Talvez a definição mais operativa do que é uma recaída é a que nos

propõe Chiauzi: " *Recaída é o restabelecimento de uma conduta aditiva, pensamentos e sentimentos depois de um período de abstinência*". Este período de abstinência pode variar consideravelmente... a recaída implica na interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. A contribuição específica de cada um destes fatores num indivíduo certamente dependerá de sua história de aprendizagem, seu funcionamento físico, sua predisposição psicológica e seu ambiente.

A recaída não deve considerar-se, necessariamente, como uma indicação da motivação que se tem, mas como uma falta que pode ser corrigida mediante um exame e mudando os fatores de risco individuais. Um retorno breve à conduta aditiva não deve considerar-se como uma recaída, a não ser que ocorra freqüentemente ou desencadeie num retorno prolongado à pauta de conduta aditiva.

Estes deslizes podem aportar sinais sobre os fatores biológicos, psicológicos e sociais que requerem uma avaliação mais detalhada. Por fim, substituir uma conduta aditiva por outra poderia considerar-se como um sinal potencial de deslize ou recaída.

Assim que, a recaída nas adições pode manifestar-se de diferentes formas: algumas vezes como o retorno ao estilo de vida antiga, outras na forma de consumo de drogas substitutas e/ou atividades de jogos de azar e risco ou sexualidade compulsiva, mesmo que, geralmente, a característica mais importante consiste em voltar a consumir de forma regular a droga característica de abuso. Estas manifestações de recaída podem dar-se de forma independente e/ou conjunta.

Em alguns casos de observa que muda, primeiro, o estilo de vida, e depois se dar início ao consumo de drogas; outras vezes, é o consumo esporádico, porem com um estilo de vida diferente ao de adito ou usuário.

De uma forma empírica se tem demonstrado que os estudos de acompanhamento realizados com dependentes de drogas põe de manifesto a elevada taxa de recaídas depois de finalizado o tratamento. Num estudo clássico, especialistas como Hunt, Bernett e Branch descobriram que aproximadamente sessenta por cento (60%) das recaídas em adição a heroína, álcool e tabaco aconteciam dentro dos três primeiros meses de acompanhamento, com uma aceleração negativa nas taxas de recaída até os 6 meses, alcançando uma estabilidade dentro de um ano.

Para estes profissionais, estes dados representam o processo de extinção que tem lugar à medida que a nova aprendizagem começa a decair ao longo do tempo. Ou seja, o tratamento implica na extinção das condutas aditivas aprendidas que voltam a ressurgir durante o acompanhamento.

MARCO TEÓRICO DA PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

Marlatt define a prevenção de recaídas como *Um programa de autocontrole desenhado com a finalidade de ajudar aos indivíduos a antecipar e a enfrentar os problemas de recaída na mudança das condutas aditivas*. O modelo de prevenção de recaídas, desenvolvido de forma extensa por Marlatt y Gordon nos anos 80 no manual intitulado *Relapse Prevention*, considera as adições como um hábito adquirido que pode eliminar-se e/ou modificar-se aplicando os princípios de aprendizagem (aprendizagem clássica, operante e, fundamentalmente, aprendizagem social). A recuperação se considera como uma tarefa de aprendizagem onde o adito assume um papel ativo e responsável para alcançar o autocontrole.

Segundo este modelo, o processo de mudança ocorre em três fases:

- 1. Assumir o compromisso de que o indivíduo quer mudar;**
- 2. Levar a cabo a mudança; e**
- 3. Manter a mudança alcançada.**

Esta última fase se caracteriza pela aplicação dos procedimentos de intervenção cognitivo de conduta característicos do modelo de prevenção de recaídas, e não é só o mais longo e mais difícil, mas que também é a que se caracteriza por um numero maior de crises. Nossa concepção de prevenção de recaída consiste em manter e melhorar o processo terapêutico alcançado nas duas primeiras fases.

No caso de um dependente de drogas, se na hora de enfrentar uma situação de alto risco for capaz de manejá-la com eficiência, se produz um aumento da auto-eficácia pessoal e diminui a possibilidade de recaída.

No caso de que um indivíduo em tratamento tenha uma recaída, é possível que o processo que o levou a voltar a consumir se caracterize pela ausência de respostas de afrontamento, ou que as respostas necessárias estejam inibidas devido a níveis elevados de medo ou ansiedade. Também é possível que a situação não seja percebida como de alto risco, ou que o processo de mudança tenha ido se deteriorando de forma gradual.

Estes aspectos vão diminuindo bastante o nível de auto-suficiência do adicto em diferentes situações de alto risco, bem como as expectativas de resultado de manejar com êxito uma próxima situação que implique dificuldade. A recaída é mais provável se o dependente antecipa alguns efeitos positivos para o consumo da substância, que se baseiam em sua história previa do uso das drogas, ao mesmo tempo em que descarta os efeitos negativos a longo prazo. As expectativas desempenham um papel central no modelo de prevenção de recaídas.

Assim que, uma recaída pode começar na forma de pensamentos, sentimentos ou condutas que, materializando-se inicialmente num simples deslize, dão lugar a uma recaída completa. Podemos dizer que uma recaída pode ter início com a *tomada de uma decisão aparentemente irrelevante* (TDAI); Assim que, quando um paciente adota uma decisão desta classe, sem ser consciente do que está fazendo, está incrementando sua vulnerabilidade à recaída.

Por exemplo, um indivíduo que já leva 5 meses em tratamento e em abstinência, um dia, ao voltar do trabalho muda seu caminho habitual e decide passar por um dos lugares onde comprava droga e consumia quando era um dependente de droga. Neste caso, a escolha de um novo caminho é uma TDAI. Esta decisão, sem ser consciente, o colocou diante de uma *situação de alto risco* (que são situações de natureza intrapessoal e interpessoal que torna mais provável que um indivíduo em tratamento volta a consumir).

Ao passar por esse novo lugar pensa no "aviãozinho" que lhe vendia e onde costumava consumir; experimenta pensamentos débeis sobre os efeitos prazerosos do consumo ao mesmo tempo em que nota como a palma de suas mãos começa a suar e o coração bate mais rápido. Neste momento reconhece o risco e a iminência da recaída.

Ao passar de uma decisão aparentemente irrelevante a ver-se numa situação de alto risco, se produziu uma mudança ambiental considerável no processo de recaída. Entretanto, ainda está em tempo de corrigi-la se é consciente do que lhe está sucedendo e adota uma resposta de afrontamento, neste caso, voltando a tomar o caminho habitual. Se for assim, vai notar um sentido geral de auto-suficiência que faz com que o tratamento que está realizando seja mais eficaz ainda. Além disso, também vai aprender que a iminência da recaída pode ser modificada, desde que analise a situação de forma racional e dê uma resposta adequada de afrontamento.

Porém, se o indivíduo permanece na situação de alto risco por um período de tempo mais longo, vai começar a raciocinar o dilema de voltar a consumir depois de 5 meses com os seguintes pensamentos: "*por tentar uma única vez não vai acontecer nada*", "*me sentirei melhor comigo mesmo se não cedo à tentação*". Também começa a antecipar os efeitos positivos da substância e pensa que se volta a cheirar de novo vai se sentir muito bem, com muita energia e vitalidade. Pensa que já não tem controle sobre sua conduta, o desejo de consumir é cada vez mais intenso, e como se seus pensamentos e sentimentos o estivessem colocando uma espécie de armadilha nessa situação.

Aqui também acaba de produzir uma grande mudança, como seja, o de esperar obter uns efeitos positivos com o consumo e, ao mesmo tempo, sentir que tem cada vez um controle menor sobre sua conduta. Estas mudanças o colocam no próximo passo no seu processo de recaída.

Se a partir daí não se produz uma intervenção, quer seja por iniciativa do próprio paciente ou pedindo ajuda a seu terapeuta, o indivíduo vai consumir cocaína. Uma vez que tenha consumido a primeira dose, no caso de não se fazer nada, o mais provável é que oculte e negue o acontecido, no caso de ser descoberto, e comece a consumir de forma contínua. E mais, o impulso de continuar consumindo o supera.

Neste caso está se produzindo o que Marlatt definiu como o "*Efeito de Violação da Abstinência*". Este efeito tem alguns elementos cognitivos como a geração de uma dissonância cognitiva e de uma auto-imagem negativa, bem como a atribuição de uma incapacidade pessoal para superar a dependência da adição. Também tem outros aspectos, como o desejo reforçado por voltar a consumir.

- O primeiro componente é a dissonância cognitiva que gera o voltar

a consumir. O sujeito experimenta a dissonância resultante em forma de conflito ou culpabilidade pelo que acaba de fazer. Este conflito interno tem um caráter motivador e faz que se empreendam condutas (ou cognições) que eliminem ou reduzam a reação de dissonância. Uma vez que a recaída tenha acontecido, caso continue consumindo, o sujeito, numa intenção por reduzir os sentimentos de culpabilidade, pode estar sendo levado por um reforço negativo (consumir para evitar estados emocionais negativos). Também é possível que o indivíduo tente reduzir a dissonância associada com o primeiro deslize alterando de forma cognitiva a nova auto-imagem (abstinente) para colocá-la em consonância com a nova conduta (consumir de novo).

- O segundo componente é o efeito de auto-atribuição mediante o

qual o sujeito atribui a causa da recaída ao fracasso pessoal ou a suas fraquezas pessoais. É possível que em vez de considerar a recaída como uma simples resposta circunstancial, atribua a causa da mesma à falta de força de vontade ou à fraqueza pessoal. Frequentemente as pessoas fazem conclusões sobre seus próprios traços de personalidade, atitudes e motivos quando observa sua própria conduta. Neste sentido, atribuirá seu fracasso a causas internas ou pessoais.

Quer dizer que, se o deslize for considerado como uma falha pessoal, a expectativa do indivíduo de que vai continuar fracassando seguirá aumentando.

- O terceiro componente é o desejo reforçado pela volta ao consumo.

Estes três componentes se combinam para completar uma recaída completa. Nesta seqüência existem muitos pontos de intervenção.

DESENVOLVIMENTO DA PREVENÇÃO DE RECAÍDAS NO CONTEXTO DA TERAPIA INDIVIDUAL, GRUPAL E FAMILIAR

Na terapia individual os procedimentos de avaliação e de intervenção se ajustam às necessidades de cada paciente, desenvolvendo um plano específico de atuação. Na terapia de grupo se analisam as situações e as condutas de cada um de seus membros de maneira que o deslize ou recaída de cada um deles pode servir para antecipar-se à dos demais.

O papel fundamental da família também consiste em antecipar o aparecimento de deslizos e recaídas, descobrindo mudanças que acontecem na forma de comportar-se como, por ex.; o tom da voz, a olhada, falta de objetos na casa, etc.

A. Prevenção de recaída em terapia individual.

Geralmente, a técnica mais importante para abordar um deslize ou uma recaída é a confrontação. A reação inicial do paciente costuma ser a negação ou o encobrimento, evitando assumir responsabilidades pelo fato acontecido e, mesmo depois de reconhecer o deslize ou a recaída, costuma atribuí-lo à causas externas. Na confrontação a presença da família é importante, para que possa aportar informação objetiva sobre os fatos que puderam ter dado lugar à recaída.

B. Prevenção de recaída em terapia de grupo.

A terapia de grupo está orientada à solução de problemas e à realização de tarefas para lograr a abstinência e a mudança do estilo de vida do dependente. Segundo este ponto de vista, alguns pacientes no grupo de dependentes de drogas assimilaram interiormente mais que outros o processo pessoal de deixar a droga, e isto faz com que possa confrontar com mais facilidade a negação e argumentação daqueles que caíram. Ao mesmo tempo, serve para reafirmar o processo terapêutico daqueles que servem de modelo para os demais.

C. Prevenção de recaída em terapia familiar

Geralmente, os pais com filhos dependentes de droga, não tem tanta facilidade em distinguir os sinais que levam um individuo a cometer deslizes ocasionais e a recair.

O objetivo consiste em ensinar aos pais, em grupo, a distinguir sinais que antecedem uma recaída e quais as condutas que são características da preparação e incubação da mesma.

AVALIAÇÃO DA PREVENÇÃO DE RECAIDA

1. Avaliação das situações de alto risco.

Para o modelo de prevenção de recaídas é fundamental a identificação das situações de alto risco. A avaliação destas situações pode ser feita preenchendo um registro sobre o dia e hora em que ocorre cada episódio de consumo de droga, circunstancia em eu aconteceu, tipo de droga consumida e a quantidade, especificando se havia outras pessoas presentes e se estas escavam consumindo. Para obter estas informações, se pede ao paciente que responda as seguintes perguntas:

- Qual o principal motivo que o levou a voltar a usar droga
- Mencionar quais os pensamentos e os sentimentos que tinha nesse momento e que desencadearam a necessidade ou o desejo de voltar a consumir.
- Descrever qualquer circunstância ou conjunto de situações que te sucederam e que desencadearam a necessidade e/ou o desejo de consumir.

O resumo, a avaliação das circunstancias de alto risco implica realizar uma mostra suficientemente ampla de situações susceptíveis de desencadear um deslize ou uma recaída al longo do processo de recuperação terapêutica. A identificação de situação de alto risco pode realizar-se a partir do momento em que o paciente tenha um mês de abstinência.

Uma das formas de procedimento é a seguinte: **a)** se pede a cada individuo que faça um registro cada vez que tenha um forte desejo de consumir; **b)** se o paciente tiver dificuldade para fazer o registro (por ex.; no caso de um nível educativo muito baixo), o terapeuta durante as sessões de terapia individual realiza uma pesquisa sobre possíveis situações de alto risco que tenha acontecido ao longo da semana e vai anotando numa lista sobre "situações de alto risco"; **c)** cada vez que aconteça um consumo da principal droga de abuso e/ou outras relacionadas, mesmo que este seja mínimo, analisa-se a situação que o motivou, e **d)** análise da história previa de recaída.

Uma análise pelo profissional permite determinar a natureza das situações de alto risco e sua evolução ao longo do tratamento, podendo, conforme as situações, adaptar o treinamento em estratégias de afrontamento, segundo as características deste tipo de circunstâncias.

Em muitos casos, a recaída acontece por uma série de acontecimentos vitais que tem lugar na vida do paciente (por ex.: separação, perda do emprego, etc.). Se recomendam levar em consideração estes determinantes como possíveis fatores desencadeantes de uma recaída durante o tratamento ou no acompanhamento.

Em Prevenção de recaídas é muito importante observar algumas situações de alto risco característico dos indivíduos em tratamento. Vejamos alguns:

- d. **Movimento de dinheiro.** Nas situações onde o paciente movimenta suficiente dinheiro como para adquirir droga para consumo, é muito provável que com o passar do tempo volte a cair. Geralmente um adito necessita que passe muitos meses antes de que possa movimentá-lo sem necessidade de pensar na droga. Se uma pessoa passa por um lugar de venda de droga e tem dinheiro suficiente como para adquiri-la, certamente seu nível de desejo aumenta de forma considerável, e o mais provável é que inicialmente se produza um deslize e, caso não haja uma intervenção, uma recaída.
- e. **Consumo de outras drogas.** O consumo habitual de álcool e tabaco, assim como de outros fármacos psicoativos, determina outros fatores de risco mais importantes. Enquanto o paciente procure a sensação de "estar situado", é muito provável que as características da adição se mantenham inalteradas, substituindo a droga de abuso por outras até alcançar efeitos similares. Esta conduta de buscar alternativa dos efeitos da droga deve confrontar-se nas diferentes modalidades de tratamento que se propõe (terapia individual, grupal, prevenção de recaída e terapia familiar).
- f. **Atividades de ócio com consumidores de drogas conhecidos.** O adito pode manter a abstinência durante um mês ou mais, porém se suas relações interpessoais se dá com habituais consumidores de drogas, a recaída e o abandono do tratamento será uma questão de tempo. Neste caso, mudar as relações interpessoais é um objetivo terapêutico prioritário.

2. Fatores de risco e sinais de aviso.

Os fatores de risco e sinais de aviso aparecem sempre antes que o paciente recaia. Quanto mais cedo forem detectados e colocados de manifesto, mais fácil será adotar as medidas terapêuticas apropriadas e interromper a cadeia de eventos que certamente dão lugar a uma recaída.

Pautas de pensamento e atitudes de recaída.:

a) **Atitudes negativas.** Uma vez que um dependente de droga que tem uma história crônica de abuso de drogas deixa de consumir, geralmente durante os dois primeiros meses de abstinência, experimenta uma série de conseqüências positivas antes de que os problemas e o estresse da vida diária o afetem em cheio. Nesta espécie de "lua de mel", o indivíduo nega a existência de qualquer problema, sentimento negativo ou, inclusive, a possibilidade de recair. Uma vez que todos os problemas relacionados com a obtenção da droga (roubar, mentir e enganar para obter o dinheiro) desapareceram,

neste período encontra difícil admitir que as dificuldades vão surgir novamente.

Existe também uma série de pensamentos e atitudes negativas que dão lugar à recaída. Por exemplo: Comportar-se como um indivíduo que não consome drogas e pensar como um dependente de droga. Neste caso, o pensamento aditivo representa uma continuação do estilo de vida de dependência de droga; ou seja, o paciente pensa, sente e atua de forma aditiva, mesmo que não consuma drogas. Vejamos uma série de atitudes e pensamentos relativos com este aspecto.

- **Ter dúvidas sobre o processo de recuperação.** Esta atitude se caracteriza por uma série de expectativas relacionadas com a recuperação terapêutica no dia a dia. Quando esse tema é tratado na terapia, o paciente costuma responder: "Este não é meu caso", "Manter a abstinência durante estes 3 meses não tem sido tão fácil como eu pensava", "A partir de agora eu já posso controlar-me", "Creio que já superei o problema que eu tinha com a cocaína".
- **Compaixão de si mesmo.** "Por que eu tenho que ter este problema?", "Tudo me sai errado", Se um paciente se caracteriza por esta atitude, é possível que ainda continue submerso no mundo da dependência de droga. A possibilidade de que tente mudar é muito pequena e está sempre na iminência da recaída.
- **Impaciência.** "Vejo que minha recuperação é muito lenta", "Não seria melhor que eu me esquecesse do problema das drogas e fizesse minha vida de forma normal"? "Este tipo de pacientes que se sentem, de certa forma, frustrados pela lentidão do programa de recuperação recai com facilidade".

e. Manter uma atitude negativa e de insatisfação crônica.

Os pacientes que consideram que a vida não tem sentido para eles costumam recusar qualquer tipo de apoio e/ou conselho, e o único que lhes produz satisfação é criticar as falhas e defeitos dos outros, ignorando os seus. Esta atitude gera um ambiente favorável para a recaída.

3. Sentimentos e estado de animo negativos. Sentimentos crônicos não resolvidos de tédio, depressão, solidão, infelicidade, tristeza, ira, ansiedade e culpa, são precursores da recaída, bem como lembranças traumáticas. Deixar de consumir produz um vazio no indivíduo que dá lugar a sentimentos contraditórios e a uma alteração do estado de animo. Como controlar tudo isso, deve ser motivo de abordagem no programa de intervenção individual ou grupal.

1. **Idealizar o efeito da droga "estar situado".** A situação de recaída aumenta se o paciente continua idealizando os efeitos que a droga lhe produzia e, de forma seletiva, só se lembra dos agradáveis (este efeito também se conhece como "lembrança eufórica").
2. **Estado de animo positivos.** Não só os sentimentos e estados de animo negativos desencadeiam a recaída, mas também o sentir-se muito bem, ou num estado de ânimo positivo um pouco exagerado, gera um falso sentimento de segurança sobre o processo de recuperação. Quando um adito está neste estado pode crer que, para ele, é fácil controlar um consumo esporádico sem necessariamente de perder o controle.

3. **Problemas sexuais e de relações.** Os problemas sexuais não resolvidos podem ser um fator que contribua para as recaídas. Está comprovado que no caso de consumidores de cocaína que não tinham relações sexuais sem usar drogas durante um período muito longo, costumam ter reações de medo e de ansiedade, que podem dar lugar a uma impotência transitória, ejaculação precoce ou um fracasso em chegar ao orgasmo. Neste caso, para prevenir a recaída é importante que estes indivíduos aprendam a desfrutar os sentimentos relacionados com a sexualidade e a intimidade sem necessidade de consumir drogas.

Outros fatores de alto risco

Existem umas séries de fatores que afetam os pacientes que estão num programa de tratamento e é necessário analisar para prevenir possíveis recaídas.

- d. **Presença de outros transtornos mentais.** No caso de um indivíduo adicto à heroína ou à cocaína pode coexistir mais de um transtorno mental. Assim que, não é difícil que se encontre transtorno de ansiedade e de ânimo que não são apenas conseqüências do problema aditivo, mas que existem com anterioridade ao mesmo. Caso estes problemas não sejam tratados, é possível que alterem a forma de pensar, o estado de ânimo do paciente e sua forma de comportar-se; as conseqüências da influência destes fatores costuma ser uma recaída.
- e. **Eventos vitais.** Diz respeito a mudanças importantes, de naturezas negativas e inesperadas, que desencadeiam uma reação de estresses exagerada e costuma dar lugar a uma recaída. Por exemplo, perder uma relação íntima significativa, perda do trabalho, morte de um ser querido, problemas econômicos. Também pode ser de natureza positiva como, por exemplo, uma promoção no trabalho que implique mais responsabilidades, nascimento de um filho, o início de uma nova relação.
- f. **Permissividade familiar.** Em muitos casos, o círculo familiar ou de amigos facilita a recaída do paciente ao relaxar as normas de convivência e ignorar os possíveis sinais de recaída que tem lugar na conduta do adicto. Se o indivíduo sabe, por experiências passadas, que sempre que ocorre uma recaída os demais o apoiarão sem aplicar nenhum tipo de sanção, o mais provável é que volte a cair.

Em resumo, ao longo do programa de intervenção na conduta, o terapeuta tem que realizar uma avaliação contínua dos seguintes aspectos:

- **Estado anímico negativo (depressão, ira, frustração, solidão, tédio, culpabilidade, cansaço);**
- **Atitudes, pensamentos e sentimentos que desencadeiam uma recaída (desejo de consumir, impaciência, confiança excessiva, insatisfação, desejo de colocar-se à prova, sonhos, etc.);**
- **Condutas de recaída (tomar decisões precipitadas, mudança no estilo de vida, etc.)**
- **Outros fatores de alto risco (acontecimentos vitais importantes, transtornos mentais, etc.). O terapeuta deve registrar todas estas possíveis variáveis à medida que vão aparecendo e desenhar estratégias de atuação adequadas para prevenir possíveis deslizos ou uma recaída completa.**

CONCLUSÃO.

A estratégia geral da prevenção de recaídas consiste em ajudar aos

dependentes de drogas em situação de crise a ir mais além de um simples raciocínio intelectual de recaída, a conseguir uma aceitação interior do problema que lhes afeta e de suas implicações em diferentes níveis (pessoal, familiar, interpessoal, etc.). Esta é uma tarefa difícil, cujo êxito na sua execução pode ser determinante para que as estratégias de avaliação e de intervenção cheguem a incidir no processo de recuperação de cada paciente, produzindo mudanças duradouras e estáveis em seu processo de abstinência e de mudança de estilo de vida.

A aceitação dos deslizes ou recaídas, pelo paciente, facilita a abertura e a possibilidade de utilizar as estratégias da prevenção de recaída com a finalidade de alcançar um maior compromisso por manter a abstinência e logros terapêuticos.

Não se deve nunca perder de vista a possibilidade de recaída que tem estes indivíduos, não importa quanto tempo tenham estado em abstinência, quão motivados estejam e quão estáveis parece ser seu processo de recuperação. Ao longo dos anos de recuperação, a vulnerabilidade à recaída diminui de forma gradual, porém nunca desaparece por completo.

No fundo, independente dos procedimentos de avaliação e intervenção em prevenção de recaídas se mantém o objetivo de alcançar uma mudança significativa no estilo de vida, nas atitudes, nos valores, na forma de pensar em si mesmo e no mundo, e como afrontar e solucionar os problemas no seu dia a dia. Como indica alguns autores, a recuperação terapêutica de um dependente de drogas quase nunca segue um processo linear, e sim é fragmentado, circular ou em espiral.

BIBLIOGRAFIA E LEITURAS RECOMENDADAS

1 – SMITH David E.

Mind Drugs

Mc Grow-Hill Book Company - USA – 1973

2 - DUPONT Jr. Robert L

Drogas de Entrada

Editora Prisma – Mexico.

3 – INABA Darryl e CHOHEN William

**Uppers, Downers, All Arounders (Physical and Mental Effects of
Drugs of Abuse.**

Cinemed – Oregon – USA – 1989

4 - SPAA

Guia de Estudios y Capacitación

Gobierno de la Provincia de Buenos Aires – Argentina

5 - GOMEZ José Luis e ALVAREZ Ángel G.

Conducta Adictiva

Editora Debate – Espanha

6 – ARNAU Domingo

Apuntes para una mejor Prevención

Gobierno de la Provincia de Buenos Aires - Argentina

7 – CONCEIÇÃO Adaylton

Prevención y Asistencia (no I Congresso sobre Prevenção e Tratamento de dependência de drogas)

Ponta Del leste – Uruguay.



SOBRE O AUTOR

Adaylton de Almeida Conceição, nasceu no Estado da Bahia, realizou estudos militares na Marinha do Brasil, e no Rio de Janeiro realizou estudos de Psicologia e Filosofia, estudou teologia na Faculdade da SOCE no Rio de Janeiro, onde se graduou como Bacharel em 1975, em 1977 fez curso de Mestrado pelo Instituto Latino-americano de Buenos Aires, Argentina. Também possui formação acadêmica nas áreas de Psicanálise Clínica com especialização em Sexologia; Ciências Políticas e Estratégicas; realizou vários cursos na Escola Superior de Guerra, e ADESG. Possui formação em Prevenção de Drogas pelo DEA (Drug Enforcement Administration - Departamento de Drogas dos Estados Unidos da América).

Exerceu o magistério em varias instituições no Rio de Janeiro e na Republica Argentina, onde foi Professor e Diretor do Instituto Rosário e do STEM.

Publicou vários títulos, entre os quais: "Introdução ao Estudo da Exegese" (Editora CPAD), Introdução à Escatologia, Introdução à Sociologia, Introdução à Psicologia, Homilética, Introdução à Ética, Estudos de Sexologia I e II, (Ediciones Manantial-Buenos Aires).

Exerceu atividades como Psicanalista na Clínica São José de Resende, Clínica Vanessa-Michele, e Terapeuta Familiar e Sexólogo na Clínica Pavlov do Rio de Janeiro.

Participou de varias Comissões na CICAD - OEA (Comissão Interamericana de Combate ao Abuso de Drogas).

Tem viajado por vários países participando de congressos e conferencias.

Foi Presidente do Organizing Board da World Chamber for Human Development para a America Latina. Foi representante da Câmara Mundial para o Desenvolvimento Humano na Argentina e no Uruguai; Conselheiro e Assessor Geral da UNOY-Argentina (UNITED NATIONS OF YOUTH - Nações Unidas para a Juventude), e Secretario de Assuntos Internacionais para o Mercosul na Câmara de Micro-Empresários. É o Diretor do Serviço Internacional de Prevenção contra Drogas da WCHD. Como jornalista, dirigiu o Programa jornalístico de Televisão "DIALOGO", pela Rede Multicanal de Argentina, para toda América Latina, e foi Debatedor do programa "Os Correspondes", pelo Canal Satelital CVSAT de CABLEVISION.

Por

Adaylton de Almeida Conceição

[adaylton\[arroba\]yahoo.com.ar](mailto:adaylton[arroba]yahoo.com.ar)

[adayltonalmeida\[arroba\]hotmail.com](mailto:adayltonalmeida[arroba]hotmail.com)

[seminarioantidrogas\[arroba\]yahoo.com.br](mailto:seminarioantidrogas[arroba]yahoo.com.br)

As opiniões expressas em todos os documentos publicados aqui neste site são de responsabilidade exclusiva dos autores e não de Monografias.com. O objetivo de Monografias.com é disponibilizar o conhecimento para toda a sua comunidade. É de responsabilidade de cada leitor o eventual uso que venha a fazer desta informação. Em qualquer caso é obrigatória a citação bibliográfica completa, incluindo o autor e o site Monografias.com.

O maior Centro de Teses, Documentos, Publicações e Recursos Educativos da Rede.

[Termos e Condições](#) | [Entre em Contato](#)

© Monografias.com S.A.