



Atendimento Social e Familiar

Maria José Soares de Mendonça



**INSTITUTO FEDERAL
PARANÁ**
Educação a Distância

**Curitiba-PR
2012**

Presidência da República Federativa do Brasil

Ministério da Educação

Secretaria de Educação a Distância

© 2012 INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA – PARANÁ
– EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Este Caderno foi elaborado pelo Instituto Federal do Paraná para o Sistema Escola Técnica Aberta do Brasil – e-Tec Brasil.

Prof. Irineu Mario Colombo
Reitor

Prof. Joelson Juk
Chefe de Gabinete

Prof. Ezequiel Westphal
Pró-Reitoria de Ensino - PROENS

Gilmar José Ferreira dos Santos
Pró-Reitoria de Administração - PROAD

Prof. Silvestre Labiak
Pró-Reitoria de Extensão, Pesquisa e Inovação - PROEPI

Neide Alves
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e Assuntos Estudantis - PROGEPE

Bruno Pereira Faraco
Pró-Reitoria de Planejamento e Desenvolvimento Institucional - PROPLAN

Prof. Marcelo Camilo Pedra
Diretor Geral do Câmpus EaD

Prof. Célio Alves Tibes Jr.
Diretor Executivo do Câmpus EaD

Luana Cristina Medeiros de Lara
Diretora de Planejamento e Administração do Câmpus EaD

Profª Márcia Denise Gomes Machado Carlini
Coordenadora de Ensino Médio e Técnico do Câmpus EaD

Prof. Rubens Gomes Corrêa
Coordenador do Curso

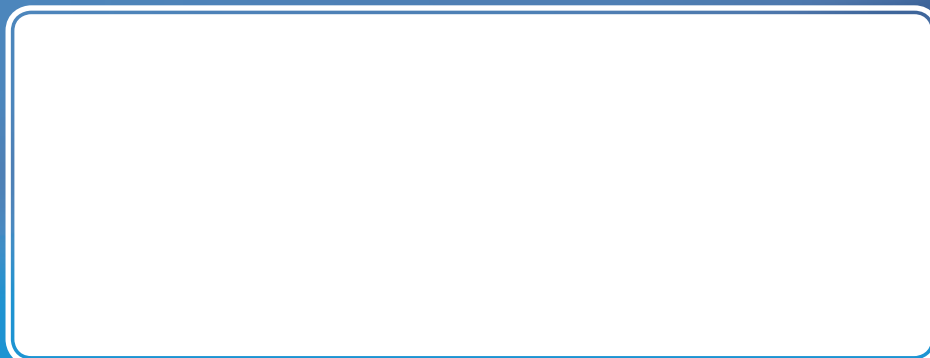
Adriana Valore de Sousa Bello
Cassiano Luiz Gonzaga da Silva
Katia Regina Vasconcellos Ferreira
Assistência Pedagógica

Profª Ester dos Santos Oliveira
Prof.ª Sheila Cristina Mocellin
Prof.ª Wanderlane Gurgel do Amaral
Telma Dias Lobo Dias
Revisão Editorial

Paula Bonardi
Diagramação

e-Tec/MEC
Projeto Gráfico

Catálogo na fonte pela Biblioteca do Instituto Federal do Paraná



Apresentação e-Tec Brasil

Prezado estudante,

Bem-vindo ao e-Tec Brasil!

Você faz parte de uma rede nacional pública de ensino, a Escola Técnica Aberta do Brasil, instituída pelo Decreto nº 6.301, de 12 de dezembro 2007, com o objetivo de democratizar o acesso ao ensino técnico público, na modalidade a distância. O programa é resultado de uma parceria entre o Ministério da Educação, por meio das Secretarias de Educação a Distância (SEED) e de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC), as universidades e escolas técnicas estaduais e federais.

A educação a distância no nosso país, de dimensões continentais e grande diversidade regional e cultural, longe de distanciar, aproxima as pessoas ao garantir acesso à educação de qualidade, e promover o fortalecimento da formação de jovens moradores de regiões distantes, geograficamente ou economicamente, dos grandes centros.

O e-Tec Brasil leva os cursos técnicos a locais distantes das instituições de ensino e para a periferia das grandes cidades, incentivando os jovens a concluir o ensino médio. Os cursos são ofertados pelas instituições públicas de ensino e o atendimento ao estudante é realizado em escolas-polo integrantes das redes públicas municipais e estaduais.

O Ministério da Educação, as instituições públicas de ensino técnico, seus servidores técnicos e professores acreditam que uma educação profissional qualificada – integradora do ensino médio e educação técnica, – é capaz de promover o cidadão com capacidades para produzir, mas também com autonomia diante das diferentes dimensões da realidade: cultural, social, familiar, esportiva, política e ética.

Nós acreditamos em você!

Desejamos sucesso na sua formação profissional!

Ministério da Educação
Janeiro de 2010

Nosso contato
etecbrasil@mec.gov.br



Indicação de ícones

Os ícones são elementos gráficos utilizados para ampliar as formas de linguagem e facilitar a organização e a leitura hipertextual.



Atenção: indica pontos de maior relevância no texto.



Saiba mais: oferece novas informações que enriquecem o assunto ou “curiosidades” e notícias recentes relacionadas ao tema estudado.



Glossário: indica a definição de um termo, palavra ou expressão utilizada no texto.



Mídias integradas: sempre que se desejar que os estudantes desenvolvam atividades empregando diferentes mídias: vídeos, filmes, jornais, ambiente AVEA e outras.



Atividades de aprendizagem: apresenta atividades em diferentes níveis de aprendizagem para que o estudante possa realizá-las e conferir o seu domínio do tema estudado.



Sumário

Palavra da professora-autora	11
Aula 1 – A família enquanto objeto das políticas públicas	13
1.1 O papel da família.....	13
1.2 Mas afinal, o que é uma Política Pública?.....	14
1.3 Que metas as Políticas Públicas devem buscar em relação às famílias	14
1.4 A trajetória das políticas sociais no Brasil.....	15
1.5 Exemplo de Política Social - Programa Bolsa Família.....	17
1.6 A política dos órgãos públicos estatais.....	18
Aula 2 – Política de Assistência Social e Atendimento Social	21
2.1 Os serviços socioassistenciais.....	21
2.2 Níveis de organização dos serviços socioassistenciais.....	22
Aula 3 – As novas configurações familiares	25
3.1 Contexto histórico das famílias.....	25
3.2 Conceito atual de família.....	25
3.3 As relações familiares e a prevenção.....	26
Aula 4 – Os novos arranjos familiares	29
4.1 Famílias mononucleares ou monoparentais.....	29
4.2 Famílias Binucleares – Guarda Compartilhada.....	30
4.3 Famílias Reconstituídas – “os meus, os teus, os nossos”.....	31
4.4 Família Homoafetiva.....	32
Aula 5 – As transformações sociais e as novas exigências profissionais – a interdisciplinaridade	35
5.1 O contexto interdisciplinar.....	35
5.2 Porque devemos atuar interdisciplinarmente?.....	37
Aula 6 – A atuação interdisciplinar e o fortalecimento de vínculo familiar	41
6.1 O fortalecimento de vínculo como estratégia política	41
6.2 A família precisa de apoio.....	43
6.3 Fortalecimento de vínculo afetivo.....	43
Aula 7 – Políticas públicas voltadas para atendimento a crianças e adolescentes no Brasil	47
7.1 Os danos secundários pelo uso abusivo e as políticas públicas.....	47

7.2 Políticas públicas para a adolescência.....	48
7.3 Na história do Brasil, as primeiras ações e programas específicos de atenção aos adolescentes.	49
Aula 8 – A transição da infância para a idade adulta na sociedade ocidental.....	53
8.1 O processo de transição da infância para idade adulta.....	53
Aula 9 – O Marco fundamental - Estatuto da Criança e do Adolescente.....	57
9.1 Contexto histórico da criança no Brasil.....	57
9.2 Alguns marcos importantes no sistema de proteção da criança e do adolescente.....	57
9.3 Aspectos sobre as características contemporâneas do adolescente.....	59
9.4 O uso de drogas na sociedade contemporânea e seus efeitos na adolescência	60
9.5 O tratamento da dependência química na adolescência.....	61
Aula 10 – Variáveis que interferem no crescimento das crianças e adolescentes – a violência doméstica.....	65
10.1 A violência doméstica	65
Aula 11 – Variáveis que interferem no crescimento de crianças e adolescentes – violência física e psicologia.....	69
11.1 Violência física.....	69
11.2 Violência Psicológica.....	70
11.3 Negligência e Abandono	70
Aula 12 – A violência sexual contra a criança e o adolescente	73
12.1 Violência Sexual	73
12.2 O papel da família diante do abuso sexual.....	75
Aula 13 – Construção sócio-histórica da criança e do adolescente na perspectiva da garantia de direitos e a participação da sociedade.....	77
13.1 As políticas públicas de proteção à criança e adolescente.....	77
13.2 As estratégias e articulações em defesa da criança e do adolescente.....	79
13.3 Capacitação profissional.....	80
Aula 14 – Plano nacional de promoção proteção e defesa do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária.....	83
14.1 O processo histórico da proteção social da criança do adolescente e da família.....	83

14.2 Marcos e marcas da constituição do trabalho com famílias e comunidades.....	85
14.3 Exemplo do plano Estadual de proteção integral.....	86
14.4 Exemplo do plano Municipal de Proteção Integral.....	86
15.1 O trabalho socioeducativo com as famílias.....	89
Aula 15 – As ações socioeducativas e o atendimento social.....	89
15.2 O trabalho educativo envolvendo as famílias as crianças e os adolescentes.....	90
16.1 As diretrizes básicas no atendimento integral na saúde.....	93
Aula 16 – Os serviços e ações da política de saúde para o atendimento social.....	93
16.1 Que fatores interferem na realização do atendimento social na política da saúde.....	95
17.1 O que é protagonismo?.....	99
Aula 17 – O atendimento social na política de Assistência Social na perspectiva do protagonismo social.....	99
17.2 Protagonismo familiar e comunitário.....	101
17.3 Qual é a direção do trabalho social?.....	102
17.4 Exemplos de Protagonismo e Transformação Social – Mães do Cariri.....	103
Aula 18 – O atendimento familiar e as redes sociais.....	107
18.1 Mas, afinal o que é uma rede socioassistencial?.....	108
18.2 Como ocorre a consolidação de um trabalho em rede.....	109
Aula 19 – Dependência química: Definições e Diagnóstico inicial.....	111
19.1 A organização dos serviços de tratamento de saúde.....	111
19.2 Critérios do diagnóstico inicial.....	112
Aula 20 – Modalidades de tratamento e abordagens terapêuticas.....	117
2.1 O processo de internação.....	117
Aula 21 – A inserção da família junto ao processo de tratamento da dependência química.....	123
21.1 A inserção das famílias no processo de tratamento.....	123
21.2 O pedido de ajuda familiar.....	124
21.3 A participação da família durante o tempo de internamento.....	125
Aula 22 – Crack – A droga do século.....	127
22.1 Crack o perfil dos usuários.....	127

Aula 23 – A dependência do indivíduo e da família	131
23.1 A família e a codependência	131
23.2 Compreendendo a codependência	132
23.3 O Codependente e suas limitações	133
Aula 24 – Instrumentalidade e estratégias para atuação junto a dependentes químicos	135
24.1 Técnicas de trabalho com famílias	135
25.1 A técnica da Entrevista	139
Aula 25 – Uma intervenção prática se concretiza por meio da concentração das várias especializações das ciências humanas	139
25.2 Exemplo de quando ocorre a entrevista	140
25.3 A visita domiciliar	140
25.4 Metodologia de elaboração da autobiografia	141
25.5 Medidas preventivas após o tratamento	141
26.1 O contexto histórico da Terapia Comunitária	143
Aula 26 – Terapia Comunitária	143
26.2 Contexto que deu origem para a abordagem terapêutica	144
26.3 O papel do terapeuta	146
27.1 O pensamento Sistêmico	147
Aula 27 – Fundamentos da Abordagem da Teoria Comunitária	147
27.2 Os objetivos da terapia comunitária	151
28.1 O espaço Comunitário	153
Aula 28 – Como trabalhar com comunidades como espaços terapêuticos	153
28.2 Características comunitárias	154
28.3 A ação terapêutica da comunidade	154
Aula 29 – Modelo coparticipativo utilizado na comunidade	157
29.1 A corresponsabilidade no trabalho terapêutico	157
29.2 A dimensão terapêutica na comunidade	158
Aula 30 – Relações entre sociedade e loucura	161
30.1 O fenômeno singular conhecido como loucura	161
30.2 Sociedade e loucura	162
30.3 Alienação Social	162
30.4 Desapropriação Institucional	163
30.5 Aumento das psicopatologias	164
Referências	167
Atividades autoinstrutivas	173
Currículo da professora-autora	189

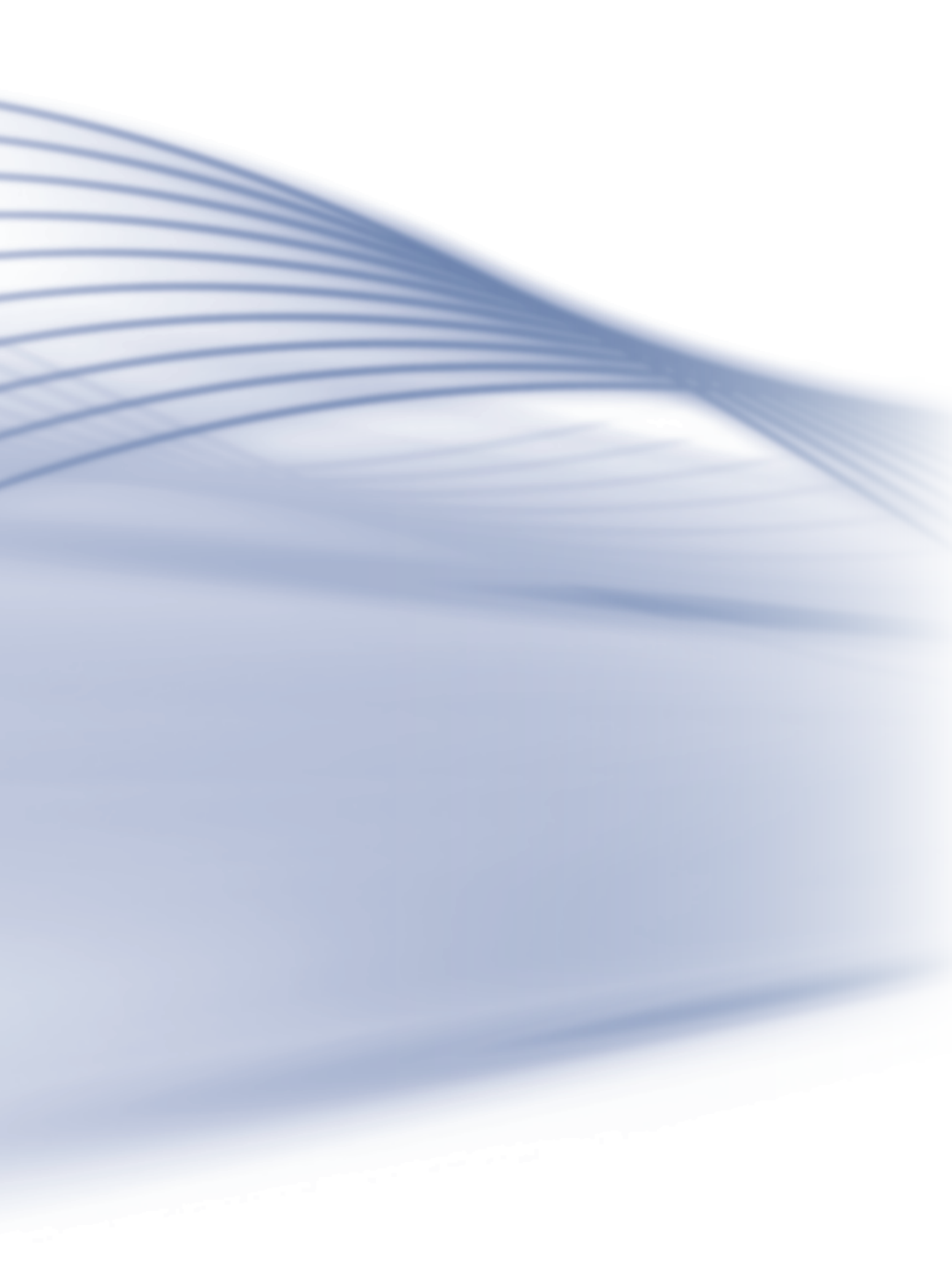
Palavra da professora-autora

Sejam Bem Vindos ao curso de Educação a Distância do IFPR.

Prezados alunos (as), expressamos nossa satisfação em tê-los neste módulo. Você será apresentado a algumas abordagens do trabalho social com famílias, sua importância como instrumento profissional e comunitário. Falaremos sobre os principais modelos de abordagens de trabalho com família, sobre as novas configurações familiares e as principais estratégias da política pública de Assistência Social, no que tange ao trabalho com famílias. Apresentaremos o debate sobre a possibilidade de maximização de resultados positivos no relacionamento entre família, poder público e redes sociais. Nosso objetivo é fornecer a você a capacitação necessária para aperfeiçoar sua abordagem de maneira efetiva e sustentável, que gere valor e aprimore o relacionamento entre usuários e profissionais da saúde.

Assistam aos filmes sugeridos, acessem os *sites* recomendados, questionem, conversem, leiam, dediquem-se e aproveitem esse universo que os ajudará a fixar os conteúdos discutidos na forma das atividades de aprendizagem. Desejo um bom curso a todos!...

Profª Maria José



Aula 1 – A família enquanto objeto das políticas públicas

Olá, nesta primeira aula vamos discutir como políticas públicas atendem as demandas familiares; focaremos a família que está em situação de abandono, de vulnerabilidade social.

Convido você a reconhecer como a família pode ser o sujeito central do processo de desenvolvimento e quais ações públicas tornam-se necessárias para que isto ocorra. Vamos nessa!

1.1 O papel da família

Iniciaremos ressaltando que questões relacionadas à família, serão discutidas em praticamente todas as aulas, a partir dos parâmetros da Proteção Social Brasileira. Neste contexto, abordaremos os seguintes temas: Convivência Familiar e Comunitária, a Ameaça e Violação dos Direitos da Criança e do Adolescente no Contexto da Família, Violações de Direitos, a Corresponsabilização do Estado e da Família e Intervenções Necessárias. Parte-se do pressuposto de que a família vem ganhando maior espaço na agenda da política social brasileira, sobretudo após aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) em 2004, cuja diretriz principal de atuação apresenta a família como centro das ações públicas, no que tange a arena social.

Por esta razão, torna-se então relevante subsidiar a instrumentalização dos profissionais que atuam junto a famílias.



Figura 1.1: A família – porto seguro

Fonte: <http://www.viveresaber.com.br/>

A foto apresenta uma família, na modalidade tradicional, pai, mãe e filhos. No decorrer deste módulo veremos outras modalidades de família. E a sua família? Como será caracterizada ao final deste bloco? Veremos!

1.2 Mas afinal, o que é uma Política Pública?

Não há uma única definição em torno do conceito de política pública. Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irá produzir efeitos específicos. Nesta aula assumiremos o conceito de política pública como forma de planejamento governamental que tem o objetivo de coordenar os meios e recursos do Estado e também do setor privado, para a realização de ações relevantes e politicamente determinadas. Em outras palavras, política pública implica atividade de organização do poder e é instrumento de ação do governo.

Ressalta-se que nem sempre “políticas governamentais” são públicas, embora sejam estatais. Para serem “públicas”, é preciso considerar a quem se destinam os resultados ou benefícios e se o seu processo de elaboração é submetido ao debate público.

Kauchakje (2007) sintetiza que a abrangência das políticas públicas implica a definição de metas, diretrizes e planos governamentais. Com base na distribuição de bens públicos, pautado nos embates entre os interesses sociais contraditórios.

1.3 Que metas as Políticas Públicas devem buscar em relação às famílias

Entre o rol dos direitos contemporâneos estão os direitos das nações e coletividades ao desenvolvimento social. Desenvolvimento social, como direito contemporâneo envolve a capacidade na geração de riquezas e a superação das estruturas tradicionais de sua injusta distribuição. Fica claro que se trata de superar “a ideia simplista de que o crescimento econômico por si só bastaria para assegurar o desenvolvimento” enfim, o desenvolvimento humano “significando ter como objetivo o desenvolvimento dos homens e das mulheres em lugar da multiplicação das coisas.” (SACHS, 1998).

Esta compreensão faz-se necessária para inserirmos a família como sujeito e objeto do desenvolvimento social.

A completa realização dos seres humanos e dos povos se dá pelo acesso aos direitos constituídos, no entanto, esta realização é impedida com frequência pela negação dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. Deve-se considerar que todos os direitos humanos e as liberdades fundamentais são indivisíveis e interdependentes e que, para promover o desenvolvimento, devem ser dadas atenção igual e consideração urgente à implementação, promoção e proteção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. Ou seja, a legislação brasileira vigente reconhece e preconiza a família, enquanto estrutura vital, lugar essencial à humanização e à socialização, espaço ideal e privilegiado para o desenvolvimento integral dos indivíduos.

Desta forma entendemos que a família não é um elemento do sistema isolado, seus problemas e desafios atravessam e são atravessados pelas políticas públicas.



Figura 1.2: Educação como tema transversal

Fonte: <http://3.bp.blogspot.com/>

Ou seja, alguns conceitos são importantes para resumir o que devemos considerar quando falamos em política social. Ela está diretamente ligada à trajetória da garantia dos direitos civis (liberdade individual – vida, liberdade, propriedade e igualdade perante a lei), direitos políticos (auto governo – organização, contestação e votar e ser votado) e direitos sociais (justiça social – educação, trabalho, saúde, aposentadoria e salário justo).

1.4 A trajetória das políticas sociais no Brasil

No Brasil os direitos sociais têm se expandido nas últimas décadas, e esta expansão tem gerado impactos em diversas áreas, como a econômica.

Desta forma, os impactos econômicos da expansão dos direitos sociais: o aumento do estoque de capital humano; a maior capacidade de inovar e produzir; a perda da importância da performance econômica para

determinar condições de bem-estar; são os elementos mais considerados quando falamos em desenvolvimento social. No entanto, o crescimento econômico não deve ser o único resultado esperado quando tratamos de desenvolvimento social. Neste sentido, Dowbor (1999, p. 3) acentua que,

o crescimento econômico, quando existe, não é suficiente. Nem a área produtiva, nem as redes de infraestruturas, e nem os serviços de intermediação funcionarão de maneira adequada se não houver investimento no ser humano, na sua formação, na sua saúde, na sua cultura, no seu lazer. Em outros termos, a dimensão social do desenvolvimento deixa de ser um "complemento", uma dimensão humanitária de certa forma externa aos processos econômicos centrais, para se tornar um dos componentes essenciais da transformação social que vivemos.

Sendo assim, a dimensão social deve ser prioridade quando a questão é a transformação social.

No Brasil, esta preocupação surge a partir da Constituição 1988, que possibilitou novas leis que ampliaram direitos e oportunidades fundamentais do cidadão. Desde lá, alguns segmentos foram especialmente beneficiados. Exemplos de ampliação de direitos: crianças e adolescentes que em 1990 tiveram seus direitos assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, em 2003 a promulgação do Estatuto do Idoso. Outro marco significativo foi a regulamentação da Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742/93) que estabeleceu um novo paradigma de atuação social, considerando como grande referencial conceitual para a assistência a proposta de se investir no potencial das pessoas.

Foi a Lei Orgânica que instituiu o Conselho Nacional de Assistência Social, responsável pelo controle da política pública nesta área, bem como os conselhos Estaduais e Municipais. Em 2004, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS); esta política trouxe uma nova concepção em que a Assistência Social é concebida como política pública e transita para o campo dos direitos, da universalização de acesso e da responsabilidade estatal.

A PNAS traz como objetivos da Assistência Social prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e/ou especial para famílias, indivíduos e grupos que dele necessitem; contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em área urbana e rural;

assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família e que garantam a convivência familiar e comunitária.

A PNAS trouxe em sua elaboração a perspectiva da implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), cujo modelo de gestão é descentralizado e participativo. O SUAS é responsável pela regulação e a organização em todo território nacional das ações socioassistenciais para as famílias.

Ou seja, percebe-se que as políticas sociais tiveram avanço significativo no Brasil, mas evidencia-se que o campo social é por natureza intersetorial e é desta forma que teremos respostas assertivas no atendimento familiar.

1.5 Exemplo de Política Social - Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família é um programa de transferência de renda, com critério de acesso definidos. Os três grandes eixos do programa são: garantia de renda, acesso aos serviços/reforço dos direitos básicos e inclusão produtiva.

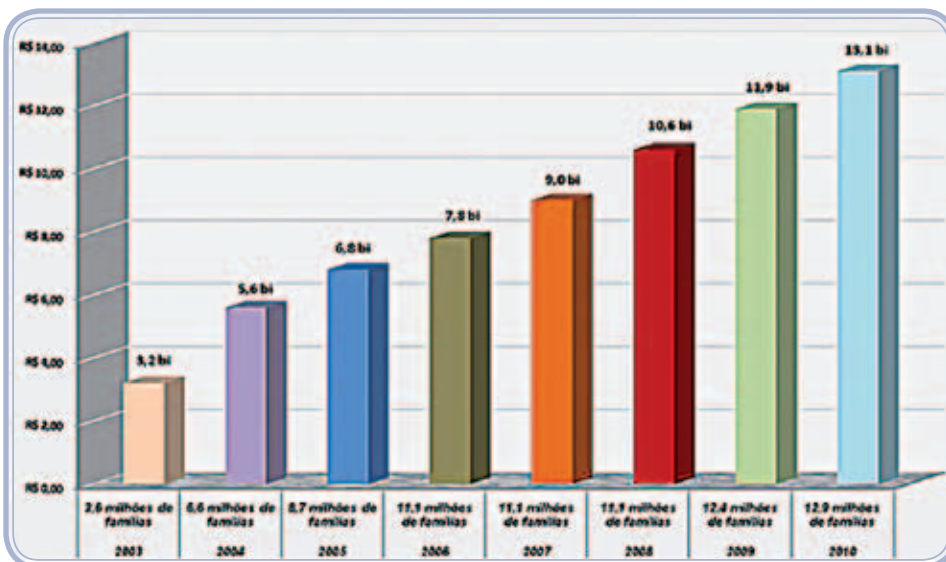


Figura 1.3: indicadores do programa bolsa família

Fonte: Falcão, Tiago. Cadastro Único e Programa Bolsa Família: Agenda Federativa 2011. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. Apresentação não publicada. 2012.

A partir do gráfico, podemos considerar que entre 2003 e 2010 houve um aumento de 258% no número de famílias atendidas em relação ao recurso financeiro disponibilizado para o programa bolsa família.



No mês de junho de 2012, o governo federal lançou o documento resumindo os alcances mais significativos desse programa. Acesse e saiba mais sobre o assunto, <http://www.mds.gov.br/layout-1/secretarias-destaques/gestaodainformacao/NotaSagi.pdf>.

Existem muitas controvérsias que cercam o programa bolsa família, considerando as distintas culturas políticas que não só atravessam as ações coletivas dos grupos sociais, como também incidem nos sistemas de Proteção Social.

As famílias beneficiadas podem receber até três tipos de benefícios, são eles:

1. **Benefício Básico** - (R\$ 68,00) – Atingem as famílias com renda per capita de até R\$ 70,00.
2. **Benefício Variável** – (R\$22,00) – atingem as famílias com crianças de 0 a 15 anos (até o limite de 3 crianças).
3. **Benefício Variável Jovem** – BVJ – (R\$ 33,00) disponível para famílias com jovens de 16 e 17 anos (até o limite de 2 jovens).



se você tiver interesse em saber que siglas são utilizadas para explicar o programa. Acesse <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/glossario>. Este link contém todas as palavras utilizadas na gestão do programa. Boa sorte.

É importante considerar que o benefício varia de R\$ 22,00 (família pobre com uma criança) a R\$ 200,00 (família extremamente pobre, com três ou mais crianças e dois ou mais adolescentes). O benefício médio está em torno de R\$ 95,00. Apenas 0,1% das famílias recebe o benefício no valor máximo.

1.6 A política dos órgãos públicos estatais



Figura 1.4: Políticas públicas estatais

Fonte: <http://www.forumdca-ma.org.br/>

Na atualidade, órgãos públicos estatais têm a responsabilidade sobre Sistema Único de Assistência Social (SUAS); é um sistema público que organiza, de forma descentralizada, os serviços socioassistenciais no Brasil. Com um modelo de gestão participativa, ele articula os esforços e recursos dos três níveis de governo para a execução e o financiamento da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) A gestão é compartilhada com a sociedade civil (or-

ganizações não governamentais, organizações comunitárias e movimentos sociais, por exemplo), podendo configurar um modo de arquitetar a governabilidade social do local, regional, nacional e global.

Entende-se então que, a proteção do Estado não se dá apenas oferecendo assistência social, mas assegurando os cuidados especiais para que a família, que tem o direito de ser apoiada e auxiliada quando ela própria necessita de proteção, possa cumprir sua função na comunidade.

Segundo Fulmer (1995), a situação das famílias de baixa renda, agravada muitas vezes pelo uso abusivo de drogas tem sido pontuada como o problema fundamental, no sentido de exigir medidas articuladas entre diversas instituições e ampla participação do governo e comunidade.

Portanto, a família brasileira apresenta mudanças significativas em todos os segmentos da população, decorrentes da modernização da sociedade.

Conforme Carvalho (2002, p.15): “A família vive num dado contexto que pode ser fortalecedor ou esfacelador de suas possibilidades e potencialidades”. Portanto, quando a família não obtém acesso aos direitos e garantias, sobretudo no que tange o uso abusivo de substâncias psicoativas, doenças psiquiátricas, negligência ou mesmo dificuldades de exercício de afetividade, ocorre agravamento da situação tornando-a insustentável frente às possibilidades dos serviços disponíveis.

Concluimos esta aula lembrando que há necessidade de tematizar a política social associando-a aos direitos de cidadania, visando nesse contexto, analisar as relações de classe, o padrão de Estado e as principais respostas políticas a demandas e necessidades sociais, bem como, identificar a política social como um processo contraditório que articula e serve ao mesmo tempo a interesses do capital e do trabalho para que na prática cotidiana possamos refletir sobre a relação entre Estado, sociedade, política social e cidadania no contexto brasileiro.

Resumo

Nesta aula aprendemos sobre o papel da família enquanto política pública e suas metas em relação às famílias. Conhecemos um exemplo de política social, o programa bolsa família. Admitimos que os órgãos públicos estatais têm responsabilidades pelos SUAS garantindo a assistência social como política pública e de direito social.



Atividade de aprendizagem

1. O que são políticas públicas e quais suas metas em relação à família?

2. Discuta como o programa bolsa família promove o alívio imediato da pobreza. E como é feita a seleção das famílias que serão incluídas no Programa.

Aula 2 – Política de Assistência Social e Atendimento Social

Então, falamos um pouco sobre a política pública e a necessidade de por meio dela alcançar critérios cada vez mais justos de desenvolvimento social. Nesta aula continuaremos a falar de políticas públicas, mas daremos um recorte na política de assistência social.



Figura 2.1: Usuários do Atendimento da Política Social

Fonte: <http://novohamburgo.org/>

A figura retrata o perfil dos usuários da PNAS (Política Nacional de Assistência Social) ou atendidas nas Unidades Básicas de Assistência social, denominadas CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) ou CREAS (Centro de Referência Especializado da Assistência Social).

2.1 Os serviços socioassistenciais

A implantação e articulação dos serviços socioassistenciais em territórios de vulnerabilidade garante o trabalho social com famílias atribuindo o enfrentamento das situações de vulnerabilidade e contribuindo para sua proteção e promoção.

A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais é organizada por níveis de complexidade do SUAS: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial: de Média e Alta Complexidade.

Você sabia que o documento da tipificação nacional dos serviços sociais é o guia básico para todos os profissionais que oferecem atendimento social? O documento organiza os serviços por meio de níveis de atendimento.



Caso você queira entender como os serviços socioassistenciais estão organizados. Acesse o sítio abaixo e leia a tipificação nacional dos serviços. <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaobasica/cras/documentos/Tipificacao%20Nacional%20de%20Servicos%20Socioassistenciais.pdf>

2.2 Níveis de organização dos serviços socioassistenciais

O nível de proteção social básica compreende o atendimento aos indivíduos que mantêm o vínculo familiar

I - Serviços de Proteção Social Básica:

- a)** Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF);
- b)** Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
- c)** Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.

O nível de proteção social especial compreende o atendimento aos indivíduos que romperam o vínculo familiar, comporta dois níveis de complexidade: média e alta.

II - Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade:

- a)** Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI);
- b)** Serviço Especializado em Abordagem Social;
- c)** Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC);
- d)** Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias;
- e)** Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

O nível de proteção social especial de alta complexidade compreende o atendimento aos indivíduos que romperam o vínculo familiar e que necessitam de abrigo do governo, entre outros.

III - Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade:

- a)** Serviço de Acolhimento Institucional nas seguintes modalidades: - abrigo institucional; Casa-Lar; Casa de Passagem; Residência Inclusiva.

- b) Serviço de Acolhimento em República;
- c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora;
- d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

Ou seja, a política de assistência social é realizada por meio de um conjunto integrado de ações e de iniciativas públicas e da sociedade.

São caracterizadas em três níveis:

- Entidades de atendimento são aquelas que prestam serviços, executam programas ou projetos e concedem benefícios de prestação social básica ou especial, dirigidos às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal, conforme Resolução CNAS nº 109/2005, Resolução CNAS nº 33/2011 e Resolução CNAS nº 34/2011.
- Entidades de assessoramento prestam serviços e executam programas ou projetos voltados prioritariamente para o fortalecimento dos movimentos sociais e das organizações de usuários, formação e capacitação de lideranças, dirigidos ao público da política de assistência social, conforme Resolução CNAS nº 27/2011.
- Entidades de defesa e garantia de direitos prestam serviços e executam programas e projetos voltados prioritariamente para a defesa e efetivação dos direitos socioassistenciais, CNAS nº 27/2011.

Ou seja, vale ressaltar que esta atuação da sociedade ocorre por meio das organizações e entidades de assistência social, que fazem parte da rede socioassistencial que compõem o Sistema Único de Assistência Social como prestadoras complementares de serviços socioassistenciais e como cogestoras, por meio da participação nos conselhos de assistência social.

Vimos que o modelo de proteção social no Brasil está organizado por níveis de proteção e que houve avanços significativos no campo do atendimento à família. Porém, muitos desafios ainda necessitam atenção. Entre eles, o acompanhamento através de instrumentos e técnicas apropriadas para atendimento social. Vamos nessa!



Onde uma família pode procurar ajuda da assistência social

Um dos principais acessos da família ao direito à Política Pública de Assistência Social é o CRAS – Centro de Referência de Assistência Social é onde se desenvolve os serviços socioassistenciais. Presta os serviços de Proteção Social Básica e referencia os encaminhamentos para a Proteção Especial.



<http://www.youtube.com/watch?v=6-1CjDCmEiM>. Este filme retrata a trajetória histórica dos usuários da assistência social.

Aula 3 – As novas configurações familiares

Olá! Nesta aula veremos se o papel dos membros familiares continuam os mesmos. E quais as novas configurações familiares que despontam na atualidade.

Ao pensarmos a família através do tempo, podemos observar suas inúmeras modificações, sejam elas conceituais ou de configuração.

3.1 Contexto histórico das famílias

Na Idade Média, do século V ao XV, foram-se consolidando as características religiosas, culturais e sociais, que foram levadas, posteriormente, para o novo mundo e que permanecem até a atualidade em nossas sociedades (Galano, 2006).

No século XVIII a família começa a manter a sociedade a certa distância da vida particular (ARIÈS, 1981). Na Idade Moderna, do século XV ao XVIII, o indivíduo era ligado nas solidariedades coletivas, feudais e comunitárias. Para Ariès (1978), entre os séculos XVI e XVII, a criança conquista um lugar junto aos pais. Diferente da família medieval que deixava as crianças com estranhos, agora, a visibilidade de sua vulnerabilidade e a sua importância fazem com que os adultos passem a se preocupar com a sua educação, saúde e futuro e querer reter a criança junto de si.

No século XVIII, processa-se claramente a separação entre família e sociedade, entre privado e público. Enfatiza-se a intimidade familiar e isto aparece também na arquitetura da casa, que passa a ter cômodos com separações para assegurar a privacidade dos indivíduos na própria família. (Ariès, 1978).

3.2 Conceito atual de família

A Constituição Federal diz que a família pode ser formada por qualquer um dos cônjuges e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) a família é formada pelos pais.

Em BRASIL (2006, p. 42) quando o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária refere-se às definições, prevê:

Estas definições colocam a ênfase na existência de vínculos de filiação legal de origem natural ou adotiva, independentemente do tipo de arranjo familiar onde esta relação de parentalidade e filiação estiver inserida.

A família e o casamento tiveram sua função social transformada especialmente ao longo do século XX e não se espera dessas relações somente o cuidar e manter a prole. Embora o conceito atual de família seja muito diferente do que se tinha em tempos passados, ainda continua sendo a família o centro com que as pessoas se identificam e em que aprendem sobre a vida.

Portanto, a versão idealizada de núcleo familiar estável e voltada para si fica ultrapassada. Surgem novas possibilidades de famílias, constituídas por grupos que habitam o mesmo espaço físico ou que, pelo menos, mantêm certa proximidade. Esses novos arranjos estão longe de serem instituições fechadas, apresentando-se sempre em evolução e transformação.



Assista vídeo disponível em:
http://www.youtube.com/watch?v=xSXRoRzXK_g. O mesmo discute a correlação entre o que as famílias demandam e o que elas acessam nos centros de referência de assistência social CRAS.

3.3 As relações familiares e a prevenção

As relações familiares são consideradas uma forma de prevenção, quando a comunicação no ambiente familiar é clara e autêntica, quando são estabelecidos regras e limites e quando há coerência entre o que é falado e o que é feito.

Os **tratamentos** para pessoas com dependência de álcool e outras drogas devem ser multidisciplinares e preferencialmente integrados: psicoterapia, orientação familiar, entrevista motivacional, programa de desintoxicação domiciliar, prevenção de recaída e reinserção social e familiar do usuário. De maneira geral, as psicoterapias familiares têm se destacado como uma abordagem de escolha na área de tratamento de dependentes de álcool e outras drogas no Brasil (Silva, 2006 p. 28).

Payá e Figlie (2004) apresentam seis modalidades terapêuticas na abordagem familiar em dependência química, são elas:

- a) Grupos de autoajuda: que tem como base as 12 etapas dos alcoólicos anônimos

- b) Enfoque sistêmico:** a partir da teoria geral dos sistemas e da comunicação, surgiram várias escolas de terapia familiar: escola estrutural (entende a família como um sistema que se define em função dos limites de uma organização hierárquica, executando suas funções por meio de subsistemas), estratégia (o que caracteriza a família é a luta pelo poder), de Milão (homeostase) e construtivista (tanto a crise quanto o sintoma fazem parte do processo de mudança). A terapia a partir desse enfoque busca a mudança no sistema entre os membros da família pela reorganização da comunicação (destaque para a hierarquia e a definição de papéis familiares e resgate de autonomia);
- c) Abordagem cognitivo comportamental:** que tem o objetivo de reduzir o estresse de todos os membros da família e melhorar sua capacidade de lidar com a doença, por meio de uma combinação de educação (informações, formas de tratamento, medicamentos, motivação), treinamento em comunicação (diminuir as interações tensas e negativas sobre os membros da família, substituindo-as por habilidades sociais mais construtivas) e habilidades em solução de problemas (plano de ação). Essa terapia visa o resgate de recursos pessoais para lidar com o processo de mudança de padrões de comportamentos familiares antigos, auxiliando na modificação de distorções cognitivas e crenças disfuncionais e possibilitando lidar de maneira mais eficiente com o dependente químico;
- d) Terapia familiar funcional:** com abordagens sistemáticas, comportamentais e cognitivas;
- e) Terapia familiar estratégica breve:** é uma intervenção com base familiar que visa a prevenção e o tratamento de problemas comportamentais da criança e do adolescente, abrangendo o abuso leve de substâncias; e
- f) Solução de problemas:** enfoca diretamente a bebida e as tentativas de modificar a situação com a participação ativa dos membros da família, está vinculada ao estímulo e ao controle de reforço. A ênfase não está no sistema familiar, mas em como a família unida pode ajudar o dependente a aliviar o seu problema.

Essas autoras sugerem que a escolha de tal modalidade depende da: disponibilidade dos membros, do comprometimento emocional e do foco nos problemas familiares ou do casal advindos da dependência química. As abordagens utilizadas percorrem a psicoterapia familiar, os grupos de pares e multifamiliares ou ainda a psicoterapia de casal.

Resumo

Nesta aula vimos o impacto familiar relacionado ao uso das drogas. Entendemos que a escolha da modalidade do tratamento depende da: disponibilidade dos membros, do comprometimento emocional e do foco nos problemas familiares ou do casal advindos da dependência química. Ou seja, o contexto do sistema familiar pode ser tanto um fator de risco como de proteção para o uso/abuso de álcool e drogas.



Atividade de Aprendizagem

- Considerando que a família e o casamento tiveram sua função social transformada especialmente ao longo do século XX, você considera que a família continua cumprindo sua função social?

Aula 4 – Os novos arranjos familiares

Nesta aula discutiremos as novas configurações familiares e as novas estratégias para convivência familiar

Consideramos que qualquer configuração está desafiada a encontrar novas formas para lidar com as situações, sem esquecer os sentimentos desencadeados pelo processo natural da convivência.

Iniciamos pressupondo que trabalhar novos arranjos familiares diferentes do padrão tradicional requer alguns cuidados. Propõe-se, tomar consciência dos sentimentos e preconceitos, para possibilitar mudanças e arranjos necessários e funcionais. Vejamos a caracterização dos novos arranjos familiares.

4.1 Famílias mononucleares ou monoparentais

As famílias mononucleares podem advir de produções independentes ou de separações em que há ruptura da relação parental com um dos progenitores. Atualmente, é grande o número de separações em casais jovens e também grande o número de famílias monoparentais sustentadas por mulheres.

“Hoje, poucas mulheres permanecem casadas por dependência financeira” (Dessen & Costa Júnior, 2005, p.117).

Em todas as épocas existiram famílias regidas apenas por um membro da parentalidade, fato que atualmente já não causa estranheza (Féres - Carneiro, 2003). Também não é incomum vermos famílias sendo administradas pelo homem que, assim como a mulher, funciona como pai e mãe, tendo os filhos sob sua única responsabilidade.

4.2 Famílias Binucleares – Guarda Compartilhada



Figura 4.1: Guarda Compartilhada

Fonte: <http://2.bp.blogspot.com/>

Privilegia a continuidade da relação parental após a separação, mantendo pai e mãe responsáveis pelos cuidados cotidianos dos filhos e permitindo a estes acessos sem dificuldades a ambos os genitores. Assim como tudo, esse modelo não deve ser imposto como solução para todos os casos. Na prática, essa forma de relação exige que os pais morem na mesma cidade e que conversem sobre regras comuns de educação, alimentação e saúde dos filhos.

Um aspecto bastante importante não pode ser negligenciado: separação conjugal não é ruptura parental. Filhos precisam dos pais e nenhum dos dois pode negar a existência do outro na vida de seus filhos. Nesse sentido, a guarda compartilhada pode contribuir e muito para uma convivência filial com pai e mãe que resolveram não ser mais marido e mulher e pode prevenir a chamada síndrome de alienação parental.

Segundo Silva (2003), tal síndrome é um processo que consiste em programar uma criança para que odeie um de seus genitores sem justificativa, por influência do outro com quem a criança mantém um vínculo de dependência afetiva e estabelece um pacto de lealdade inconsciente. Quando essa síndrome se instala, o vínculo da criança com o genitor chamado alienado torna-se irremediavelmente destruído. O genitor alienado, que a criança aprende a odiar por influência do genitor alienador, passa a ser um estranho para ela e a convivência fica impossível de acontecer porque a criança não se dispõe ao contato, comportamento reforçado pelo genitor alienador.

Entretanto, também não podemos negligenciar a possibilidade do genitor alienado estar comprometido numa relação de violência doméstica com este filho, que se protege negando-se a estar com ele. De qualquer forma, meu objetivo é deixar aqui um alerta, despertando a curiosidade para a busca de mais informações a respeito deste tema tão novo que é a guarda compartilhada.

4.3 Famílias Reconstituídas – “os meus, os teus, os nossos”

Numa sociedade em que o modelo de família é o nuclear, em que não há reconhecimento jurídico de todos os novos laços construídos, as famílias reconstituídas necessitam de boa dose de espontaneidade para criar papéis, regras, fronteiras e rituais. Não há lógica melhor ou pior, certa ou errada. Há sim lógicas que respondem às necessidades construídas ao longo da história desses casais – implícitas ou explícitas – e entre eles acordadas.

Podem constituir-se tanto de mulheres e homens com filhos de relações anteriores (divorciados ou viúvos), unidos a parceiros também nessas condições ou solteiros. Por isso, as questões de parentalidade nessas famílias são tão próprias: a relação parental é anterior à conjugal. Os filhos dos casamentos anteriores ocupam um lugar central na vida do novo casal e o relacionamento com eles, por vezes, é o termômetro sensível das possibilidades futuras do casal.

Dentro dessa categoria estão os casais que vivem juntos, mas separados: preservam o seu próprio núcleo familiar e, ao mesmo tempo, como casal, realizam algumas atividades em conjunto que envolvem todos os filhos, como, por exemplo, pequenas viagens.

Cada casal precisa descobrir sua lógica, esquecendo a lógica convencional e entendendo que, apesar de inseridos em uma mesma situação, são originários de mundos completamente distintos. Após a separação, pais, filhos e família extensa têm que incluir, em seu processo de amadurecimento, a aceitação de uma nova configuração familiar.



Figura 4.2: Famílias reconstituídas

Fonte: <http://kthyjasegredos.blogspot.com.br/>

Essa estrutura familiar tão complexa, que compreende maior número de avós, tias, irmãos, amigos, pessoas muitas vezes estranhas que passam a fazer parte do dia a dia dos envolvidos de uma hora para outra e passam a ser chamadas “parentes” (Brun, 1999, p.22), traz uma discussão sobre o uso do termo

“reconstituída”, na medida em que o significado da palavra não parece incluir todas as variáveis para o caso. Vários outros termos são utilizados (recompostas, recasadas), mas nenhum deles está isento de críticas revelando a dificuldade para se encontrar uma nomenclatura que expresse essa realidade.

4.4 Família Homoafetiva

As famílias homoafetivas são formadas por casais do mesmo sexo. Esses casais têm muito das necessidades e dos conflitos dos casais heterossexuais, embora se defrontem com uma gama enorme de problemas gerados pelo preconceito e pelas dificuldades vivenciadas por todos aqueles que fazem parte de uma minoria social.



Figura 4.3: Família Homoafetiva

Fonte: <http://2.bp.blogspot.com/>



Nesse artigo a psicóloga Adriana Wagner ressalva que as mudanças na configuração das famílias não fizeram com que desaparecessem as necessidades mais fundamentais dos seres humanos enquanto membros desse grupo: amor, proteção e segurança.

http://www.secsp.org.br/sec/revistas/revistas_link.cfm?edicao_id=357&Artigo_ID=5493&IDCategoria=6296&ref_type=2

Os modelos teóricos e as estratégias de atendimento para ambos os casos são muito semelhantes, mas o casal homoafetivo enfrenta questões muito diferentes, relativas, por exemplo, ao patrimônio do casal e aos cuidados com a saúde em caso de doenças sérias – se o/a parceiro/a legalmente não é marido ou mulher, sendo, em decorrência, considerado/a solteiro/a, o direito de herança e benefícios fica para a família de origem.

Com essas novas configurações e situações, além das dificuldades com a criação dos filhos e adaptações necessárias, inerentes a todas as famílias, surgem também problemas novos.



Ouçã a música *Família – Titãs* disponível no site:

<http://www.youtube.com/watch?v=ONp5Z2bkTfE>

Família – Titãs

Arnaldo Antunes / Tony Bellotto

Família! Família!
Papai, mamãe, titia
Família! Família!
Almoça junto todo dia
Nunca perde essa mania...
Mas quando a filha
Quer fugir de casa
Precisa descolar um ganha-pão

Filha de família se não casa
Papai, mamãe
Não dão nem um tostão...
Família êh! Família ah!
Família! oh! êh! êh! êh!
Família êh! Família ah!
Família!... Família! Família!
Vovô, vovó, sobrinha

Família! Família!
Janta junto todo dia
Nunca perde essa mania...
Mas quando o neném
Fica doente
Uô! Uô!
Procura uma farmácia de plantão
O choro do neném é estridente
Uô! Uô!
Assim não dá pra ver televisão...
Família êh! Família ah!
Família! oh! êh! êh! êh!
Família êh! Família ah!
Família! hiá! hiá! hiá!... Família! Família!
Cachorro, gato, galinha

Família! Família!
Vive junto todo dia
Nunca perde essa mania...
A mãe morre de medo de barata
Uô! Uô!
O pai vive com medo de ladrão
Jogaram inseticida pela casa
Uô! Uô!
Botaram cadeado no portão...
Família êh! Família ah!
Família!
Família êh! Família ah!
Família! oh! êh! êh! êh!
Família êh! Família ah!
Família! hiá! hiá! hiá!...

Fonte: <http://familia.titas.letrasdemusicas.com.br/>

4.5 Famílias: Desafios e Soluções e Novos Problemas

O distanciamento de vínculos familiares da família extensa bem como as dificuldades nos sentimentos de pertencimento e, sobretudo, as confusões na estruturação de identidades pessoais e familiares, têm como questão a ser trabalhada o afastamento na relação com pais bem como as funções parentais confusas e o envolvimento de crianças em guerras relacionais de adultos. Assim, as famílias no atual contexto, têm se configurado de formas diversas e houve mudanças significantes na família nuclear, colocando em questão a hegemonia da mesma, sendo que esta se restringe a acompanhar o processo de mudança que surge em torno da família contemporânea.

Resumo

Nesta aula aprendemos o conceito e as mudanças que no campo da família tradicional vêm ocorrendo. Compreendemos que a família não responde por um único modelo de estruturação, ela pode ser mono ou binuclear, reconstituída ou homoafetiva. Essas novas composições de arranjos familiares nos mostram que as famílias terão novos desafios, novas soluções e novos problemas.

Atividades de aprendizagem

1. A família continua sendo o elemento central da vida contemporânea, porém tem se configurado de diversas formas. Faça um breve comentário de qual das novas configurações familiares você tem se deparado no seu dia a dia.

2. Dentre as novas configurações familiares temos a família binuclear, quando a guarda é compartilhada. Quais os benefícios deste arranjo familiar? Que malefício ela pode evitar?

Aula 5 – As transformações sociais e as novas exigências profissionais – a interdisciplinaridade

Olá!!

Nesta aula falaremos sobre interdisciplinaridade e multidisciplinaridade. Pois, se o sistema de proteção mudou, a família mudou. Será que os profissionais poderão continuar agindo da mesma forma?

Será que existe algum consenso das equipes em relação ao trabalho interdisciplinar? Vamos descobrir.

5.1 O contexto interdisciplinar

A interdisciplinaridade pressupõe uma nova postura diante do conhecimento, mudança de atitude em busca do contexto do conhecimento, em busca do ser como pessoa integral, para garantir a construção de um conhecimento globalizante, rompendo com os padrões tradicionais fragmentados. Para isso, será preciso, como propõe Ivani Fazenda (2003), “uma postura interdisciplinar”, que nada mais é do que uma atitude de busca, de inclusão, de acordo e de sintonia diante do conhecimento.

Sobre esse assunto, Severino (2008, p. 19) afirma que:

[...] Pressupõe, de forma necessária, uma convergente colaboração dos especialistas das várias áreas das Ciências Humanas, evitando-se assim uma hipertrofia, seja de uma fundamentação unidimensional, seja de uma intervenção puramente técnico-profissional.

A interdisciplinaridade é importante no que se refere às práticas de intervenção social das Políticas Públicas. A ação social, governamental ou não, interfere, quase sempre, nas condições de vida de uma pessoa ou família.

Trata-se de uma intervenção prática que se concretiza por meio da concentração das várias especializações das ciências humanas. Abordar a arena social é reunir saberes interlocuções dispostas a construir estratégias que não se reduzam aos seus próprios conhecimentos, mas que propicie a garantia dos direitos sociais.

As ações interdisciplinares devem fomentar a produção de conhecimento no processo de ir e vir das relações e demandas profissionais. Devem possibilitar na ação profissional o pluralismo e a equidade entre os profissionais das diferentes áreas.

O trabalho interdisciplinar é produzido por meio de alguns condicionantes. É por isso que a interdisciplinaridade encontra limites na prática profissional.

Entre os condicionantes encontra-se a autonomia individual, ou seja, em cada área impõe ao profissional o domínio de seu conteúdo teórico, a clareza de seus objetivos e dos objetivos da instituição em que trabalha. Refletir de maneira crítica sobre seu próprio atuar, como também sobre a realidade social é de extrema importância.

A partir deste ponto nosso olhar sobre a interdisciplinaridade, deve ser entendido como uma possibilidade concreta de atuar sobre a complexidade e multiplicidade dos vínculos familiares, sobretudo nas famílias de dependentes químicos. Essa possibilidade foi construída historicamente a partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), dentre outras.

Segundo Fazenda (2003), não é necessário seguir modelos para a interdisciplinaridade, o importante é encontrarmos um caminho que possibilite complementação e até a transformação.

Ou seja, não há receita de bolo. O que existe são possibilidades criadas a partir de metodologias, instrumentos, saberes construídos ao longo do tempo.

Para, Rodrigues (1998, p.156),

[...] a interdisciplinaridade, favorecendo o alargamento e a flexibilização no âmbito do conhecimento, pode significar uma instigante disposição para os horizontes do saber. (...) Penso a interdisciplinaridade, inicialmente, como postura profissional que permite se pôr a transitar o “espaço da diferença” com sentido de busca, de desenvolvimento da pluralidade de ângulos que um determinado objeto investigado é capaz de proporcionar, que uma determinada realidade é capaz de gerar, que diferentes formas de abordar o real podem trazer.

Sendo assim, as práticas interdisciplinares permitem o novo e diferente olhar para os conhecimentos adquiridos; desta forma permitem unificar as ações para dar força e empoderamento para algo que precisa ser criado ou recriado. A própria família demonstra isto, a instituição familiar que parece estar falida, reinventa-se em novos formatos mantendo ainda mais a sua credibilidade.



Figura 5.1: Atuação interdisciplinar

Fonte: <http://3.bp.blogspot.com/>

Todas as pessoas que se envolvem no trabalho interdisciplinar são geradores de novos conhecimentos. E igualmente são importantes para otimizar a rede de proteção social, oportunizando que o beneficiário tenha acesso prioritário a um amplo conjunto de programas que torne eficaz e estimule o seu potencial.

Conclui-se, portanto que devido a sua dimensão plural, todo trabalho social com famílias pressupõem que haja um olhar mais ampliado para a compreensão de sua configuração, mas sem esquecer sua singularidade como núcleo social. Também não podemos esquecer que o trabalho com famílias exige um comprometimento ético e respeitoso, afinal, cada família convive com suas relações de conflito, seja frente às drogas, homossexualidade, agressões físicas, verbais e psicológicas, gravidez na adolescência, alcoolismo, desemprego, morte, etc.

5.2 Porque devemos atuar interdisciplinarmente?

Existem focos de atuação e, para tanto, é necessário compreendê-los de maneira distinta. Visto desta maneira é importante salientar que as competências de cada profissional sinalizam necessidades da demanda e que unindo todas as habilidades desses profissionais tornam-se mais efetivas e certas as atitudes e ações que visam à prática profissional.



Este vídeo retrata o exemplo da cidade de Campinas em relação aos serviços ofertados pelo Sistema Único de Assistência Social <http://www.youtube.com/watch?feature=endscreen&NR=1&v=fYhPMWSY2r4>

Considerando que toda política pública é uma forma de intervenção na realidade social envolvendo diferentes sujeitos, seus interesses, expectativas, intencionalidades, etc., pressupõem-se a necessidade de intervenção de um conjunto de ações de iniciativa pública, privada ou da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Buscando consolidar a perspectiva interdisciplinar, a política nacional de assistência social, como política pública universalizante, busca ultrapassar o caráter de bem-estar, caridade e de ações fragmentadas, por meio de novas formas de sistematização de ações, regulação, normatização que busquem consolidar o Sistema Único de Assistência Social com seu padrão universal, hierarquizado, redistributivo e de qualidade. Coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), o Sistema Único de Assistência Social é composto pelo poder público e sociedade civil, que participam diretamente do processo de gestão compartilhada.

Portanto, as iniciativas e ações interdisciplinares decorrem da articulação entre os trabalhadores sociais que integram as frentes de defesa e proteção para garantir os direitos familiares e individuais, por meio dessas políticas. Um trabalho desenvolvido de forma interdisciplinar oportuniza a articulação dos atores sociais.

Conclui-se que, para alcançarmos a interdisciplinaridade enquanto processo de integração recíproca, faz-se necessário romper as estruturas institucionais para alcançarmos uma visão unitária e comum do saber trabalhando coletivo.

Resumo

Nesta aula observamos que não existem modelos definidos para efetivação da prática interdisciplinar; o importante é que cada profissional compartilhe seu saber profissional que possa possibilitar a complementação de saberes que ultrapassem o caráter de bem-estar, caridade e de ações fragmentadas. Ou seja, atuar interdisciplinarmente é atuar por meio de novas formas de sistematização de ações, regulação, normatização.

Atividades de aprendizagem

- Considerando o atendimento social como uma prática engajada em uma realidade social, explique quais elementos são imprescindíveis para a efetividade do trabalho social.





Aula 6 – A atuação interdisciplinar e o fortalecimento de vínculo familiar

Olá!!

Nesta aula falaremos sobre as mudanças que se fizeram necessárias para a atuação junto às famílias. Discutiremos ainda sobre afetividade da atuação profissional.

Ao longo de muitas décadas, o desenvolvimento de políticas paternalistas voltadas para o controle e a contenção social, principalmente para a população mais pobre, contribuiu para fragilizar os vínculos familiares e comunitários.

6.1 O fortalecimento de vínculo como estratégia política

A atuação intersetorial, ou seja, a necessidade dos diferentes setores atuarem de forma integrada e inclusiva na implementação de políticas, compartilhando recursos, metas e desenvolvendo estratégias a partir das experiências vivenciadas, representa uma mudança das relações tradicionais, das formas costumeiras de pensar, dos modos habituais de atuação profissional.

A articulação entre os atores sociais permitirão maximizar o interesse social. Neste caso a transformação apontaria para uma sociedade mais horizontalizada, mais participativa, mais organizada em rede do que as tradicionais pirâmides de autoridade (DOWBOR, 2001).

Alguns princípios precisam ser considerados ao se propor políticas de atendimento à família, tais como:

Destaca-se que “quando a casa deixa de ser um ambiente de proteção para ser um espaço de conflito, a superação desta situação se dá de forma muito fragmentada, uma vez que esta



Figura 6.1: Princípios para o atendimento a família
Fonte: Sistematização da autora/2012

família não dispõe de redes de apoio para o enfrentamento das adversidades, resultando, assim, na sua desestruturação.” Gomes (2003 p. 15).

Neste sentido os profissionais e o poder público não devem substituir a família; mas, oferecer ajuda às políticas públicas com foco na emancipação da família, o que subentende olhar a família como parceira.



Figura 6.2: Família triste

Fonte: <http://es.dreamstime.com/>

Ou seja, a foto acima retrata a situação de muitas famílias inseguras diante dos seus labirintos relacionais. E normalmente os filhos olham de baixo, na altura de seus olhos esperando o encaminhamento profissional.

O encaminhamento tem a sua importância na busca pela resolução de problemas vivenciados pelos usuários, porém ressaltamos a forma como ele vem sendo empregado por alguns profissionais e instituições.

A este respeito, Sarmiento (2000, p.104) tece importantes reflexões:

O encaminhamento, muitas vezes confundido com transferência de responsabilidade entre setores e organizações, torna-se um serviço sempre parcial e insuficiente, exigindo novos retornos através de uma recorrência burocrática e do disciplinamento em percursos infundáveis nos corredores institucionais, que acabam por reforçar a dependência e, muitas vezes, a perda de autoestima. Quando muito, conseguem, através da garantia de alguns recursos, uma satisfação compensatória em meio às informações controvertidas e às respostas insuficientes às demandas criadas. O encaminhamento ainda não é compreendido como a busca de uma solução para os problemas e situações vivenciadas pela população, como garantia de seus direitos.

Considerando esta reflexão, torna-se necessário entender que o modelo de família pensada por se tratar de um padrão cultural, acaba impondo a família que não se aproxima desse ideário uma punição, que, contudo não é física, mas psicológica, ferindo a dignidade, a individualidade e o respeito a essas famílias. Podemos concluir que não há um só modelo de configuração familiar como não há um modelo ideal, contudo, sempre haverá um modelo hegemônico num dado espaço histórico.

6.2 A família precisa de apoio

Nos últimos anos a sociedade brasileira vem sendo chocada com a crueldade de crimes que aconteceram dentro de alguns ambientes familiares, muitos, acima de qualquer suspeita. Quando paramos para ouvir os assassinos sobre os motivos que os levaram a cometer tais atrocidades, o que ouvimos normalmente está ligado à necessidade de recuperar o que se havia perdido, o que lhes foi levado e que julgam ser seu por direito. Normalmente ligado à repressão dos pais, ao uso de drogas, à falta de amor, falta de dinheiro, etc., motivos que desvendam o culto ao “eu”, o ser feliz a qualquer custo, o que demonstra a força contraditória da família dentro da sua diversidade.

Podemos concluir que a família deve ser a principal responsável pela formação da consciência cidadã. Mas também, que esta instituição precisa ser apoiada.

6.3 Fortalecimento de vínculo afetivo

O fortalecimento dos vínculos afetivos e de pertença comparece como prerrogativas do sistema de proteção social Brasileiro, a ser utilizados no trabalho com famílias como mecanismo de superação da situação de vulnerabilidades vivenciado. Por seu poder a família foi vista em 1960 como antagonista, inversa à organização popular e aos movimentos sociais que apregoavam a liberdade e o valor de comunidade. Sendo assim, a família foi vista como um espaço de reprodução do sistema vigente, do autoritarismo, da tirania e da desigualdade. Mesmo com tantas controvérsias a família continua sendo a mediação entre o indivíduo e a sociedade e apesar de tantas contradições e conflitos internos e externos, continua sendo desejada pelos jovens.



Figura 6.3: Família e afetividade

Fonte: <http://www.portalaz.com.br/>

O desafio é olhar para essa família visualizando suas potencialidades; qualquer intervenção deve colaborar para que a família consiga buscar em si a capacidade para superar-se por meio da força motriz evitando-se o sentimento comum de incapacidade e fracasso.

Quando falamos em trabalhar com famílias através do viés do afeto, o objetivo é promover a emancipação do grupo familiar, no sentido de oportunizar novas potencialidades.

Finalizamos destacando que não existe um modelo de política pública, que irá banir os desafios que atravessam as relações familiares. Porém, se o conjunto de valores, conhecimentos, princípios e práticas, que são adotados pelas políticas sociais, realizar suas finalidades básicas, certamente as intervenções e as relações de afetos que circundam as relações familiares, sociais e profissionais estarão protegidas.

Resumo

Nesta aula ressaltamos que o fortalecimento de vínculos como estratégia política pressupõe que os atores envolvidos estejam esclarecidos de que o objetivo do trabalho esteja centrado nas potencialidades da família, no sentido de fortalecer suas redes de sociabilidade e solidariedade e desta forma seus vínculos estarão fortalecidos.



Atividades de aprendizagem

- Discuta os benefícios e desafios do trabalho social voltado ao fortalecimento do vínculo familiar.



Aula 7 – Políticas públicas voltadas para atendimento a crianças e adolescentes no Brasil

Olá!

O assunto que estamos tratando não nasceu ontem. O uso de drogas está presente desde a origem da humanidade.

O que está diferente neste processo são a expansão descontrolada deste uso e os males acarretados na sociedade.

7.1 Os danos secundários pelo uso abusivo e as políticas públicas

Os autores Crives e Dimenstein (2003) convergem com o debate acima e enfatizam que os danos secundários são agravados por interesses econômicos malignos que envolvem o ciclo de produção e venda. Nesse caso os embates de cunho moral e ideológico em torno do assunto, somados a pouca prioridade política dos governos são responsáveis por contribuir com as precárias condições de trabalho e de recursos necessários para o tratamento e assistência às necessidades e problemas gerados pela dependência química.

Estes autores apontam que as políticas públicas voltadas à questão das drogas; apresentam ainda um caráter coercitivo e punitivo, ou seja, uma postura centrada na repressão à produção e ao consumo de substâncias ilícitas.

Para Conte, (2001, p. 114),

A questão do uso e abuso de drogas no Brasil segue aumentando em faixas etárias cada vez mais precoces em todos os segmentos sociais e camadas populacionais; porém, nas classes marginalizadas, além das perdas em termos econômicos e do prejuízo em termos de cidadania, configura-se um drama de degradação e exclusão que merece um olhar e uma abordagem cuidadosos.

Isto significa que ponderar as diretrizes e estruturas das políticas públicas para a adolescência no Brasil provoca a compreensão do seu papel social, no sentido de compreender historicamente, como os adolescentes vêm sendo

contemplados por essas políticas, quais foram as suas prioridades e quais as orientações predominantes contemporaneamente. Para Gramsci, (apud COUTINHO, 1981) não é a estrutura econômica que determina a ação política e sim a interpretação que se tem dela e das leis que governam o seu movimento.

7.2 Políticas públicas para a adolescência

Na área da infância e adolescência no Brasil, essas políticas foram criadas a partir da necessidade de propor ações e criar instituições capazes de responder ao crescente processo de marginalização dos jovens pobres, principalmente a partir da década de 1960, como medida de “prevenção social” (VOGEL, 1995, p.304).

Assim, até meados dos anos 1980, as políticas planejadas para os jovens se pautavam, basicamente, na necessidade de criação de programas e instituições para lidar com os problemas relacionados a crianças e adolescentes abandonados, marginalizados ou oriundos de famílias em situação de extrema pobreza.

Segundo Faleiros (2000), analisar essas políticas implica considerar as relações sociais, econômicas, ideológicas e políticas presentes na conjuntura histórica em que foram criadas.



Figura 7.1: A participação na luta pela defesa de crianças e adolescentes

Fonte: <http://www.portalodm.com.br/>

Essa figura retrata a participação das crianças e adolescentes na luta por políticas de proteção que visem a erradicação dos diversos tipos de violência que são praticadas rotineiramente contra os direitos em defesa de crianças e adolescentes.

Para o autor, a infância dos pobres sempre foi objeto da política, dentro de um complexo processo de articulação entre Estado, sociedade e as diversas forças atuantes na área, com suas diferentes visões do problema e estratégias de controle, proteção, legitimação ou repressão.

As propostas e encaminhamentos de política para a infância fazem parte da forma como o Estado brasileiro foi se constituindo ao longo da história, combinando autoritarismo, descaso ou omissão para com a população pobre com clientelismo, populismo e um privilegiamento do privado pelo público, em diferentes contextos de institucionalidade política e de regulação das relações entre Estado e sociedade (Faleiros, 2000, p. 301).

7.3 Na história do Brasil, as primeiras ações e programas específicos de atenção aos adolescentes.

Considera-se que no Brasil, após a década de 1970, assiste a uma estruturação do narcotráfico e a um aumento significativo do consumo de psicotrópicos, com a entrada do país na rota internacional do tráfico de drogas e com a proliferação do acesso a armas de fogo a partir de década de 1980. Segue um resumo histórico das principais mudanças.

Na década de 1980 surgem dois programas. O Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), cujos objetivos estavam voltados para a prevenção de DST/AIDS, drogadição, acidentes de trânsito e gravidez precoce. E o Programa do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República (PIAPS), que tinha como objetivo “salvar” a juventude das garras do crime, do tráfico e da violência. A década seguinte, 1990, é marcada pela criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) com o objetivo de criar parâmetros de proteção social para crianças e adolescentes e pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) elaborada com o objetivo de fortalecer como marco indutor de novas orientações nas políticas públicas com foco social.

Ao final dos anos 1990, os indicadores do desemprego juvenil e a acentuação dos processos de precarização social fomentam a necessidade de políticas de inclusão de jovens no mercado de trabalho, propiciando o surgimento de diferentes propostas de capacitação.

De uma forma geral, segundo Sposito e Carraro (2003), evidencia-se que grande parte das ações direcionadas aos adolescentes a partir da década de 1990 tem como finalidade principal a prevenção ou o tratamento de algum tipo de risco ao qual estariam expostos, como se a adolescência, em si, constituísse uma fase patológica portadora de potenciais riscos sociais. Encontramos, no âmbito da Saúde Pública, ações que se articulam em torno dos diferentes riscos que são considerados inerentes a essa fase, entre eles, o risco de engravidar, de contrair doenças sexualmente transmissíveis ou de usar drogas.

Para Traverso-yépez e Pinheiro (2002), esse direcionamento teria como consequência produzir uma identificação do adolescente com a tríade sexo, drogas e violência, colaborando para a produção de respostas sociais discriminatórias.

Essas considerações sobre a juventude no ano de 1990 levaram a um pensamento coletivo que considerava a juventude como grupo de risco.

Ou seja, esse Grupo de risco era composto por sujeitos desprovidos de autocontrole e ainda não totalmente socializados nas normas e regras sociais, localizando neles potenciais perigos ao equilíbrio societal.

Por este motivo os autores Lima e Paula (2004) consideram que os efeitos que as drogas causam aos seus usuários estão relacionados a este pensamento sobre a juventude. Pois, nas relações sociais, atitudes de violência eram bastante visíveis entre a juventude. As autoras ressaltavam que existia uma equação “drogas ilícitas mais juventude igual à violência”.

Segundo Mager e Silvestre (2004), a violência social vigente que impede uma grande parcela de nossos jovens de terem acesso aos bens públicos, tais como escolas de boa qualidade, oportunidades de habilitação profissional, empregos, seria responsável pela escalada atual da violência e faz com que o consumo de drogas, seja visto como uma consequência e não a causa do problema.

Segundo os autores, durante a década de 1990, o governo brasileiro optou por um conjunto diversificado de ações, muitas efetivadas na base do ensaio e erro, através de projetos isolados e sem avaliação, demonstrando uma falta de concepções estratégicas que permitissem delinear formas orgânicas e duradouras de ação institucional. A partir dos anos 1990 que uma mudança importante começa a ocorrer nesse campo, com o poder municipal assumindo o papel de um interlocutor próximo aos grupos organizados da sociedade civil.

Através dessa intermediação, surgem organismos públicos municipais destinados a articular ações e estabelecer parcerias com a sociedade civil, tendo em vista a implantação de programas e ações para os jovens, alguns financiados pela esfera Federal (SPOSITO e CARRARO, 2003). Para esses autores, é exatamente nesse plano que as políticas públicas no Brasil têm apresentado maiores inovações e resultados.

De acordo com o Ministério da Saúde (2003), as políticas para a juventude precisam superar o atraso histórico e que o Sistema Único de Saúde deve buscar subsídios para a construção coletiva para enfrentamento e superação.

Resumo

Nesta aula discutiu-se que ponderar as diretrizes e estruturas das políticas públicas para a adolescência no Brasil evoca compreensão do seu papel social, no sentido de compreender historicamente, como os adolescentes vêm sendo contemplados por essas políticas, quais foram as suas prioridades e quais as orientações predominantes contemporaneamente. Vimos, ainda, que não é somente a estrutura econômica que determina a ação política, mas, sobretudo, a interpretação dos processos dessa estrutura.

Atividades de aprendizagem

- De acordo com o Ministério da Saúde as políticas para a juventude precisam superar o atraso histórico e que o Sistema Único de Saúde deve buscar subsídios para a construção coletiva para enfrentamento e superação. Qual sua opinião sobre esta afirmativa?





Aula 8 – A transição da infância para a idade adulta na sociedade ocidental

Olá, para falarmos sobre o processo de transição infância para idade adulta, apresentaremos questões relevantes sobre essa fase da vida.

Você sabe o que quer dizer adolescência? O termo adolescência deriva do latim *adolescencia*, assim como *adolescere*, proveniente de *adolescere*.

8.1 O processo de transição da infância para idade adulta

Salienta-se que ambos os termos apontam para um crescer, desenvolver-se, sair da infância, adentrar no universo adulto, demarcando etimologicamente a adolescência como o tempo da mudança.

Os autores Montemayor, citado por Medrano e Lyra (2003), consideram que essas modificações ocorrem em diversos níveis, não apenas no corpo do sujeito, pelas manifestações pubertárias, mas também em sua subjetividade e nas suas relações com o mundo que o cerca.

Ou seja, compreender a adolescência, no que ela possui de peculiar e no que a diferencia das outras fases da existência humana, não é uma tarefa simples, pois implica o reconhecimento de múltiplas dimensões, em sua historicidade e dinamismo. Problematizando essa questão, Montemayor, citado por Medrano e Lyra (2003) elegeu cinco componentes que, em conjunto, permitiriam uma definição mais abrangente da adolescência: Os autores compreendem as seguintes fases:

- Idade cronológica – anos de vida
- Desenvolvimento biológico – fatores naturais e sociais
- Desenvolvimento cognitivo e psicológico – fatores cognitivos
- Mudança de status legal e possibilidade de participar de eventos da vida adulta.



Figura 8.1: A adolescência

Fonte: <http://2.bp.blogspot.com/>

Essa figura representa os diferentes comportamentos e aquisições de características que influenciam os adolescentes a assumirem o seu papel social quando adulto.



<http://www.youtube.com/watch?v=EnRIAQDN2go&feature=related> – Este vídeo conta a trajetória de Jean Piaget que define os estágios de desenvolvimento.

No entanto, deve-se considerar que esses componentes, isoladamente, não a definem, pois, embora auxiliem a delimitar o conceito de modo mais abrangente, não são fixos e tampouco abarcam a dinâmica do contexto histórico social em que se configuram os espaços habitados pelos adolescentes.

Para Sposito (2003), a categoria “juventude” aponta que o mero recorte demográfico, delimitador de que ser jovem é estar entre os 15 e 24 anos de idade, pode ser um marcador inicial, mas é extremamente insuficiente para compreender todos os aspectos socioculturais presentes nessa etapa.

Conclui-se que diante do processo vivo que envolve o adolecer, a formação da sua personalidade, exige novas posturas profissionais, onde cada profissional possa entendê-los como protagonistas na descoberta da própria personalidade, a partir do conhecimento e do compromisso com a comunidade e na coerência dos ditames políticos.

Resumo

Nesta aula discorreremos sobre o processo de desenvolvimento para a adolescência; vimos essas modificações ocorrem em diversos níveis, não apenas no corpo do sujeito, pelas manifestações pubertárias, mas também em sua subjetividade e nas suas relações com o mundo que o cerca. Passando por Idade cronológica, Desenvolvimento biológico, Desenvolvimento cognitivo e psicológico. Vimos que essas mudanças exigem atualização profissional e social.



Aula 9 – O Marco fundamental - Estatuto da Criança e do Adolescente

Olá! Nesta aula veremos como ocorreram as mudanças nas práticas de cuidados direcionados às crianças, ao longo do tempo. Vamos nessa?

9.1 Contexto histórico da criança no Brasil

Segundo Marcílio (1997), uma das mais duradouras instituições de assistência à infância, vinculada à Igreja, foi a roda dos expostos, prática que tinha como objetivo recolher crianças abandonadas anonimamente. Então, vamos aos principais marcos históricos:

- Criada no período do Brasil Colônia - a roda dos expostos.
- Período imperial - a roda dos expostos multiplicou-se.
- República - a roda dos expostos foi extinta definitivamente em 1950.

Ressalta-se que durante mais de um século, a roda dos expostos foi praticamente a única instituição de assistência à criança abandonada em todo o Brasil.

9.2 Alguns marcos importantes no sistema de proteção da criança e do adolescente

Segundo Sposito (2003), há uma variação de ritmo e intensidade na transição da infância à idade adulta, que torna imprecisas as marcas que definem a condição adulta da juventude.

Em 1960 - inúmeras instituições de proteção à infância desamparada surgiram no Brasil, como estabelecimentos de abrigo e de educação para menores “desvalidos”, de caráter público ou privado. Para Marcílio (1997) e Rizzi (2000) a filantropia, surge como um modelo capacitado para substituir o modelo representado pela caridade, vinculada à Igreja no início do século XX no Brasil, juntamente com a República. Para o autor a filantropia organizou a assistência dentro das novas exigências sociais, políticas, econômicas e morais.



<http://www.youtube.com/watch?v=1RiqDtzhwHQ> – este vídeo apresenta um estudo sobre Roda dos Expostos: possibilidades de inclusão ao abandono de recém-nascidos? Explicando o que é e como funcionava

Em 1970 - a problemática do menor republicano no Brasil, vítima de violência e de abandono, somente passou a ser enfrentada principalmente através de denúncias regulares contra essa situação (PASSETTI, 2000).

Em 1978 - foi nomeado o "Ano Internacional da Criança" quando a história da criança no Brasil começou a ser focalizada e pesquisada.

Em 1990 - Elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, Lei 8.069/90.

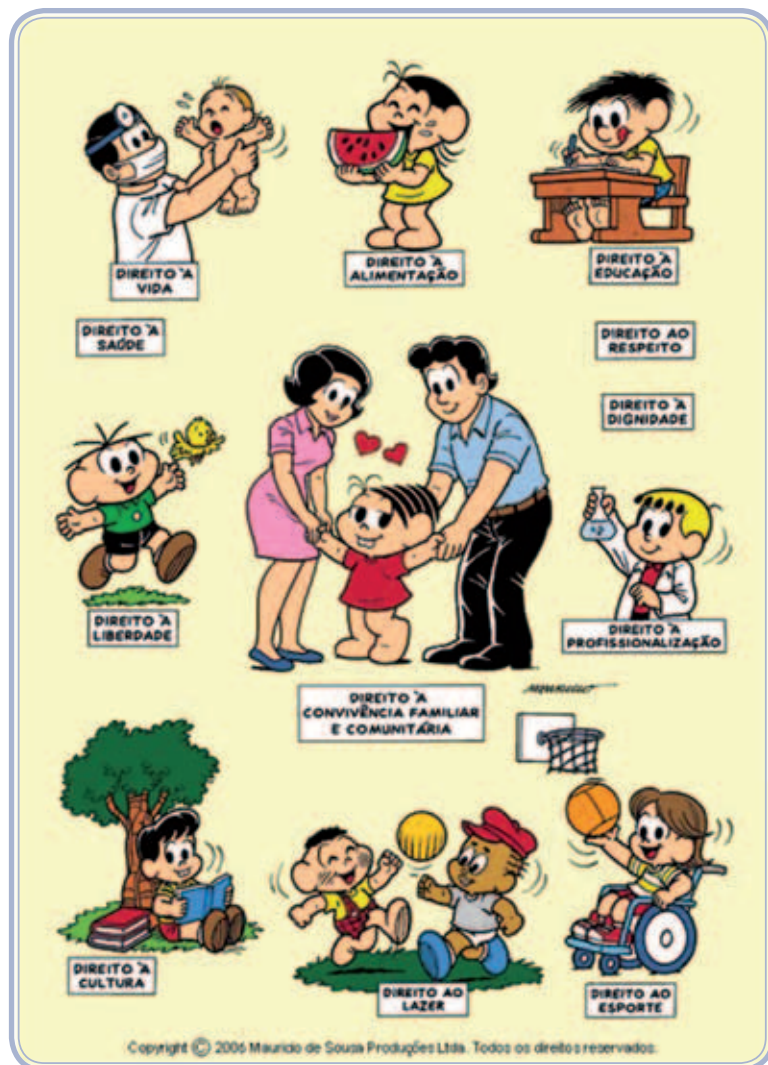


Figura 9.1 – Cartaz da Turma da Mônica sobre o ECA

Fonte: <http://1.bp.blogspot.com/>

Esse cartaz retrata os direitos estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

Em 2009 - a Lei 12.010/2009, refere-se a alterações no ECA, Lei 8.069/90. Além de alterações no Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei nº 12.010 de 2009 alterou ainda: a) o Código Civil, no que tange a adoção de crianças e adolescentes; b) revogou disposições da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-lei nº 5.452/1943, relativamente aos períodos de licença maternidade concedida à empregada que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção; c) a Lei nº 8.560, de 29 de dezembro de 1992, que regula a investigação de paternidade dos filhos havidos fora do casamento e dá outras providências. Marcilio (1997) e Rizzini (1990).

Ou seja, conclui-se que a adolescência, como a conhecemos em nossos dias, é uma época de grandes transformações, descobertas, rupturas e aprendizados, mas também é uma fase que envolve riscos, medos, amadurecimentos e instabilidades.

9.3 Aspectos sobre as características contemporâneas do adolescente

Essa temática é apresentada por Lasch (1987) e Bauman (2001) que problematizam aspectos da sociedade contemporânea, analisam a sociedade de massa atual e descrevem os sujeitos contemporâneos por características que os aproximam mais da condição adolescente do que das características tradicionalmente atribuídas ao adulto.

Essas características envolvem a condição de “adolescentização da sociedade” que aponta para uma mudança dos ideais centrados na figura do adulto “maduro”, consistente em seus valores, claro em suas metas, para imagens que o aproximam do imaginário social em torno do adolescente.

Neste contexto o futuro se mostra ameaçador e incerto, no qual se desvaloriza o passado e a maioria de seus valores, temos uma retração sobre o presente que “não para de ser protegido, arranjado e reciclado numa juventude sem fim” (OLIVEIRA, 2001, p. 80).

Ou seja, segundo esses autores, na contemporaneidade as características mais valorizadas centram-se na liberdade de escolha e, portanto, na impossibilidade de fixar-se a algo, o que poderia impossibilitar a mudança frente ao surgimento de uma possibilidade mais atraente.



O vídeo é um documentário do instituto Pro Dia Nascer Feliz, mostra a realidade de estudantes brasileiros de diferentes níveis socioeconômicos. Confira outros filmes que possuem como temática a educação no site do Todos pela Educação <http://www.promenino.org.br/Ferramentas/DireitosdasCriancaseAdolescentes/tabid/77/Conteudold/b90e93c8-b056-4540-b139-15ac5d09c8fc/Default.aspx>



http://www.youtube.com/watch?v=y5r6vTh_XU&feature=related. Este vídeo educativo fala sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente produzido pelo Centro Integrado de Aprendizagem em Rede da Universidade Federal de Goiás para os cursos de Especialização em Educação para a Diversidade e Cidadania e de Extensão, Estatuto da Criança e do Adolescente.

Sendo assim, é com base no princípio da prioridade absoluta que o atendimento de criança e adolescente, por sua peculiar condição de desenvolvimento, possibilita a transversalidade em todas as pastas de governo, sendo necessária uma específica para pontuar as diretrizes, normativas, projetos e ações para a efetivação de uma política de Estado capaz de assegurar direitos sociais.

9.4 O uso de drogas na sociedade contemporânea e seus efeitos na adolescência

Existem muitos processos que levam os adolescentes a serem não apenas um consumidor referencial, mas um agente catalisador e propagador de estilos para muitos adultos e também para as crianças. Segundo Fishman (1988) apesar do uso de drogas ser milenar, foi a partir da segunda metade do século XX que tais substâncias passam a relacionar-se, cada vez mais na sociedade, causando assim graves problemas de saúde pública, de desordem e de violência social.

Nesse sentido, torna-se importante indagar quais seriam os motivos da inflexão cultural que desencadeou tantas mudanças na relação dos sujeitos com essas substâncias, presentes desde os primórdios de sua história. “Existem fatores que podem influenciar o adolescente a experimentar de bebidas alcoólicas: o modelo dos adultos; curiosidade e experimentação; pressão dos colegas; prazer, problemas emocionais” (FISHMAN, 1988: p. 47-48).

A trajetória histórica do consumo regular de álcool e outras drogas no Ocidente deu-se a partir do século XIX. Para Birman (1993), demarca-se especificamente o início dos anos 1960 como o marco que iniciou um processo significativo de mudança nos hábitos do consumo de drogas, na medida em que, impulsionadas pelo movimento da contracultura, essas passam a ocupar uma posição estratégica, simbolizando uma forma privilegiada de acesso a outro mundo.

Nos últimos 30 anos do século XX foram muitas as tentativas científicas do entendimento etiológico do alcoolismo, por meio de pesquisas sendo as mais destacadas as sobre o metabolismo (hepático cerebral) e sobre aspectos sociológicos. Nessa visão da síndrome da dependência do álcool a frase “tem problemas porque bebe” é mais aceita atualmente do que a antiga “bebe porque tem problema” (RAMOS, 1997, p. 224).

Ainda segundo esse autor a difusão das drogas, além de motivada por interesses econômicos, teve por base o vazio existencial produzido nos sujeitos modernos pela evaporação das visões de mundo tradicionais.

Para Freitas (2002 p. 18),

É importante assinalar que o adolescente é extremamente vulnerável aos apelos oriundos do mundo das drogas em virtude das modificações pelas quais passa o seu mundo interno. Todas as transformações, tanto ao nível psíquico quanto corporal, o levam, com facilidade, a ser cooptado pelo mundo fascinante e mortífero das drogas. Podemos afirmar que o adolescente, em virtude do particular momento que atravessa, não só pode torna-se um consumidor contumaz de drogas, como também, em casos mais complexos, participar ativamente do comércio ilegal desses produtos.

Quando o sujeito que estabelece uma relação com as drogas é um adolescente, faz-se necessário iniciar a compreensão do problema a partir de algumas diferenciações fundamentais, distinguindo uso, abuso e toxicomania.

Torna-se igualmente importante ter claro que a própria distinção entre o que é problemático nessa fase já não é uma tarefa fácil, visto todas as questões que perpassam a subjetividade adolescente.

9.5 O tratamento da dependência química na adolescência:

Autores convergem para o fato de que o tratamento do adolescente não deve ser centrado no sintoma da dependência química, mas, principalmente, na relação que esse jovem estabelece com essas substâncias em sua vida.

Por exemplo, segundo Muisener (1994) o fato de um adolescente usar drogas, necessariamente, não o levará ao desenvolvimento de uma toxicomania. Porém deve-se perceber o lugar e a função ocupados por essas substâncias em sua subjetividade.

Torossian (2002) ressalta o risco inerente à prática de profissionais que lidam com adolescentes usuários de drogas, especialmente no tocante à direção dos tratamentos aplicados, realizarem encaminhamentos para tratamentos ou

internações onde precisavam definir-se como "toxicômanos" ou "dependentes químicos". Entre as consequências, esses encaminhamentos podem provocar um efeito indesejado como o reforço de uma resposta de desvio e de identificação pela via da droga, ato especialmente perigoso na adolescência.

Em suma, para alguns adolescentes será o uso de drogas, em si, que se constituirá em um problema, enquanto para outros serão as consequências desse uso.

Conclui-se que um caminho promissor para a abordagem terapêutica de adolescentes consiste, primeiramente, no reconhecimento da complexidade envolvida no problema. Tornando-se necessário o processo de reconhecimento da singularidade do sujeito e de sua configuração familiar e comunitária, aproximando-se assim das questões que envolvem a valorização social do consumo como fonte de reconhecimento, prazer e fuga dos problemas cotidianos.

Resumo

Nesta aula discutimos a trajetória histórica do consumo regular de álcool e outras drogas no Brasil que se intensificou a ponto exigir a criação de leis específicas que assegurassem a proteção da criança e do adolescente. Discutiu-se ainda que a adolescência é uma fase de alterações físicas, psicológicas e comportamentais e que tais alterações podem transformar o contexto social, tornando-se imprescindível entender o ambiente que acolhe esse adolescente. Por meio desse acolhimento a família estará fortalecida em seu papel de cuidadora.



Atividades de aprendizagem

- Discuta as características da adolescência como período de transição entre a infância e a fase adulta e as especificidades do tratamento de adolescentes envolvidos com drogas.

Anotações



Aula 10 – Variáveis que interferem no crescimento das crianças e adolescentes – a violência doméstica

Olá! Nesta aula continuaremos o tema criança e adolescente. Porém direcionaremos nossa atenção para o tema violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Você sabia que a violência doméstica além de afetar suas vítimas compromete toda a sociedade? Pois é, a violência doméstica prejudica o desenvolvimento físico, emocional e psicossocial da criança ou do adolescente e traz consequências que deixarão sequelas imediatas e também tardias, o que poderá comprometer a fase adulta. Este tema é muito importante.

10.1 A violência doméstica

Em que pese todo um percurso histórico e de evolução do conceito e do entendimento acerca da infância e da adolescência tanto em nível de amadurecimento cultural, bem como do aparelhamento jurídico, há um componente dessa prática antiga e que sempre é atualizada cada vez que esse público sofre algum tipo de violência, ou seja, a relação desigual de poder. Desta forma, um entendimento sobre este termo pode ser definido por Guerra (1998, p. 32) como:

Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que, sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima, implica, de um lado, numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos em condição peculiar de desenvolvimento.

Para caracterizar as diferentes formas de violência das quais crianças e adolescentes são vítimas, Azevedo e Guerra (1989), referem-se a dois processos: a VITIMAÇÃO, conseqüente das situações de desigualdades sociais e econômicas, acontece com crianças e adolescentes que vivem os efeitos das desigualdades socioeconômicas; e a VITIMIZAÇÃO, conseqüente das relações interpessoais abusivas adulto/crianças, atinge as vítimas da violência doméstica, presentes em todas as camadas sociais.

A violência contra crianças e adolescentes pode se manifestar de muitas maneiras, existindo quatro tipos principais: física, psicológica, sexual ou negligente.

Pensar em violência doméstica é focar o olhar para as relações interpessoais no contexto familiar, pressupondo-se uma hierarquização voltada para o poder social do adulto sobre a criança, do homem sobre a mulher, do jovem/adulto sobre o idoso. Não é por acaso que as vítimas preferenciais da violência doméstica são crianças, adolescentes, mulheres e idosos. A metodologia de enfrentamento muda de acordo com o tipo de vítima já que os aspectos científicos, legais e institucionais usados para combatê-la são diferenciados.

Independente da vítima, a violência - no plano internacional e nacional -, é reconhecida como questão social e de saúde pública (SILVA, 2006). E este fenômeno tão abordado na mídia se apresenta velado no silêncio de muitas famílias que, subjugadas pelo medo, dependência financeira e/ou psicológica, se submetem aos maus-tratos de seus agressores que mediante a pessoa e a gravidade do fato, se lhe impõem uma nova identidade ou realidade: ser vítima de violência.

A violência doméstica é um fenômeno que sempre esteve presente em nossa sociedade. Relatos de maus-tratos, de negligência, de abandonos, de abusos sexuais, são encontrados nos mais remotos livros de nossa literatura, nas passagens bíblicas, fazendo parte da história cultural da humanidade. Ela ocorre em todas as camadas sociais e de diferentes formas. As estatísticas hoje existentes não revelam a verdadeira realidade da situação.

Percebe-se a necessidade de conhecer melhor esse fenômeno, se a questão é de esfera pública ou constitui um problema particular da família. Essa falta de conhecimento cria uma barreira para a identificação dos maus-tratos, é o aspecto ético representado pelo medo ou recusa de envolvimento com o que é considerado “problema de família”, omitindo-se dados que comprovem a violência. Observa-se então, a ocorrência de um pacto de silêncio do qual fazem parte os pais, familiares, vizinhos, profissionais, enfim, toda a comunidade.

Segundo a psicóloga Rodrigues (2002, p.14) “Fechar os olhos para o fenômeno da violência ou mesmo não lhe dar a devida importância é perpetuar este estado de coisas. Quando todos se calam (ou se omitem), as chances de superação do problema se vão. O medo é o grande fator presente no complô do silêncio [...]”.

Diversos são os fatores que desencadeiam, facilitam e perpetuam os maus-tratos contra a criança e o adolescente. No entanto, há um fator comum em todas as situações: o abuso de poder do mais forte (adulto) contra o mais fraco (criança).

O agressor (adulto) enxerga a criança e o adolescente como um objeto que lhe pertence, que existe para executar todas as suas ordens e vontades. A criança e o adolescente não são vistos como sujeitos de direito.



Figura 10.1: Violência Doméstica

Fonte: <http://buenoecostanze.adv.br/>

A figura acima representa a caracterização de um ambiente violento.

Segundo o Artigo 136 do Código Penal, é considerado maus-tratos qualquer exposição a perigo à vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina.

Resumo

Nesta aula vimos a caracterização de diferentes formas de violência das quais crianças e adolescentes são vítimas. Abordamos que essa violência pode se manifestar de muitas maneiras e que existem quatro tipos principais de violência: física, psicológica, sexual ou negligente. Vimos ainda que a violência doméstica é um fenômeno que sempre esteve presente em nossa sociedade, atingindo todas as camadas sociais e de diferentes formas.

Aula 11 – Variáveis que interferem no crescimento de crianças e adolescentes – violência física e psicologia

Nesta aula veremos que a punição física de crianças e adolescentes é uma prática cultural. Diversas são as discussões com relação à conceituação desse tipo de violência.

Você sabia que para alguns, para se configurar violência física é preciso ocorrer dano físico, para outros, se da ação resultar dor, a violência já está presente?

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.” (Artigo 5 do Estatuto da Criança e do Adolescente).

11.1 Violência física

Segundo Nunes (2000 p. 23), a violência física é “toda ação que causa dor física numa criança, desde um simples tapa, até o espancamento fatal, representam aspectos de uso de violência”.

Para a autora Ferreira (2002, p. 34) a violência física são atos de agressão praticados por pais e/responsáveis que podem ir de uma palmada até o espancamento ou outros atos cruéis que podem ou não deixar marcas físicas evidentes, mas as marcas psíquicas e afetivas existirão. Tais agressões podem provocar: fraturas, hematomas, queimaduras, esganaduras, hemorragias internas etc. e, inclusive, causar a morte.



Figura 11.1: Violência física

Fonte: <http://3.bp.blogspot.com>

A figura representa o sofrimento da criança diante do agressor.

11.2 Violência Psicológica

Este tipo de violência, geralmente, é ignorada por não deixar marcas físicas, entretanto a dor que ela causa é profunda e dificilmente desaparece. Ela pode ser vista como uma forma sutil e cruel de causar dor na alma humana.

Pode-se entender como violência psicológica qualquer palavra depreciativa proferida pelos pais/responsáveis, que causem danos emocionais na criança e no adolescente. Pode ser uma ameaça que acabe gerando medo e ansiedade, ou comparações entre irmãos causando complexo de inferioridade.

A vitimização psicológica pode assumir duas formas diferenciadas: 1ª) a negligência afetiva – consiste na falta de responsabilidade, afetividade, de interesse com as necessidades e manifestações da criança/adolescente; 2ª) a rejeição – caracteriza-se por manifestações de depreciação e agressividade para com a criança.



Figura 11.2: Violência psicológica

Fonte: <http://2.bp.blogspot.com>

A figura representa a disparidade entre a força do adulto em relação a criança

11.3 Negligência e Abandono

Este tipo de violência pode se manifestar pela ausência dos cuidados físicos, emocionais e sociais, em função da falta de assistência de que a família é vítima. Ela caracteriza-se pela omissão dos pais/responsáveis por uma criança ou adolescente em atender suas necessidades básicas, o que pode acarretar danos físicos, emocionais, psicológicos ou até mesmo a morte deste.

Segundo Azevedo & Guerra (1989) “a negligência se configura quando os pais (ou responsáveis) falham em termos de alimentação, de vestir adequadamente seu filho etc., e quando tal falta não é resultado das condições de vida além do seu controle”. Segundo Azevedo & Guerra (1989) negligência se configura quando os pais falham na proteção de direitos fundamentais e quando tal falta não é resultado das condições de vida além do seu controle. O autor caracteriza a negligência por meio do abandono dos fatores:

médico (saúde) , higiênica (cuidados essenciais) educacional (formação), física (estrutura básica). A negligência emocional é quando a criança e/ou adolescente não recebe atenção, carinho, proteção ou outros estímulos necessários a um bom desenvolvimento. Ou seja, o papel do estado é fundamental para o enfrentamento dessa violência.

A figura representa a solidão, a dor provocada pela violência



Figura 11.3: Negligência

Fonte: <http://2.bp.blogspot.com>

Resumo

Nesta aula vimos a caracterização de diferentes formas de violência das quais crianças e adolescentes são vítimas. Abordamos que esta violência pode se manifestar de muitas maneiras, existindo quatro tipos principais: física, psicológica, sexual ou negligente. Aprendemos que a violência doméstica é um fenômeno que sempre esteve presente em nossa sociedade, atingindo todas as camadas sociais e de diferentes formas.

Atividade de aprendizagem

1. Como estudamos, diversos são os fatores que desencadeiam, facilitam e perpetuam os maus-tratos contra a criança e o adolescente. Em sua opinião qual estratégia seria assertiva para inibir os agressores?





Aula 12 – A violência sexual contra a criança e o adolescente

Você sabia que a abuso sexual intrafamiliar consiste em um dos tipos de violência caracterizado por qualquer tipo de agressão ou coerção com o uso da força física ou não?

Então, nesta aula veremos que a violência praticada no ambiente familiar ou não, por pessoas com relação de parentesco, responsabilidade ou laços afetivos com o abusado, tornam mais fácil esconder o crime.

12.1 Violência Sexual

Para as autoras Azevedo e Guerra (1989), violência sexual doméstica é:

Todo ato ou jogo sexual, relação hétero ou homossexual, entre um ou mais adultos (parentes ou responsáveis) e uma criança menor de 18 anos, tendo por finalidade estimular sexualmente a criança ou utilizá-la para obter estimulação sexual própria ou de outra pessoa. Quando a violência sexual ocorre de pais ou responsáveis para com a criança, essa relação é denominada incestuosa.

O abuso sexual de crianças não é um fenômeno novo. Relatos bíblicos demonstram que a exploração sexual e o incesto praticado por pais ou parente acontecem há muitos anos. A civilização Inca, por exemplo, manteve sua linhagem pura por 14 gerações com casamentos entre irmãos. O que é novo desde o início dos anos 60 é o fato desse fenômeno ter sido formalmente identificado e ter sido tomado como uma questão social que merece atenção e coerência no atendimento.

Na Grécia antiga a criança era tida como mercadoria de pouco valor, sendo costumes e valores praticados nessa época um reflexo claro disso. “Nos tempos bíblicos entre os anos 2000 a 1500 a. C, era comum, nas nações vizinhas a Israel, os pais queimarem os próprios filhos em holocausto ao deus dos amonitas” (CUNHA, 2008, p. 30-32).

A violência praticada pelos pais/responsáveis contra crianças e/ou adolescentes era justificada como sendo uma forma de disciplinar, de obter obediência. Essa prática ficou instituída por anos sem qualquer sanção.

Com a evolução da sociedade e o surgimento do Estado, tal prática começa a ser reprimida. As reprovações para coibir a violência contra crianças e/ou adolescentes eram insuficientes uma vez que, os cuidados direcionados a esses sujeitos não eram vistos como uma questão social, somente responsabilidade única da família, não cabendo intervenção do Estado.

Na Europa, a violência contra crianças foi cientificamente estudada pela primeira vez pelo médico legista francês A. Tardieu. Em 1860 ele publica um estudo onde apresenta vários tipos de ferimentos cometidos em crianças por seus pais, responsáveis e professores.

Os primeiros profissionais a identificar o fenômeno violência intrafamiliar, foram os pediatras norte-americanos, Kempe e Kempe (1985). De acordo com eles, "Desde o início dos anos 50 começaram a perceber que algumas crianças eram trazidas para atendimento médico-hospitalar apresentando adiantado estado de subnutrição e/ou com ferimentos que pareciam incompatíveis com seu estado físico ou com sua idade. Ao radiografar os ferimentos puderam observar, em muitos casos, diferentes estágios de cicatrização óssea causada por antigas lesões" (SILVA, 2002, p.74).



Assista ao vídeo disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=PxWshKANnzY>. O mesmo faz parte do Movimento de luta contra qualquer forma de violência no estado de Minas Gerais. Trata da violência doméstica praticada contra crianças. A agressão, violência praticada contra crianças deixam marcas indelévels, marcam para a vida toda. "Algumas feridas não se tornam apenas cicatrizes".

Conclui-se que este fenômeno atravessa todas as classes sociais e que os agressores não se caracterizam por serem doentes mentais ou criminosos reconhecidos. Mas, são indivíduos que carecem de atenção e atitudes severas por parte do poder público.



Figura 12.1: Violência sexual

Fonte: <http://www.araraquara.com>

A figura representa o sentimento de fragilidade da criança em relação ao adulto.

A questão do abuso sexual, ainda é considerada um assunto delicado, visto que na família existem "tabus" para se tratar do tema. Por ser esse um assunto rodeado de medo, sigilo e até mesmo mistério, é uma questão muito

íntima e que pode causar vergonha e constrangimento ao ser mencionado, deixando os membros da família expostos a preconceitos e a comentários indesejáveis. É a honra da família em jogo e por isso há o silêncio.

12.2 O papel da família diante do abuso sexual

O abuso sexual intrafamiliar interfere profundamente na vida da criança e do adolescente e gera distúrbio no dia a dia como: agitação noturna, pesadelos frequentes, medo do escuro, vergonha excessiva, autoflagelação, comportamento sexual inadequado para a idade, regressão a estado de desenvolvimento anterior, depressão, tendências suicidas, fugas constante de casa, toxicomania e/ou alcoolismo. (Apostila Violência doméstica e exploração sexual contra criança e adolescente - Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Belo Horizonte, p.20).

Para Kaloustian & Ferrari (2004, pp. 11-12)

[...] a família é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência do desenvolvimento e da proteção integral dos filhos e demais membros, independente do arranjo familiar ou da forma como vem se estruturando. É a família que propicia os aportes afetivos e, sobretudo materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar de seus componentes. Ela desempenha um papel decisivo na educação formal e informal, é em seu espaço que são absorvidos os valores éticos e humanitários, e onde se aprofundam os laços de solidariedade. É também em seu interior que se constroem as marcas entre as gerações e são observados valores culturais.

Para Carvalho (2000) a família é uma instituição cujas origens remontam aos ancestrais da espécie humana e confunde-se com a própria trajetória filogenética. Ela é, necessariamente, o primeiro agente socializador do ser humano. Neste sentido, os pais são os responsáveis pela formação e proteção dos filhos, não só pela detenção do poder familiar, mas pelo dever de garantir-lhes os direitos assegurados pela Constituição. Todavia, a construção desse vínculo é essencial para o desenvolvimento harmonioso e sadio das crianças e adolescentes.

Conclui-se, quando o assunto é violação dos direitos da criança e do adolescente, que o acompanhamento à família é essencial para que sua reestruturação contribua para o desenvolvimento infantojuvenil.

Aula 13 – Construção sócio-histórica da criança e do adolescente na perspectiva da garantia de direitos e a participação da sociedade

As políticas públicas de proteção à criança e ao adolescente são ações recentes em nossa história. Durante muitos anos, a assistência direcionada à chamada infância desvalida era centralizada na Igreja que se encarregava de amparar e zelar pelo crescimento da criança. Anos depois, essa tarefa foi repassada às Santas Casas de Misericórdia, que tratavam das questões relacionadas ao menor, que era considerado como um problema social e caso de polícia.

13.1 As políticas públicas de proteção à criança e adolescente

Diante das propostas norteadoras das políticas públicas e as leis que asseguram os direitos da criança e adolescente, é necessário que haja um maior compromisso do Estado, da sociedade civil e dos municípios no desenvolvimento e na aplicabilidade dessas leis.

As políticas públicas de atendimento à criança e o adolescente foram introduzidas a partir do artigo 86 do ECA:

Art. 86. A política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

O professor Vicente de Paula Faleiros, em uma oficina de “Políticas Públicas e estratégia contra a exploração sexual comercial e abuso sexual intrafamiliar de criança e de adolescente”, salientou:

Um plano estratégico que norteie as reflexões e ações nas áreas da violência, abuso e exploração de crianças e adolescentes deve ter como fundamento um novo paradigma, o ‘paradigma civilizatório’. Uma das condições necessárias para este ‘salto civilizatório’, é sociedade e governo se engajarem, efetivamente, na luta e implementação dos direitos humanos, ou seja, o respeito à dignidade, à vida, ao corpo, ao desenvolvimento integral da pessoa e a garantia de seus direitos (FALEIROS, 2002)

Trata-se de uma profunda mudança nos valores da sociedade, superando os paradigmas autoritários, patriarcais, machistas, racistas, vigentes, sob os quais estão estruturadas as relações de gênero e da sexualidade do Brasil.

Mudanças de paradigma são complexas, pois, requerem “mexer” na conjuntura estrutural em que a sociedade está fundamentada. Casos de violência doméstica contra crianças e de adolescentes não são de responsabilidade pura e exclusivamente da família e, sim da sociedade em geral.

Fazer com que as famílias e a sociedade compreendam que a criança e o adolescente são vítimas da violência doméstica e têm direito a ser socorridos, atendidos e ajudados é tarefa complexa. A família é tida como algo privado, ou seja, “em minha casa só entra quem eu quero, ou o que acontece em minha casa é da minha conta e ninguém tem que intervir”. Essa visão da família impede por muitas vezes o atendimento da criança e do adolescente vítima de violência.

A família tem sua privacidade garantida por lei, entretanto, a partir do momento em que se torna violadora dos direitos de suas crianças e de seus adolescentes, pode haver a intervenção das políticas públicas.

Um dos mecanismos para se romper com este laço de violência contra as crianças e adolescentes é a formulação de uma política voltada para o atendimento à criança e ao adolescente, à sua família e ao agressor. Lembramos que isso é de responsabilidade do Poder Público que poderá contar com a participação de ONG’s e requer o envolvimento de um trabalho em rede com a saúde, educação, justiça e conselhos tutelares.

Contudo, a rede de atendimento no Brasil ainda é mal estruturada e insuficiente para atender a demanda. A ideia de se trabalhar em rede rompe com o pensamento fragmentado e sua prática setorizada. É a tentativa de instituir um novo olhar diante do mundo em que vivemos para construir uma mudança no quadro de extrema pobreza e miséria que cresce ao longo dos anos.

Outra política de atenção à criança e ao adolescente vitimizados pela violência doméstica é a política de prevenção. Talvez a mais importante, pois, envolve toda a sociedade com o objetivo de sensibilizá-la para o problema da violência doméstica contra crianças e de adolescentes, evitando, assim, que o fenômeno ocorra. Mas não deve ocorrer com sensacionalismo e, sim, com caráter informativo e educativo, buscando esclarecer o tema para a sociedade por meio de folder, de folhetos informativos, de palestras nas escolas, nas igrejas, nas reuniões de associações de bairro e nos centros de saúde.

Mesmo diante de tanto avanço na perspectiva de se ter informações, cursos e palestra sobre a temática em questão, não se pode dizer que a prevenção é efetiva e que ela consiga alcançar e mudar as relações familiares e institucionais de forma a impedir essa violação.

13.2 As estratégias e articulações em defesa da criança e do adolescente

A vitimização de crianças e adolescentes apresenta múltiplas e diferenciadas dimensões, o que requer estratégias diferenciadas, tendo em vista que se faz necessária a definição coletiva e articulada de estratégias governamentais e não governamentais para atuar na área da violência.

As políticas têm sido criadas como resposta do Estado às necessidades surgidas na sociedade e no seu próprio interior. Elas são demonstrações do compromisso público de intervenção em uma determinada área em longo prazo.

As estratégias/ações a serem adotadas para o enfrentamento/combate da violência doméstica contra crianças e adolescentes devem se pautar na sensibilização, na democratização, na articulação, na capacitação, na avaliação e na descentralização do trabalho realizado.

Entre as estratégias de enfrentamento a sensibilização é a mais importante, pois visa a mudança cultural, a quebra de paradigmas. Pretende-se levar a sociedade a se importar e se sensibilizar com a violência doméstica contra crianças e contra adolescentes e diminuir a posição de indiferença.

Por exemplo, o processo de democratização, diz respeito ao fortalecimento e implantação dos Conselhos dos Direitos e Tutelares, como prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.

Os Conselhos criados por Lei nas três instâncias públicas (Municipal, Estadual e Federal) instituem seus próprios conselhos, leis, políticas e sistemas de assistência social. São vinculados ao Poder Executivo e sua estrutura pertencente ao órgão da administração pública responsável pela coordenação da política de assistência social, que lhe dá apoio técnico e administrativo e assegura dotação orçamentária para seu funcionamento.

Os conselhos são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa e consultiva. Composto de modo a preservar as representações dos usuários, dos trabalhadores e

das entidades e organizações da assistência social. Composto os: Conselho Nacional, Conselho Estadual, Conselho Municipal de Assistência Social e o Conselho de Assistência Social do Distrito Federal. Os conselhos são o principal canal de participação popular encontrada nas três instâncias de governo.

Espera-se que os conselheiros governamentais indicados pelo gestor (secretário de assistência social ou equivalente) sejam capazes de trazer para os demais conselheiros, informações claras e atualizadas sobre as diretrizes e que diga qual é a posição do governo nos assuntos em pauta. Quanto aos conselheiros da sociedade civil espera-se que não usem o espaço do conselho para defender os interesses das entidades que representam, mas que sejam capazes de trazer as contribuições dos segmentos que representam em favor da política pública, alimentadas também pelos debates e discussões próprias da sociedade civil, como os fóruns, movimentos sociais, etc.

13.3 Capacitação profissional

O processo de capacitação envolve a articulação entre os poderes Municipais, Estaduais, Regionais, Interestaduais e Interregionais, para desenvolver ações integradas contra a violência doméstica.

A capacitação de técnicos interdisciplinares torna-se essencial para enfrentamento da questão da violência doméstica, visto que muitas crianças e adolescentes sofrem no ambiente familiar; ressalta-se ainda a necessária formação de multiplicadores – adolescentes, apoiados institucionalmente poderão colaborar para garantia da qualidade do trabalho prestado.

Conclui-se que a violência doméstica instala-se na intimidade da família a partir do momento em que se estabelece a relação de poder abusiva. Este fenômeno ainda é mantido como um segredo ou até mesmo, não é reconhecido como algo que precisa ser combatido, pois, ainda existe a concepção de que pais e responsáveis têm o direito de disciplinar suas crianças e adolescentes da forma que lhes convém, mesmo que para isso lancem mão de métodos inadequados.

Resumo

Vimos nesta aula as políticas públicas suas estratégias e articulações em defesa da proteção da criança e adolescente.



Aula 14 – Plano nacional de promoção proteção e defesa do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária

O Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária reconhece e preconiza a família, enquanto estrutura vital, lugar essencial à humanização e à socialização da criança e do adolescente, espaço ideal e privilegiado para o desenvolvimento integral dos indivíduos.

O aprofundamento das desigualdades sociais, suas consequências e especialmente as condições de vida das crianças e dos adolescentes, levou à revisão dos paradigmas assistenciais cristalizados na sociedade.

14.1 O processo histórico da proteção social da criança do adolescente e da família

O olhar multidisciplinar e intersetorial iluminou a complexa multiplicidade dos vínculos familiares.



Figura 14.1: Direitos da Criança e do Adolescente ao convívio familiar

Fonte: <http://4.bp.blogspot.com>

A figura demonstra o processo de participação de crianças e adolescentes do Brasil inteiro para construção do plano.

Esse plano foi o resultado de um processo participativo de elaboração conjunta por meio da Comissão Intersetorial que elaborou os subsídios apresentados ao Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes - CONANDA e ao Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS. O plano é um marco nas políticas públicas no Brasil, ao romper com a cultura da institucionalização de crianças e adolescentes e ao fortalecer o paradigma da proteção integral e da preservação dos vínculos familiares e comunitários preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

A Constituição Brasileira de 1988 define, no Art. 226, parágrafo 4 “entende-se como entidade familiar a comunidade formada por qualquer um dos pais e seus descendentes”.

Também o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu Art. 25: define como família natural “a comunidade formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes”.

Pode-se concluir que o plano não apenas busca conceber um modelo ideal de família, mas busca ultrapassar a ênfase na estrutura familiar para enfatizar a capacidade da família de em uma diversidade de arranjos, no sentido de exercer a função de proteção e socialização de suas crianças e adolescentes.

Há, portanto, tarefas estruturais previstas no Plano, que não fazem parte de suas “diretrizes”, mas são essenciais à consecução dos seus objetivos gerais, dentre os quais podemos citar:

- Estabilidade econômica com crescimento sustentado;
- Geração de empregos e oportunidades de renda;
- Combate à pobreza e promoção da cidadania e da inclusão social;
- Consolidação da democracia e defesa dos direitos humanos;
- Redução das desigualdades regionais;
- Promoção dos direitos das minorias vítimas de preconceito e discriminação.

Para Sarti (2004) as questões relacionadas à pobreza e miséria, no Brasil, constitui permanente preocupação e obriga a refletir sobre suas influências no social e, principalmente, na área de atuação junto da família, na qual as políticas públicas ainda se ressentem de uma ação mais expressiva.

Para Yasbek (2001) no que tange ao perfil das famílias em situação de vulnerabilidade no Brasil pode-se ressaltar que uma família ou uma pessoa é considerada pobre quando vive numa situação de privação de renda e também de privação de outros recursos necessários para obter uma situação de vida que permita que ela desempenhe seus papéis, cumpra seus deveres, participe das relações sociais e compartilhe costumes da sociedade em que vive.

Conclui-se que um plano que objetiva atingir a família de modo integral deve, portanto desenvolver com as famílias estratégias, programas e projetos que articulem as condições necessárias para vida de seus membros.

14.2 Marcos e marcas da constituição do trabalho com famílias e comunidades

Vejam os que prevê as premissas previstas na Constituição Federal, onde se estabelece que a “família é a base da sociedade”:

- Art. 226 - compete a família, juntamente com o Estado, a sociedade em geral e as comunidades, “assegurar à criança e ao adolescente o exercício de seus direitos fundamentais”.

- Art. 226 §8º, ao Estado compete assegurar a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir violências no âmbito de suas relações.

- Art. 227 §6º - Dentre estes direitos fundamentais da cidadania está o direito à convivência familiar e comunitária, equiparação de filhos havidos ou não da relação do casamento ou por adoção.

- Art. 229 - determina que os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores e que os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.

Conforme Brasil (2006) - Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária:

A promoção, a proteção e a defesa do direito das crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária envolvem o esforço de toda a sociedade e o compromisso com uma mudança cultural que atinge as relações familiares, as relações comunitárias e as relações do Estado com a sociedade.

Ou seja, conforme mostrado anteriormente, a Lei Federal 8.069 de 13 de julho de 1990, reforça o papel da família na vida da criança e do adolescente como elemento imprescindível dentro do processo de proteção integral e como um dos objetivos maiores do sistema de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente.

Em relação ao estatuto, ressalta-se o artigo 19, o qual prevê que toda criança ou adolescente tem direito de ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária. Ou seja, em função desse princípio, estabeleceu-se a excepcionalidade e a provisoriedade do Acolhimento Institucional, obrigando que se assegure a “preservação dos vínculos familiares e a integração em família substituta quando esgotados os recursos de manutenção na família de origem”.

Dessa forma, conforme prerrogativa do próprio plano, embora vivamos em um período de exigência de um processo de positivação do Direito, alguns institutos previstos na legislação e na doutrina sobre os direitos da família, da criança e do adolescente e sobretudo das comunidades ainda estão sendo consolidados e, outros ainda, construídos nas instâncias Estaduais e Municipais.

14.3 Exemplo do plano Estadual de proteção integral

Um exemplo da construção do Plano no Estado Mineiro. O plano foi elaborado a partir de uma grande mobilização e trabalho de construção coletiva de atores sociais. Entre eles: técnicos, especialistas e o Grupo de Trabalho Mineiro Pró Convivência Familiar e Comunitária, os Conselhos Estaduais dos Direitos da Criança e do Adolescente e da Assistência Social.

O Estado realizou uma grande pesquisa que objetivou orientar tecnicamente todas as intervenções nas instituições de acolhimento. Este processo foi democraticamente construído e cientificamente sustentado, ressaltando a importância incomensurável da convivência familiar e comunitária para sua formação.

Este exemplo demonstra que o processo de construção do plano estadual nesse Estado foi elaborado a partir de uma grande mobilização e trabalho de construção coletiva de atores sociais, como técnicos, especialistas e o Grupo de Trabalho Mineiro Pró Convivência Familiar e Comunitária e a parceria estratégica estabelecida entre os Conselhos Estaduais dos Direitos da Criança e do Adolescente e da Assistência Social.

14.4 Exemplo do plano Municipal de Proteção Integral

O exemplo do processo de construção do Plano Municipal de Piracicaba-SP. Neste caso a elaboração do plano ocorreu por meio da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social – SEMDES.

O trabalho teve como objetivo a readequação dos abrigos, na modalidade de Acolhimento Institucional, Orientações Técnicas aos Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes.

A primeira ação desencadeada foi à nomeação de um Grupo de Trabalho – GT, para avaliar os serviços de abrigo para crianças e adolescentes, regulamentada pelo Decreto nº 13.108 de 24 de abril de 2009.

Neste grupo estavam representantes da SEMDES, da Secretaria de Governo e da Procuradoria Geral do Município, cujo objetivo foi realizar visitas e análise de documentação. No levantamento de dados final, continha propostas para adequação dos abrigos às novas normas vigentes.

A segunda ação, da SEMDES, foi à mobilização e articulação dos diversos atores para a formação da Comissão Municipal com a finalidade de elaborar e implementar o Plano, com o intuito de sensibilizar assim os diversos segmentos da sociedade.

O exemplo de Piracicaba evidencia a necessidade de definições e orientações claras que estimulem a participação social e a atuação profissional na implantação dos planos. Essas definições fortalecem a rede de proteção social nos territórios e colaboram para o acesso das famílias a direitos contribuindo para a consolidação de um projeto societário mais igualitário e justo.

Ou seja, os dois exemplos demonstram que os processos de mobilização e articulações são de transição que deverão ser construídos em conjunto, organizados com a participação de todas as instituições governamentais e não governamentais e das diversas representações comunitárias.

Conclui-se que o direito das crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária está relacionado à inclusão social de suas famílias. O reconhecimento da importância da família no contexto da vida social suas possibilidades e desafios.

Resumo

Nesta aula vimos que o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, teve seu processo histórico construído a partir dos marcos conceituais e a partir das marcas constituídas com a participação das três esferas de governo conforme demonstrado nos exemplos de Minas Gerais e de Piracicaba.



Atividades de aprendizagem

1. Há tarefas que são essenciais para efetividade do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. Quais são essas tarefas?

2. Discorra sobre a afirmação de Sarti (2004) “as questões relacionadas à pobreza e miséria, no Brasil, obrigam a refletir sobre o processo de atuação junto às famílias”.

Aula 15 – As ações socioeducativas e o atendimento social

Olá! Iremos retomar nosso olhar para as famílias que acessam o atendimento social. Como elas são atendidas nas políticas setoriais da educação, da saúde e da assistência social e os sentimentos que envolvem as famílias que sofrem com a dependência química.

Inicialmente vamos conversar sobre o trabalho socioeducativo com famílias.

15.1 O trabalho socioeducativo com as famílias

Você sabia que o trabalho socioeducativo que tem a família como o cerne do protagonismo social, tem falta de uma conexão devido às suas potencialidades e possibilidades que devem ser reconhecidas?

Algumas queixas das famílias como sendo motivadoras ao alcoolismo e a dependência química:

- Receio das relações afetivas - dominar e ser dominado pelo outro.
- Receio de suprimir as emoções por meio de mecanismos de inibição.
- Dificuldades para recuperar a capacidade de afetar e ser afetado positivamente.
- Dificuldades em permitir-se viver em paz, não necessariamente sem conflitos.
- Sentimento de incompetência para proteger os seus.
- Sentimento de medo de que seus filhos sejam cooptados pela criminalidade ou que sejam mortos.

Sentimento de medo de relações violentas entre pais e filhos e de que a filha siga seus passos de algum modo, por exemplo: abandono dos estudos, fixação ao universo doméstico, etc.

- Também se queixam de tristeza e vergonha por não conseguirem entrar-se com seus filhos e marido, por não acompanhar a vida escolar dos filhos e pelas humilhações que sofrem na escola e no bairro.
- Receio de não prover financeiramente o lar e apesar de raros, o sentimento de alegria aparece em momentos específicos, normalmente ao separar-se de seu companheiro, em participar de uma igreja, voltar a estudar, fazer melhorias na casa, cuidados com a própria aparência, ambiente doméstico livre de agressões verbais e físicas e recordações carinhosas da família de origem.

"Viver é enfrentar um problema atrás do outro. O modo como você o encara é que faz a diferença." (Benjamin Franklin)

O processo histórico da inclusão dos usuários de substância psicoativa na concepção, desenvolvimento e execução de política pública dependem de aspectos políticos, culturais, econômicos, entre outros.

Esta constatação vem ao encontro com a reflexão de Liberati (2002, p. 128) que afirma:

Como núcleo principal da sociedade, a família deve receber imprescindível tratamento tutelar para proteger sua constituição, pois é no lar que a criança ou o adolescente irá receber a melhor preparação para vida adulta. À evidência, se os pais não forem orientados e preparados, serão poucas as possibilidades de se proporcionar às crianças e adolescentes um ambiente adequado para seu crescimento normal.

Ou seja, faz-se necessário um conjunto de medidas do Estado para ofertar políticas públicas que possam garantir às famílias um desenvolvimento satisfatório de sua dinâmica interna para que não haja consequências desastrosas para a vida de seus integrantes.

15.2 O trabalho educativo envolvendo as famílias as crianças e os adolescentes.

Nesta perspectiva, para Touraine (apud COSTA, 2004) a educação apresenta-se como um caminho possível para alcançar a construção do sujeito. De acordo com ele, este projeto possibilitaria a integração entre racionalidade e identidade e, com isso, a mediação entre o Estado e a sociedade civil.

Para Costa (2004) as ações educativas devem exercer uma influência edificante sobre a vida do adolescente, criando condições para que ele consiga plasmar sua identidade, buscando compreender-se e aceitar-se, bem como construir seu projeto de vida, definindo e trilhando caminhos para assumir um lugar na sociedade, assumir um papel na dinâmica social em que está inserido.

Para tanto, deve-se compreender que educação deve ser pensada para o coletivo, no coletivo, com o coletivo. É uma tarefa que pressupõe um projeto social compartilhado, em que vários atores e instituições concorrem para o desenvolvimento e fortalecimento da identidade pessoal, cultural e social de cada indivíduo.

Cabe assinalar que, de acordo com Costa (2004), as ações socioeducativas compreendem duas grandes modalidades: a) uma, de caráter protetivo, voltada para as crianças, jovens e adultos em circunstâncias especialmente difíceis em razão da ameaça da violação de seus direitos por ação ou omissão da família, da sociedade ou do Estado ou até mesmo da própria conduta, o que os leva a se envolver em situações que implicam em risco pessoal e social; e b) outra, voltada especificamente para o trabalho social e educativo, que tem como destinatários os adolescentes e jovens em conflito com a lei em razão do cometimento do ato infracional.

Como ponto de partida a educação neste caso deve compreender o homem como agente de transformação do mundo: um agente passivo e ativo das relações que estabelece ao longo de sua história. Tal compreensão exige que os profissionais considerem suas condições e relações materiais e afetivas.

Neste sentido, considera-se a importância da revisão das antigas práticas segmentadas de educação, substituindo-as por práticas potencializadoras que concretizem os princípios da defesa dos direitos, da distribuição da riqueza, da superação da miséria e da pobreza.

Ou seja, as mudanças no marco legal e no paradigma de prestação de serviços socioassistenciais e educacionais demandam dos profissionais a reorganização de sua prática profissional com centralidade na proteção dos direitos da família e nos princípios da territorialidade, da hierarquização e articulação da rede de serviços.

Resumo

As mudanças no marco legal e no paradigma de prestação de serviços socio-assistenciais e educacionais demandam dos profissionais a reorganização de sua prática profissional com centralidade na proteção dos direitos da família e nos princípios da territorialidade, da hierarquização e articulação da rede de serviços. Vimos nesta aula que o trabalho sócio educativo com as famílias deve envolver a participação das crianças e dos adolescentes.



Atividade de aprendizagem

1. O governo está criando ações e políticas públicas para atender crianças e adolescentes. Em sua opinião, essas medidas são suficientes?

2. Verifiquem, em sua cidade ou bairro, quais ações são desenvolvidas a favor da criança e do adolescente.

Aula 16 – Os serviços e ações da política de saúde para o atendimento social

Você sabia que na VII conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi aprovada a proposta que mudaria radicalmente a forma como vinha sendo tratada a questão da saúde no país?

Esta proposta previa a criação do SUS e a municipalização da saúde, ideias que acabaram sendo inscritas na Constituição de 1988, com sua posterior regulamentação por meio das leis 8.080 e 8.142, de 1990. Em relação ao atendimento social, vamos verificar o que mudou.

16.1 As diretrizes básicas no atendimento integral na saúde

Então, o atual momento histórico relativo às diretrizes básicas tem as seguintes características: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade foram que instituídos como o novo modelo de atendimento associado às políticas públicas de saneamento, moradia, alimentação, transporte, emprego e lazer.

O SUS – Sistema Único de Saúde tem como prioridade as medidas preventivas e apoio descentralizados. Embora Cohn (2005, p.87) ressalte que apesar destas medidas de prioridade pacientes, mesmo aqueles que têm acesso aos serviços de saúde estatais ou privados, enfrentam desrespeito à dignidade da natureza humana e seus direitos.

A observação diária do funcionamento do serviço da saúde quer nos ambulatórios, quer os de natureza hospitalar, mostra que são praticadas constantes violências contra os pacientes. Segundo o autor, são as micro violências do cotidiano, que contrariam direitos fundamentais do ser humano, como por exemplo, o descaso com a saúde dos idosos.

Vamos conhecer que ações estão previstas em lei para o atendimento no campo dos serviços públicos da saúde.

A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, determina o seguinte em seu art. 7º:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990).

Conclui-se que a organização estrutural da saúde no âmbito da administração pública está vinculada ao planejamento conjunto entre os setores.



Figura 16.1: Sistema Único de Saúde

Fonte: <http://1.bp.blogspot.com>

Esta figura demonstra a atenção integral de todas as políticas desenvolvidas na construção do Sistema Único de Saúde.

Esta discussão converge para o fato de que a atenção à saúde não está apenas sob o enfoque médico, mas também nas diferentes intervenções de práticas que enfocam a prevenção.

16.1 Que fatores interferem na realização do atendimento social na política da saúde.

Segundo Nogueira (1991, p.2) “o trabalho na saúde tem uma particularidade, no contexto dos processos de cooperação”, quais sejam: a cooperação vertical, diversas ocupações ou tipos de trabalhadores que atuam dentro de uma certa hierarquia e a cooperação horizontal composta por diversas subunidades que participam do cuidado em saúde.

Todos os níveis apresentam certas dificuldades de relações com a organização da política administrativa dos serviços de saúde, seja com as demandas dos usuários, com o Estado, com a indústria farmacêutica e outros equipamentos.

O autor nos mostra que a natureza e a abrangência do processo de cooperação horizontal e vertical vêm potencializando a inovação do mercado de trabalho na área da saúde. Explica ele que, de forma diferenciada de outras áreas de produção de bens e serviços, nas áreas da saúde não ocorre uma redução da força de trabalho quando da implementação de novos serviços parciais, porque os serviços mais antigos não são extintos com o surgimento dos novos.

O processo coletivo de trabalho nos serviços de saúde é apresentado a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. Este processo se verifica nas mudanças de natureza tecnológica, organizacional e política do Sistema Único de Saúde, nas formas de cooperação vertical que são as divisões sociotécnica e institucional do trabalho e horizontal que são as expansões dos subsistemas de saúde na relação de atividades, aprendizados, hierarquias, funções e especializações profissionais (NOGUEIRA, 1989).

Conclui-se, portanto, que o comprometimento consciente da família no processo da intervenção torna-se fundamental para garantir o desenvolvimento físico, mental e sócio cultural da pessoa. Participando, a família resgata e potencializa habilidades, e identifica formas de buscar a solução de problemas, tanto no aspecto de saúde como de sua vida como um todo.

Resumo

Nesta aula prendemos sobre as diretrizes básicas no atendimento integral a saúde envolvem fatores como: cooperação, comprometimento, e incentivo à participação dos usuários e dos trabalhadores envolvidos. Discutiu-se sobre a importância da criação do Sistema Único de Saúde que tem como prioridade as medidas preventivas e apoio descentralizadas.



Aula 17 – O atendimento social na política de Assistência Social na perspectiva do protagonismo social

Olá, você sabia que protagonismo é a ação de um grupo, classe ou segmento da sociedade que se coloca como principal sujeito na dinâmica social. São os chamados atores sociais e nesta aula vamos conhecer um pouco como estas ações acontecem.

17.1 O que é protagonismo?

A palavra “protagonismo” tem origem grega (protos significa “o principal”, e agonistas, “o lutador”). No dicionário Aurélio o termo apresenta a seguinte definição: “Pessoa que desempenha ou ocupa o primeiro lugar de um acontecimento”.

Percebemos que protagonismo é a forma que uma pessoa ou indivíduo posiciona-se em relação a sua vida e comunidade. O protagonismo social provoca intensamente a construção social.

Para Ferreira e Savard (2004), o protagonismo social e o empoderamento são categorias que andam juntas, podem ser entendidos da seguinte forma:

- indivíduos tomam para si próprios o controle de suas vidas;
- constroem estratégias de ação coletiva;
- situam como sujeitos políticos efetivos;
- buscam superar os limites da democracia representativa.

Pode-se resumir conforme Gohn (2004) que o processo de empoderamento envolve:

- dimensões criativas e instituintes da ação política;
- envolve processos de mobilizações impulsionadoras de grupos ou comunidades;
- reforçam o controle e regulação do social;
- promovam a integração das pessoas em situação de vulnerabilidade social.

Ou seja, a grande mudança é aplicar este novo paradigma no processo de atendimento social.

Outros conceitos podem ser integrados na perspectiva do protagonismo.

Segundo Sirvent (1984), protagonista é aquele que busca se colocar como principal sujeito de uma ação, aquele que se coloca em movimento. O protagonismo social é a ação de um grupo, classe ou segmento da sociedade que se coloca como principal sujeito na dinâmica social é a forma de se colocar e se afirmar como produtores da história social.

Portanto ser protagonista de sua própria história implica ser participante, reflexivo, criativo e recreativo, valorizando a si e a seu grupo de pertinência (SIRVENT, 1984).

Para Nasciuti (1996), a partir da relação com a comunidade ocorre por parte das instituições e dos espaços sociais, o encontro com o coletivo, no que tange aos papéis sociais, regras, leis, valores, cultura, crenças e tradições, transmitidos de geração a geração. E a partir desse encontro consolidam e expressão da individualidade e ocorre o encontro importante dos recursos.

A autora Sobonfu Somé (2003, p. 26) em seu livro o “O espírito da intimidade”, traduz de maneira singular o papel da comunidade,

A comunidade é o espírito, a luz-guia da tribo; é onde as pessoas se reúnem para realizar um objetivo específico, para ajudar os outros a realizarem seu propósito e para cuidar umas das outras. O objetivo da comunidade é assegurar que cada membro seja ouvido e consiga contribuir com os dons que trouxe ao mundo, da forma apropriada. Sem essa doação, a comunidade morre. E sem a comunidade, o indivíduo fica sem um espaço para contribuir. A comunidade é uma base na qual as pessoas vão compartilhar seus dons e recebem as dádivas dos outros. (SOME 2003 p. 26)

Quando você não tem uma comunidade, não é ouvido; não tem um lugar em que possa ir e sentir que realmente pertence a ele; não tem pessoas para afirmar quem você é e ajudá-lo a expressar seus dons. Essa carência enfraquece a psique, tornando a pessoa vulnerável ao consumismo e a todas as coisas que o acompanham.

Além disso, a falta de comunidade deixa muitas pessoas com maravilhosas contribuições a fazer sem ter onde desaguar seus dons, sem saber onde pô-los.

Ou seja, quando não descarregamos nossos dons, vivenciamos um bloqueio interior que nos afeta espiritual, mental e fisicamente, de muitas formas diferentes. Ficamos sem ter um lugar para ir, quando temos a necessidade de ser vistos.

17.2 Protagonismo familiar e comunitário

Segundo a premissa do sistema de assistência social os programas de apoio sociofamiliar devem perseguir o objetivo do fortalecimento da família, considerando sua singularidade, estabelecendo, de maneira participativa, um plano de trabalho ou plano promocional da família que valorize sua capacidade de encontrar soluções para os problemas enfrentados, com apoio técnico-institucional.

Os Programas devem abarcar as seguintes dimensões:

Tabela 17.1: Dimensões dos Programas Sociais

Superação de vulnerabilidades sociais decorrentes da pobreza e privação – incluindo condições de habitabilidade, segurança alimentar, trabalho e geração de renda;
Fortalecimento de vínculos familiares e de pertencimento social fragilizado;
Acesso à informação com relação às demandas individuais e coletivas;
Orientação da família e, especialmente, dos pais, quanto ao adequado exercício das funções parentais, em termos de proteção e cuidados a serem dispensados às crianças e adolescentes em cada etapa do desenvolvimento, mantendo uma abordagem dialógica e reflexiva;
Superação de conflitos relacionais e/ou transgeracionais, rompendo o ciclo de violência nas relações intrafamiliares;
Integração sociocomunitária da família, a partir da mobilização das redes sociais e da identificação de bases comunitárias de apoio;
Orientação jurídica, quando necessário.

Fonte: Política Nacional de Assistência social - 2012

Considerando as dimensões apontadas no quadro, evidencia-se que para a efetividade dos programas, projetos e serviços da Assistência, quer seja, no início do ciclo que gera a necessidade do indivíduo; torna-se necessário que a família de fato e de direito seja o núcleo social básico de acolhida, de convívio, de autonomia, de sustentabilidade e, sobretudo, de protagonismo social.

17.3 Qual é a direção do trabalho social?

Entende-se que o que deve nortear o trabalho social com famílias é o reconhecimento que as pessoas são ou podem vir a ser autores e atores de sua própria história, a partir do resgate de seus saberes e querer, da (re)construção de valores, identificação de habilidades e potencialidades, tendo em vista uma perspectiva emancipatória.

Ao situar os beneficiários como protagonistas e ao tomar o contexto local como ponto de partida, as ações desenvolvidas visam contribuir para a construção e fortalecimento de uma identidade pessoal e local, potencializando projetos de vida, fomentando o autoconhecimento, autoconfiança e autocuidado (MOREIRA, 2006).



Figura 17.1: O trabalho Social

Fonte: <http://eventos.fecam.org.br>

A figura representa o trabalho como possibilidade de avanço da cidadania, orientando sobre os direitos sociais, possibilitando o acesso às políticas existentes e informando os meios para a garantia e consolidação dos direitos, fortalecendo, portanto, o desenvolvimento de protagonismo social.

Para que se concretize a perspectiva emancipatória, a partir da abordagem cidadã, com vistas ao desenvolvimento do protagonismo é necessário:

Entender as famílias como produto e produtor de seu meio, da sua própria história, mas sem supervalorizar a realidade como limitadora dos avanços da população em seus territórios, nas relações familiares, na mudança de valores, na reflexão sobre suas vidas [...] não se superestimar o desejo de mudança, a vontade política, o processo reflexivo em detrimento da realidade. Nessa perspectiva, acredita-se na possibilidade de alterações à realidade de vida dessa população a partir do trabalho [...] entendendo as famílias como sujeitos ativos na construção de seus caminhos e de sua história. Ao mesmo tempo, “reconhece-se as marcas dessas famílias, resultantes da história e realidade vividas, bem como, em muitos momentos, a necessidade de trans-

formações objetivas e concretas que permitam outras mudanças substanciais na vida dessa população.” (CARDOSO, 2005, p. 20)

Ou seja, faz-se necessário olhar a família no seu movimento, compreendê-la como grupo social cujos movimentos de organização/desorganização/reorganização mantém estreita relação com o contexto sociocultural, com as suas necessidades e projetos (CARVALHO *et alli*, 2002).

17.4 Exemplos de Protagonismo e Transformação Social – Mães do Cariri

Neste exemplo evidencia-se que o protagonismo pode ser pensado a partir de um grupo de pessoas que são unidas por laços constituídos por representações, práticas e relações que implicam obrigações mútuas.

Segue um resumo da história, contado com a ajuda da imprensa:



Figura 17.2: Mães de Acari pedem ajuda a imprensa

Fonte:<http://gloriaferez.org>

A foto retrata a vitória das mães do Cariri.

O contexto

O fato ocorreu em 1990 onde houve o massacre dos jovens de Acari pela polícia. O que motivou a ação das mães foi o fato de que os corpos ficaram desaparecidos.

As mães saem em busca dos corpos de seus 11 filhos assassinados em 11 de julho de 1990, descobrem que os envolvidos são grupos de extermínios, em Majé, na Baixada Fluminense.

As mães sofreram muitas ameaças de morte (duas mães haviam sido assassinadas até então).



Figura 17.3: O Massacre de Acari

Fonte: <http://2.bp.blogspot.com>

1992 – As mães conseguem agendar um encontro com a Primeira dama da França, Danielle Miterrand.

Em 1994 – As mães promovem uma viagem à Paris para um encontro com a Organização das Nações Unidas, onde cada mãe mandou uma carta solicitando ao representante, no sentido de verificar em que pé estava o processo de busca do filho desaparecido.

Neste período ocorre uma mobilização de outras mulheres que também perderam seus filhos.

Em virtude do movimento ocorre no mesmo ano uma mobilização Internacional em função da apuração dos casos dos desaparecidos.



Figura 17.4: Caminhada em defesa da vida

Fonte: <http://gloriafperez.org>

Este exemplo esclarece que o cotidiano das famílias é constituído por outros tipos de vínculos que pressupõem obrigações mútuas, mas não de caráter legal e sim de caráter simbólico e afetivo. São relações de apadrinhamento, amizade e vizinhança e outras correlatas.

Pode-se concluir que ações embasadas no viés do protagonismo social podem:

- a) reforçar os vínculos entre as pessoas, respeitando a cultura de cada um; mobilizar os recursos e competências culturais locais, para promover a saúde mental comunitária; e construir uma rede social de proteção e inserção, promovendo uma cultura de paz.
- b) criar gradualmente uma nova consciência social, para que os indivíduos tomem consciência da origem e das implicações sociais da miséria e do sofrimento humano e, sobretudo, para que em meio a tantas dificuldades descubram suas potencialidades e capacidades transformadoras.

Conclui-se que os resultados de um trabalho realizado com foco no protagonismo social reforçam a capacidade operativa de um Sistema de Proteção Social Brasileiro que vem sendo profundamente redesenhado. Evidencia, também, a grande capacidade demonstrada ao longo do processo de desenvolvimento da Política Nacional de Assistência Social, uma construção comprometida e comprometedora das políticas sociais.

Resumo

Nesta aula discutiu-se que o trabalho de emancipação e de protagonismo familiar exige uma postura concreta no sentido de entender as famílias como produto e produtor de seu meio, da sua própria história. Vimos ainda que para alcançarmos êxito nesse trabalho as famílias deverão ser consideradas como sujeitos ativos. Conhecemos um exemplo de força e organização das mães do Cariri.

Atividades de aprendizagem

1. Quais as principais mudanças que o trabalho social com foco no protagonismo social proporciona?





Aula 18 – O atendimento familiar e as redes sociais

Olá! Você sabia que a situação das famílias em situação de vulnerabilidade social, deve ser atendida por meio de medidas articuladas entre diversas instituições e deve ser incentivada amplamente a participação do governo e comunidade?

Então! Estamos falando da rede socioassistencial.

Num primeiro momento, definir o que se entende socioassistencial torna-se fundamental, especialmente no contexto da gestão municipal dos serviços de atenção às necessidades da família.

“A REDE não é um simples ajuste técnico, metodológico e administrativo, mas implica uma mudança cultural e comportamental. É uma oportunidade estratégica de construção de ambientes para novas posturas e de instrumentos de apoio que fazem parte de um processo de mudança em curso.” (BNDES- Social, Rio, 2002).

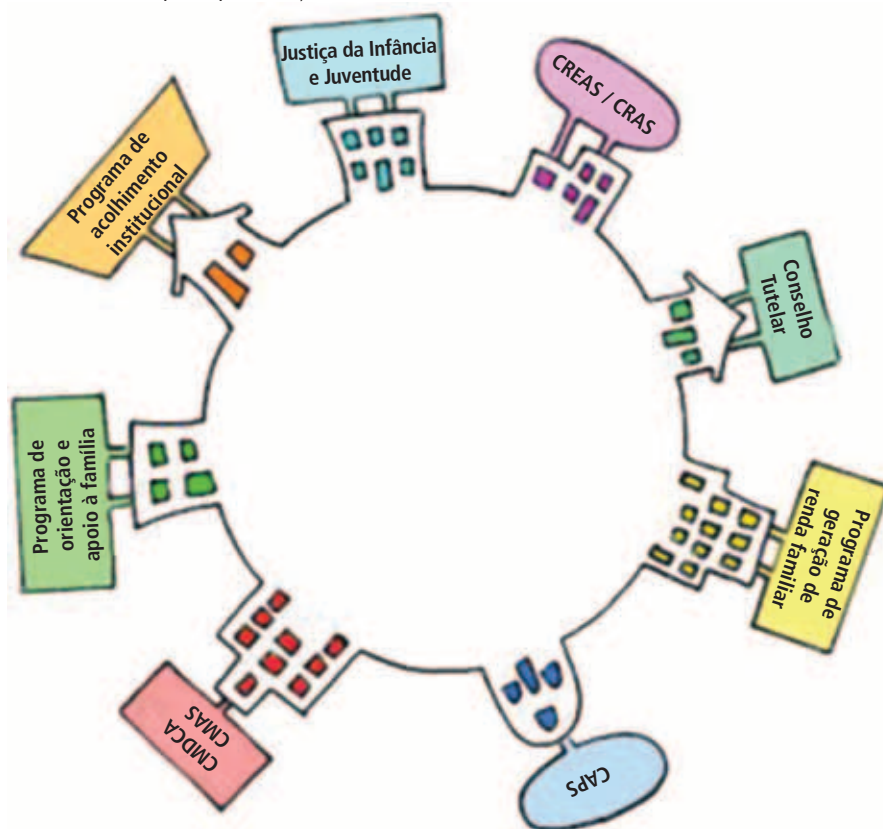


Figura 18.1: Entidades de acolhimento e Justiça da Infância e da Juventude articuladas a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente e integrados a Política Municipal de garantias do Direito à Convivência Familiar

Fonte: <http://www.crianca.caop.mp.pr.gov.br>

Esta figura representa todos os serviços que devem estar presentes na rede socioassistencial.

18.1 Mas, afinal o que é uma rede socioassistencial?

Souza (2005) destaca que o plano nacional de atendimento à família permeia os diversos arranjos familiares, constituídos no cotidiano para dar conta da sobrevivência, do cuidado e da socialização de crianças e adolescentes, pode ser caracterizado como “rede social de apoio”, para diferenciá-la de “família” e de “família extensão” ressaltando neste caso a diferenciação de papéis e de obrigações.

Nas últimas décadas o potencial do trabalho em rede tem alcançado maior abrangência, com caráter multidisciplinar orientado por um conjunto de atores de diversas instituições com o mesmo foco temático voltado ao atendimento à família.

O contexto, no qual nasce essa nova forma de trabalho, é o período pós-Constituição de 1988, no qual a assistência social foi elevada à condição de política pública e regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS: os municípios têm o grande desafio de buscar a efetiva operacionalização das políticas públicas voltadas para a infância conforme estabelecidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Hoje, o movimento social, além de reconhecer o potencial do trabalho em rede, reivindica sua implantação o mais rapidamente possível. A rede potencializa a atuação mais abrangente e multidisciplinar de um conjunto de atores de diversas instituições que tem o mesmo foco temático na consecução da política de atendimento aos direitos da criança e do adolescente.

Nesse sentido, utiliza-se o termo de REDE como conceito que nos permite compartilhar objetivos, obtendo as interações necessárias com outras instâncias institucionais e construindo, assim, vínculos horizontais de interdependência e complementaridade. Isso muda a percepção das instituições como órgãos centrais e hierárquicos e, dessa forma, permite-nos compartilhar responsabilidades e reivindicações por meios objetivos e compromissos comuns.

18.2 Como ocorre a consolidação de um trabalho em rede

Para um efetivo trabalho de rede, pressupõem-se a construção de algumas condições básicas:

- Integração de diversas políticas.
- Articulação de ações governamentais e não governamentais existentes no município que por sua vez devem trocar informações necessárias e socializar metodologias e conhecimentos acumulados, ter complementariedade para evitar a sobreposição e a dispersão de recursos;
- Introdução de mecanismos de acompanhamento e avaliação, importantes para monitorar a política implementada como também a qualidade do serviço.
- Mobilização da sociedade para participar na política do atendimento, organizando-se para ter instrumentos de controle social compartilhado e planejado.

Entre os problemas acarretados por falta de rede, destaca-se:

- A inexistência de uma rede social interligada de atendimento e o isolamento dos programas sociais e dos diversos atores institucionais torna ineficaz e ineficiente o serviço de apoio às famílias, ocasionando muitas vezes a ruptura de vínculos familiares.

No dizer de Carvalho (1999, p. 156):

É pela ação articulada do poder público e das organizações não governamentais que a família poderá desempenhar bem o seu papel, propiciando a felicidade de cada um de seus membros. Daí a importância da inclusão da família nas atenções dos administradores do Município.

Conclui-se que as redes sociais se apresentam como formas de organização pautada pela **ética, com estrutura horizontal, orgânica e autônoma**, na qual a participação é incentivada, a diversidade é valorizada e o protagonismo é desenvolvido.



<http://www.youtube.com/watch?v=A2QoLAVOPqQ>

Este vídeo apresenta o processo histórico do trabalho da rede socioassistencial. A teleconferência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) discutindo a Rede Socioassistencial Privada do Sistema Único de Assistência Social - SUAS.

Algumas atitudes em relação à família no que tange ao envolvimento na rede socioassistencial torna-se premissa para fomentar o protagonismo social.

Resumo

Nesta aula discutimos a necessidade de mobilização de setores públicos e privados no que tange ao atendimento à família, visto que permeiam os diversos arranjos e atores sociais. Verificou-se que a caracterização dessa rede social de apoio à família deve considerar as novas configurações familiares ressaltando neste caso a diferenciação de papéis e de obrigações.



Atividades de aprendizagem

1. Discuta como o trabalho socioassistencial em rede pode contribuir para que as políticas públicas se tornem canais efetivos de participação das famílias.

Aula 19 – Dependência química: Definições e Diagnóstico inicial

Olá! Nesta aula abordaremos algumas definições relativas ao uso nocivo das substâncias psicoativas, os critérios utilizados para avaliação inicial e as características dos estágios motivacionais.

Para aprofundamento deste tema, aconselho que você leia os links sugeridos durante as aulas. Vamos nessa!

Inicialmente ressalta-se que os aspectos gerais no tratamento da dependência envolvem abordagens interdisciplinares, tendo em vista que diversas áreas são afetadas, sejam nos aspectos físicos, psicológicos ou sociais.

Segundo Figlie, Bordin e Laranjeira (2004 p. 5), o USO pode ser caracterizado como "qualquer consumo de substâncias, seja usado para experimentar, esporádico ou episódico". Enquanto o abuso ou uso nocivo pode ser considerado como o consumo associado a algum prejuízo biológico, psíquico ou social. Neste caso, a DEPENDÊNCIA é caracterizada como o consumo sem controle, geralmente associado a problemas sérios para o usuário em diferentes graus a partir da modalidade do uso.

Para a Organização Mundial da Saúde OMS (2010), o uso nocivo pode ser definido como um padrão de uso de substâncias psicoativas que está causando dano à saúde, podendo ser esse de natureza física ou mental. No entanto, a presença da síndrome de abstinência ou de transtornos mentais relacionados ao consumo, como demência alcoólica, exclui esse diagnóstico.

Ou seja, os problemas relacionados ao uso nocivo de substâncias psicoativas requerem a estruturação de serviços de tratamentos que atendam às necessidades que provocaram danos a saúde, sejam elas de natureza física ou mental.

19.1 A organização dos serviços de tratamento de saúde

Segundo Ribeiro (2004), a organização de um serviço começa pela clarificação da estrutura disponível, a partir disto definem-se os critérios terapêuticos. Devendo-se considerar as necessidades dos indivíduos, as características do

local do consumo de substâncias psicoativas e o perfil sociodemográfico da população atingida, conjuntamente com a interrogação sobre qual modalidade de atendimento acolheria da melhor maneira as necessidades desse público; a eficácia das tentativas de tratamento anteriores; a existência de serviços de apoio na região e o nível de capacitação e entrosamento da equipe.

Esses dados podem ser obtidos por meio de levantamentos epidemiológicos oficiais, elaboração de bancos de dados do serviço, estudos de seguimento com grupos de pacientes, estudos qualitativos com representantes - chave da população local ou com pacientes do serviço, aplicação de escalas de satisfação do pacientes, entre outros (RIBEIRO, 2004 p.26).



Sugiro que você leia o artigo "Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool" publicado pela Revista Brasileira de Psiquiatria - 2004 - disponível em nossa sala virtual.

Ou seja, a organização de serviços para o tratamento da dependência deve ter início por meio da determinação da estrutura interna institucional, considerando sua relação com a rede socioassistencial local. No entanto, sem um bom critério do diagnóstico inicial deste usuário a efetividade do tratamento ficará comprometida.

19.2 Critérios do diagnóstico inicial

Considerando que a dependência é uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância psicotrópica, a avaliação inicial começa pela identificação dos sinais e sintomas que caracterizam tal situação.

Segundo o FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRAS, R (2004), em relação ao tratamento deve-se considerar que em geral comportam intervenções medicamentosas de suporte: sintomáticas e tratamento das comorbidades psiquiátricas e complicações clínicas.

Desse modo, determinar as expectativas em relação ao tratamento e o estágio motivacional faz parte da avaliação inicial e são importantes para dar assertividade no encaminhamento para tratamento terapêutico.

Qualquer avaliação inicial tem como objetivo coletar dados do indivíduo para o planejamento do seu cuidado. Além das queixas ou alterações do estado de saúde do indivíduo, a avaliação inicial investiga também sua condição social e econômica.

A figura abaixo descreve informações importantes a serem observadas para melhor adequação aos programas.

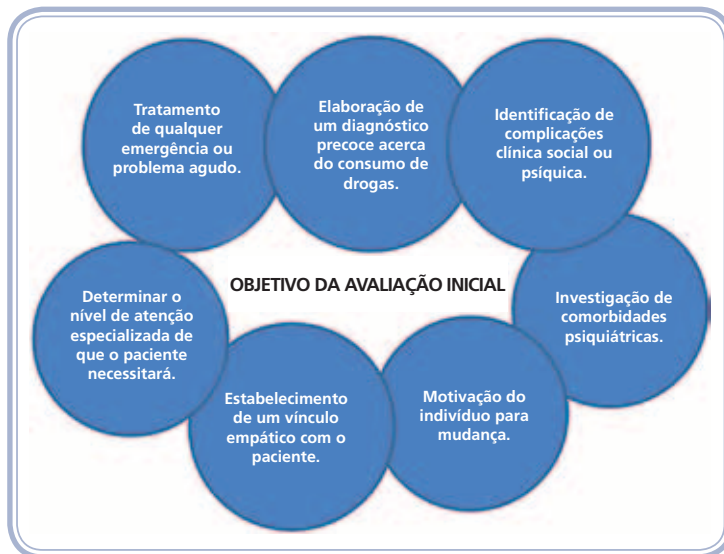


Figura 19.1: Objetivos da Avaliação inicial

Fonte: Marques e Ribeiro, 2008.

Disponível em <http://www.projetodiretrizes.org.br/>

Desse modo, a determinação das expectativas em relação ao tratamento e o estágio motivacional, só poderão ser efetivamente consolidados quando os estágios de mudança estiverem evidentes para o usuário e equipe envolvida.

Ou seja, a definição de um diagnóstico inicial conciso passa pela definição de uma avaliação inicial. Segundo FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRAS, R (2004), esta avaliação começa por uma anamnese clínica geral. Em seguida, uma anamnese mais específica, mesmo que breve, deve investigar o consumo de álcool e drogas. Alguns sinais e sintomas, se investigados, podem indicar a presença de complicações do consumo. Auxiliam, assim, na determinação da gravidade do consumo. Após a anamnese geral e específica, processa-se o exame físico. Devem-se observar alguns sinais mais comuns do uso de álcool e drogas.

Os critérios de avaliação inicial independem do ambiente terapêutico que o usuário irá participar do tratamento e ainda da composição da equipe profissional que irá acompanhar o paciente.

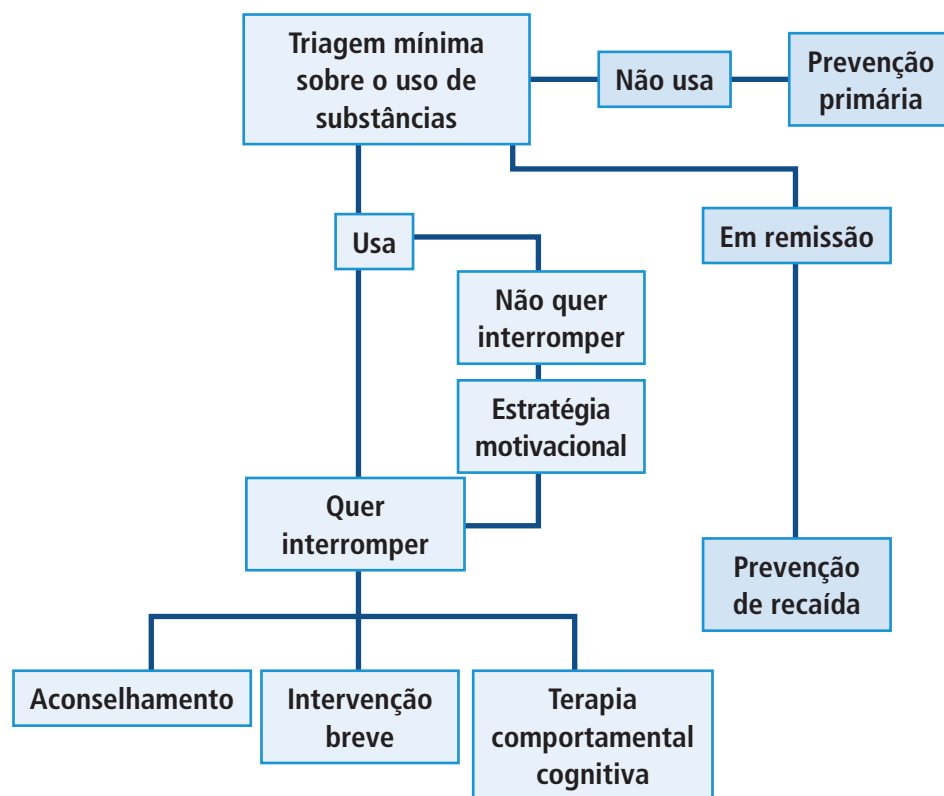


Figura 19.2: Critérios para avaliação inicial

Fonte: GAGLIARDI & RAFFIN, 2008.

Disponível em http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/001.pdf

Observando esta figura, destacamos que, após uma triagem para diagnosticar o uso de substâncias, é possível encaminhar o dependente motivado para aconselhamento, intervenção breve ou para uma terapia. Ou seja, o ambiente terapêutico é determinante para definir que tipo de tratamento será definido no processo de intervenção. Segundo Edwards (et al, 1999) existe uma diversidade de ambientes terapêuticos, entre eles: a rede primária de atendimento à saúde, as unidades comunitárias de álcool e drogas, as unidades ambulatorial especializadas; as comunidades terapêuticas; os grupos de auto ajuda; os hospitais gerais; os hospitais dia; as moradias assistidas; o sistema judiciário e os serviços de aconselhamento na comunidade .



Saiba mais – Abordagem Geral do Usuário de Substâncias com Potencial de Abuso – disponível em <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/001.pdf>

Segundo Marques e Ribeiro (2008) o diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos requisitos abaixo tenham sido experimentados ou exibidos em algum momento durante o ano anterior:

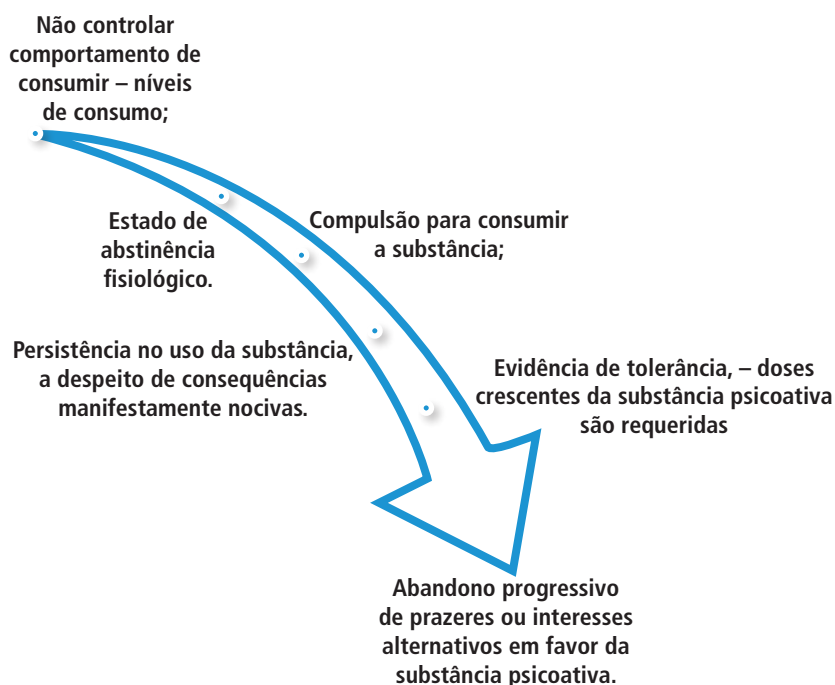


Figura 19.3: Requisitos para diagnóstico definitivo de dependência psicoativa

Fonte: Marques e Ribeiro, 2008. Disponível em:
http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/001.pdf

Deve-se ter claro que todo critério diagnóstico possui níveis de gravidade. Portanto, os critérios diagnósticos de dependência possuem níveis de gravidade distintos para cada caso. Importa salientar que após identificar a presença destes critérios no padrão de consumo de um indivíduo, o segundo passo é determinar sua gravidade. Estes critérios certamente são realizados por médicos especializados. Resta-nos entender que essa análise é fundamental para individualizar o diagnóstico e coletar subsídios para o planejamento do atendimento.

Resumo

Nesta aula verificamos que a definição de um bom diagnóstico inicial, auxilia a equipe profissional que poderá indicar ao usuário quais são os melhores serviços terapêuticos, entre eles a rede primária de atendimento à saúde, as unidades comunitárias de álcool e drogas, as unidades ambulatorial especializadas; as comunidades terapêuticas; os grupos de autoajuda; os hospitais gerais; os hospitais dia; as moradias assistidas; o sistema judiciário e os serviços de aconselhamento na comunidade. E em que estágio motivacional o usuário se encontra para aderir ao tratamento. Ou seja, um bom diagnóstico inicial orienta, refina e aperfeiçoa a proposta terapêutica.



<http://www.youtube.com/watch?v=JKhWqNOIX3Y>.
 Este vídeo apresenta uma matéria da Tv Verdes Mares/ GLOBO sobre o Projeto Terapia do Som de musicalização de ambientes terapêuticos (CAPS, Hospitais), realizado pela ONG Instituto Atos, no município de Araripe - Ceará – Brasil

Aula 20 – Modalidades de tratamento e abordagens terapêuticas

Olá! Nesta aula abordaremos alguns critérios utilizados para o internamento, falaremos também sobre as modalidades de abordagens terapêuticas mais utilizadas no tratamento.

Veremos nesta aula que o tratamento pode ser realizado de muitas maneiras. E que a internamento é uma das opções de tratamento.

2.1 O processo de internação

A internação é parte do tratamento e não é a única estratégia de tratamento. Porém, é a mais utilizada, sobretudo quando o dependente apresenta sintomas de abstinência muito intensos, ou quando quadros psiquiátricos são desencadeados pelo uso excessivo de drogas.

Entretanto, não são todas as pessoas que necessitam de internações. O tratamento deve ser individualizado, ou seja, ele deve ser projetado de acordo com as necessidades do paciente e da família.

No quadro 2 apresentamos os tipos de modalidade de internação que podem ser utilizadas.

Quadro 20.1: Modalidades de tratamento ambulatorial

Ambulatorial	É o tipo mais acessível de tratamento, não só pelo seu menor custo, como pelas "vantagens" que ele apresenta. Ao contrário do que se imagina, o tratamento ambulatorial é mais efetivo do que a internação, pois procura tratar a pessoa sem tirá-la do ambiente no qual ela vive e nem afastá-la das tarefas do dia a dia. Também é possível desenvolver com o paciente um tipo de atendimento mais longo que inclua reinserção social, prevenção de recaída, etc.
Internação hospitalar	Reservada aos casos mais graves, que demandam cuidados intensivos. A internação é feita quando o profissional, que orienta o atendimento, percebe que a pessoa corre risco de morte, quando a própria pessoa prefere ser internada para se submeter ao tratamento, quando as tentativas ambulatoriais falharam, quando o jovem não tem uma rede de apoio familiar e social que o ajudará a ficar sem a droga.
Internação Domiciliar	Este é um recurso utilizado pelos terapeutas para evitar a internação hospitalar. O jovem deve ter um bom suporte social e familiar e concordar com a internação. Neste período ele fica dentro de sua própria casa, sem sair. Não vai à escola ou ao trabalho e as tarefas fora do lar devem ser realizadas por outra pessoa. Não deve ter contato com usuários de drogas.

Fonte: Laranjeira (2001).

Há convergência entre os autores para o fato de que na esfera do tratamento, da recuperação e da reinserção social existe a necessidade da ampliação do acesso às diversas modalidades de tratamento, recuperação e reinserção social de usuários, dependentes e suas famílias, com investimento técnico de forma descentralizada.

Segundo Maluf (2002), a lei federal 10.216 de 2001 permite o internamento compulsório, voluntário ou involuntário quando o dependente coloca a sua vida em risco ou oferece risco para outras pessoas.

O artigo 6º parágrafo único, define os critérios de internação psiquiátrica:

- I. internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II. internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro;
- III. internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. (Lei nº10.216)

De acordo com esta lei no tratamento para dependentes químicos, o médico responsável pelo internamento involuntário deve comunicar o Ministério Público sobre o procedimento no prazo de 72 horas, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

A essência das justificativas de uma internação involuntária está na perda da autonomia do indivíduo, decorrente de sua doença mental, que o impede de compreender e entender o caráter desadaptativo de seu estado. Quadros psicóticos graves, cursando com delírios e alucinações e casos de depressão com risco de suicídio ilustram bem essa condição. Há ainda outros quadros psiquiátricos que, mesmo não apresentando desorganização das funções psíquicas como a consciência e o pensamento, muitas vezes demandam internação contra a vontade do paciente, como nos transtornos alimentares. (SERAFIN, 2009p. 36)



Acesse a lei 10.216/2001 no seguinte endereço http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm>

Segundo Maluf (*et all*, 2002), alguns fatores que colocam a vida em risco e que exigem internamento podem ser caracterizados por algumas situações citadas a seguir:

- a) Ambiente familiar desestruturado: onde a violência e o desrespeito são comuns e frequentes, por exemplo.
- b) Acompanhamento parental ineficiente: os pais têm pouco interesse nas atividades desenvolvidas pelos seus filhos, não conhecem os amigos nem o desempenho escolar deles.
- c) Falta de vínculos afetivos: dificuldade para o diálogo e expressão dos afetos e da emoção.
- d) Comportamento inapropriado e agressivo em sala de aula: esses são indicativos de dificuldade de adaptação, de relacionamento saudável com os colegas e de tolerar a frustração.
- e) Desempenho escolar ruim: tal fato pode ser resultado de uma baixa autoestima, gerando mal-estar e angústia.
- f) Dificuldade para resistir à oferta de drogas: devido a uma personalidade insegura e mais suscetível a pressão do grupo.
- g) Qualidade de vida deficiente: quando tudo é oferecido, ausência do sentimento de conquista e de realização. Disponibilidade de drogas: ter facilidade de acesso às drogas também aumenta as possibilidades de uso. Não é uma mera coincidência o fato de o álcool ser a droga mais consumida do mundo.

Quando o usuário frequenta o tratamento ambulatorial ou uma das modalidades de internação ele deve participar também de intervenções terapêuticas, seja por intermédio do tratamento psicológico, pelo uso de medicamentos, fazendo parte de grupos de autoajuda ou ainda baseada em sua crença religiosa, conforme a descrição do quadro 20.2.

Quadro 20.2: Modalidades de intervenção terapêutica

Psicológica	O tratamento psicológico pode auxiliar e/ou complementar o tratamento psiquiátrico/medicamentoso e/ou funcionar como suporte motivacional e auxiliar na manutenção da abstinência. Muitas linhas psicológicas consideram a família do paciente um componente importante do tratamento e por isso o seu envolvimento é bastante frequente. A necessidade de um tratamento psiquiátrico deve ser avaliada na primeira consulta do paciente. Existe muito preconceito em relação ao tratamento psiquiátrico que é, muitas vezes, associado ao tratamento de doentes mentais.
Medicamentosa	Geralmente o médico vai utilizar-se de medicamento se houver alguma doença associada, por exemplo, déficit de atenção e hiperatividade, depressão, ansiedade, dentre outras.
Grupos de autoajuda	Os grupos de autoajuda são grupos organizados por ex-dependentes e têm como base a troca de experiências, o aconselhamento e a religião. Os grupos de autoajuda não seguem nenhuma teoria específica, mas são extremamente eficientes, pois lidam com relatos de experiências vividas por outros dependentes que, desta forma, percebem o seu problema de outra maneira. Existem diferentes tipos de grupos de acordo com a dependência. Os A.A (Alcoólicos Anônimos) destinam-se a alcoólicos, os N.A. (Narcóticos Anônimos) são para dependentes químicos, o Amor exigente e ALANON são para familiares de dependentes.
Religiosa	A crença religiosa é muito importante no tratamento de dependências. Ela deve ser respeitada e valorizada pelos pais, mesmo que esteja em desacordo com as suas próprias crenças, pois funcionam como base de orientação para a abstinência e para o tratamento. Muitas vezes, os dependentes não fazem nenhum tipo específico de tratamento e apenas a religião ou a fé em alguma crença garante a sua abstinência.

Fonte: Laranjeira (2001)

Resumo

Nesta aula verificamos que embora existam uma diversidade de modalidades de tratamento para a dependência química, no desenvolvimento de processos de internamento deve-se considerar a complexidade envolvida e o fato de que os sintomas da dependência não diferem em grande escala de pessoa para pessoa, mas a motivação para a mudança se apresenta individualmente.



Atividade de aprendizagem

1. A internação é uma das estratégias de tratamento de dependentes químicos; diferencie as diversas modalidades de internação e, a seguir, aponte pontos positivos e negativos de cada uma segundo sua opinião.

2. Além da internação outras estratégias podem ser adotadas no tratamento de dependentes químicos, quais são elas?

Anotações



Aula 21 – A inserção da família junto ao processo de tratamento da dependência química

Olá! Nesta aula veremos que a família do dependente, necessita de orientação para compreensão e fortalecimento para lidar com a dependência.

Veremos que a família deve ser orientada e preparada no sentido de proporcionar às crianças e adolescentes um ambiente adequado para seu crescimento.

21.1 A inserção das famílias no processo de tratamento

Sabe-se que é necessário um conjunto de medidas para ofertar políticas públicas que possam garantir às famílias um desenvolvimento satisfatório de sua dinâmica interna.

Para Mioto (2000), a inserção da família no processo de intervenção social perpassa por duas abordagens, a primeira de caráter preventivo e a segunda em que a família apresenta situações sintomáticas.

Famílias que vivenciam dificuldades impostas pelo contexto social pelos acontecimentos próprios do curso de vida ou pelas situações advindas de demandas individuais dos seus membros devem ter um caráter prioritariamente preventivo, à medida que o seu objetivo é dar sustentabilidade ao processo de reorganização das famílias. Já quando a família apresenta situações sintomáticas, sinais de sofrimento frente aos desafios cotidianos, manifestados em seus membros quando apresentam dependências químicas, alcoolismo, doenças mentais entre outras – codependência, as relações familiares entre seus membros com a sociedade tornam-se destrutivas (MIOTO, 2000 p. 34)

Esta constatação vem ao encontro com a reflexão de Liberati (2002, p. 128) que afirma:

Como núcleo [...] principal da sociedade, a família deve receber imprescindível tratamento tutelar para proteger sua constituição, pois é no lar que a criança ou o adolescente irá receber a melhor preparação para

vida adulta. À evidência, se os pais não forem orientados e preparados, serão poucas as possibilidades de se proporcionar às crianças e adolescentes um ambiente adequado para seu crescimento normal.

Julga-se nesta reflexão que o trabalho sócio educativo considera a família como portadora de potencialidades e possibilidades, que em alguns casos não reconhecem estas potencialidades, por vivenciarem situações conflituosas e de sofrimento.

Uma das questões pertinentes é interrogar se está presente na família a reflexão sobre suas necessidades afetivas e sociais em relação à presença do usuário no campo familiar. Sabe-se que as metodologias de trabalho com famílias, devem ultrapassar a intervenção como receita de quais seriam suas necessidades e problemas e quais os caminhos de resolutividade.

Desta forma, somente um movimento interno, a partir da realidade e condição reais da família, entrando em contato com suas efetivas necessidades para que assim haja significado para ela qualquer movimento que vise atendê-las.

Portanto, conhecer a realidade familiar, pessoal, social e o histórico de vida do paciente torna possível estabelecer uma aproximação efetiva no processo de prestação de serviço a respeito do comportamento previsto ou imprevisto do paciente, bem como no processo de adaptação institucional e social.

21.2 O pedido de ajuda familiar

De acordo com Bezerra e Linhares (apud citado por Saporì e Medeiros, 2010 p.23) “para uma família pedir ajuda a um profissional no caso da dependência já demonstra muita coragem”. Este reconhecimento deve-se ao fato de que o uso de drogas é mal visto, estigmatizado, considerado falta de vergonha e de caráter e denigre tanto o indivíduo quanto a família e ainda porque existe um processo de criminalização do uso de algumas drogas, o que faz com que o pedido de ajuda transforme-se em uma denúncia.

Outro fator importante, no contexto familiar, é perceber que em alguns casos, o sofrimento ou o adoecimento de algum parente do dependente abre a possibilidade de conscientização por parte do usuário que busca algum tratamento. Esse fato torna-se um estímulo para o dependente retomar o

laço familiar. A busca pelo tratamento se torna mais forte, principalmente em virtude do apoio familiar.

Alguns fatores de risco que envolve a família:

pais dependentes; permissividade dos pais, tabaco e outras drogas; falta de disciplina dos pais, padrões de comunicação negativos; conflitos da família; estresse ou disfunção causados por trauma de morte; divórcio; prisão dos pais, baixa renda; falta de rituais familiares. (FIGLIE, 2004 p. 26)

A partir do conhecimento desses fatores que podem proteger ou expor os familiares diante do que se pretende prevenir, torna-se então, necessário planejar os programas de prevenção de modo a fortalecer a família.

21.3 A participação da família durante o tempo de internamento

As visitas aos pacientes internados exigem normalmente que seja realizada a verificação dos pertences trazidos e acompanha as famílias no período da mesma. Os autores Figue, Bordin e Laranjeira (2004, p. 340), a respeito do trabalho com famílias nos trazem:

No que se refere à dependência química, o pressuposto básico preconiza as pessoas que usam drogas estão dentro de um contexto no qual seus valores, crenças, emoções e comportamentos influenciam os comportamentos dos membros da família e são por eles influenciados. Por isso, o meio familiar pode ser compreendido como cenário direto do enfoque terapêutico.

O trabalho com famílias deve partir do reconhecimento das necessidades, inseguranças, potencialidades das famílias atendidas. No decorrer do processo, elas adquirem informação, desenvolvem autoestima, autonomia, constroem vínculos sociais e projetos coletivos.

Finalmente, os problemas ligados à dependência química são complexos e exigem a articulação de vários saberes. As práticas e as organizações estão conectadas a fim de promover uma transformação na família e sociedade.

Aula 22 – Crack – A droga do século

O crack tem sido considerado a droga do século XXI, por ser relativamente de baixo custo e de fácil aquisição.

Nesta aula vamos reforçar a importância da família no tratamento do usuário.

22.1 Crack o perfil dos usuários

A dependência química atinge todas as classes sociais é importante salientar que, com isso, aumenta as consequências da doença no âmbito familiar, no campo do trabalho, na sociedade. Segundo Ribeiro (2010), a epidemia que mais preocupa as famílias na atualidade é o uso do crack. A estimativa da OMS (2010), para o Brasil é que existam 3% de usuários, o que implicaria em 6 (seis) milhões de brasileiros.

A questão do uso e abuso de drogas no Brasil segue aumentando em faixas etárias cada vez mais precoces em todos os segmentos sociais e camadas populacionais; porém, nas classes marginalizadas, além das perdas em termos econômicos e do prejuízo em termos de cidadania, configura-se um drama de degradação e exclusão que merece um olhar e uma abordagem cuidadosa. (CONTE, 2001, p. 114)

O Ministério da Saúde trabalha com a estimativa de dois milhões de usuários e estudo da Unifesp patrocinado pela SENAD (2010), demonstra que um terço dos usuários encontram a cura, outro terço mantém o uso e outro terço morre, sendo que em 85% dos casos relacionados à violência.



Figura 22.1: A família e o uso do crack

Fonte: <http://dfps.files.wordpress.com>

Essa figura retrata o quanto a dependência afasta o usuário daqueles que a quem mais ama seus filhos, esposas, etc. Como a família pode ajudar? É fundamental que a família compreenda suas dificuldades geradas pelo uso abusivo e ofereça apoio para que o usuário encontre sentido em reintegrar-se em sua vida social.

A figura abaixo descreve a organização prevista no protocolo de assistência a usuários e dependentes de crack. O documento, chamado Diretrizes Gerais Médicas para Assistência Integral ao Usuário do Crack, aponta as formas de tratamento e intervenção.

Desenho da Rede de Saúde SUS

Cuidados para pessoas que usam crack

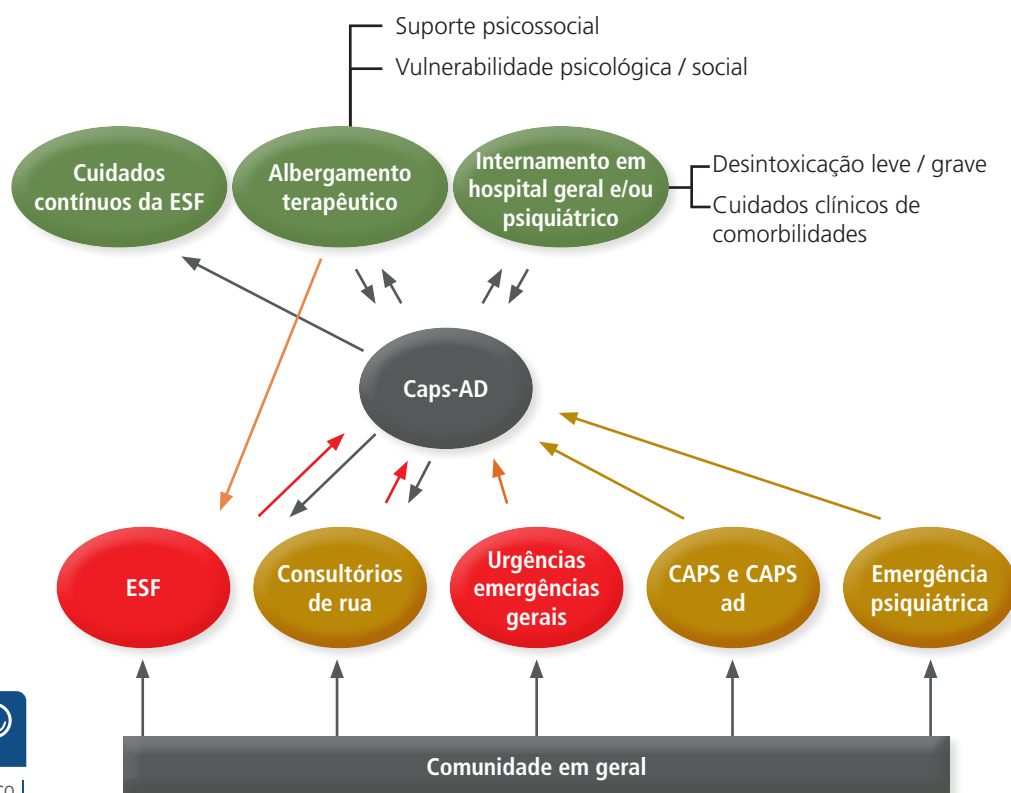


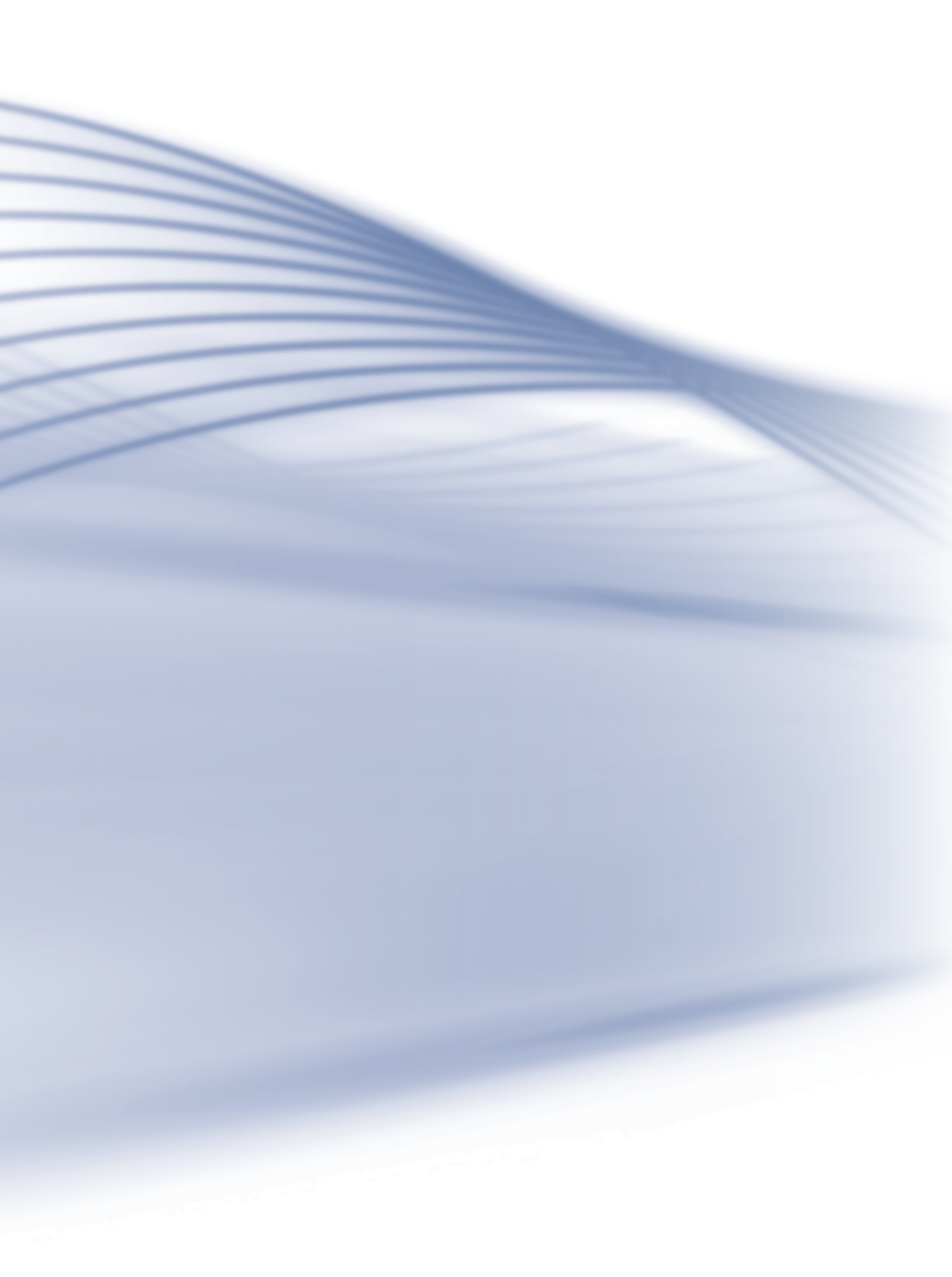
Figura 22.2: Fluxograma de encaminhamento de usuários do crack

Fonte: CFM, 2010

Em relação ao perfil do usuário, segundo Saporì e Medeiros (2010 p. 26), “não existe um perfil social característico do usuário do crack”. É uma droga consumida por jovens e adultos, envolvendo em certas situações crianças e idosos, e atinge homens e mulheres. Em termos socioeconômicos, os segmentos mais pobres residentes nas periferias dos grandes centros urbanos brasileiros destacam-se como principal clientela do crack.



A entrevista com o médico Ricardo Paiva, coordenador de um projeto que elaborou as diretrizes sobre assistência integral ao crack no Conselho Federal de Medicina completa está no site da VEJA no Link: <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/o-crack-e-uma-epidemia-no-brasil-mas-o-governo-nao-entende-assim-diz-coordenador-do-cfm>
Para acessar a cartilha do crack – acesse – <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/cartilhacrack2.pdf>



Aula 23 – A dependência do indivíduo e da família

Olá! Nesta aula falaremos de algo muito significativo no âmbito familiar. A codependência e algumas modalidades assumidas pelas famílias no trato da dependência química.

Veremos como são caracterizados alguns sistemas familiares.

23.1 A família e a codependência

Conforme Payá e Figlie (2004), em 1981 foi introduzido o conceito de codependência por Wegscheider, caracterizando-o como uma obsessão familiar sobre o comportamento do dependente; Schaef (1986) descreve a codependência como doença que cresce no meio relacional em que a pessoa está inserida. Wegscheider-Cruse (1985) descreve que a codependência combina elementos comportamentais e intrapsíquicos, descrevendo-as como condição específica, caracterizada por preocupação e dependências extremas a uma pessoa ou coisa.

A codependência é a forma como a doença afeta os outros membros da família (BEATTIE, 2000). Em alguns casos, quando as famílias conseguem refletir suas questões comuns ao grupo, elas podem observar sua própria realidade refletida no outro, e desta forma ocupar um lugar de observação novo e revelador. A codependência ocorre quando alguns familiares se dedicam, de forma desequilibrada, a parentes com problemas de dependência, seja ela de qual natureza for: alcoolismo, distúrbio compulsivo, física ou psicológica, unificada como dependência de drogas.

Devido ao envolvimento de toda a família nos problemas do dependente ou alcoolista, considera-se que o alcoolismo ou o uso nocivo de drogas é uma doença que afeta não apenas o dependente, mas também a família (BALLONE, 2006).



Figura 23.1: Codependência emocional

Fonte: <http://www.portalangels.com>

Esta imagem demonstra a incapacidade do indivíduo de estabelecer limites saudáveis, o codependente perde sua identidade e busca no outro amor, aprovação e reconhecimento para compensar a falta de amor próprio.

Nesse sentido, construir novas concepções e novos significados para si mesmos, potencializa as condições de mudança e de transformação, que se refletirão efetivamente em superação de vulnerabilidade social e familiar.

No entanto, tratar apenas o dependente não é o suficiente, seus familiares também devem participar de maneira efetiva dos tratamentos destinados a manter o paciente em abstinência. Os chamados codependentes merecem atenção especial já que as consequências negativas geradas pelo uso de drogas atinge de forma igual pacientes e seus familiares.

Pelo fato de serem coresponsáveis pela formação dos indivíduos, a família está diretamente implicada no desenvolvimento saudável ou adoecido de seus membros.

23.2 Compreendendo a codependência

Parte-se do princípio de que a família e a pessoa dependente têm uma doença. A codependência existe indiferentemente da existência de dependentes químicos na família, podendo ser vista como uma doença de relacionamentos, em que um dos membros pode ser quimicamente dependente, Figlie (2004).

Laranjeira (*et al* 2010), discute que existem algumas teorias de modelos familiares utilizados no campo de estudo do uso de álcool e drogas. Podemos citar os modelos familiares sistêmico, comportamental e biopsicossocial.

Vejamos:

Modelo Familiar Sistêmico

Entende o fenômeno da dependência química como um sintoma da disfunção familiar, sintoma este que expressa um conjunto de comportamentos desajustados.

A família é vista como um sistema que se mantém em equilíbrio por meio de regras do funcionamento familiar.

Modelo Familiar Comportamental

O princípio básico diz que os comportamentos, incluindo o uso de drogas/álcool, são aprendidos se mantidos por meio de reforços positivos e negativos, os quais podem ser provenientes das interações familiares.

O foco está na mudança das interações conjugais/familiares, que servem de estímulo, melhorando a comunicação e as habilidades de solucionar problemas.

Modelo familiar Biopsicossocial

Esse modelo tenta integrar as contribuições dos modelos anteriores numa teoria unificada.

O componente biológico isolado não explica a complexidade do fenômeno. Fatores psicológicos, sociais, culturais e espirituais desempenham um importante papel na causa, no curso e nos resultados do transtorno.

Apesar de cada um deles ter características distintas, a maioria dos Centros de Tratamento usa esses modelos emprestando elementos de cada um deles.

23.3 O Codependente e suas limitações

De acordo com os parâmetros da codependentes Anônimos (CODABRASIL) para identificar a codependência existem algumas perguntas que caracterizam os possíveis padrões de codependência. Dentre elas:

Eu Sou Codependente?		
Você se sente responsável por outra pessoa?	Seus sentimentos, pensamentos, necessidades, ações, escolhas, vontades, bem-estar e destino?	Você sente ansiedade, pena e culpa quando outras pessoas têm problemas?
Você se flagra constantemente dizendo "sim" quando quer dizer "não"?	Você vive tentando agradar aos outros ao invés de agradar a si mesmo?	Você vive tentando provar aos outros que é bom o suficiente? Você tem medo de errar?
Você vive buscando desesperadamente amor e aprovação? Você sente-se inadequado?	Você tolera abuso para não perder o amor de outras pessoas?	Você sente vergonha da sua própria vida?
Você tem a tendência de repetir relacionamentos destrutivos?	Você se sente aprisionado em um relacionamento? Você tem medo de ficar só?	Você tem medo de expressar suas emoções de maneira aberta, honesta e apropriada?
Você acredita que se assim o fizer ninguém vai amá-lo?	O que você sente sobre mudar o seu comportamento? O que te impede de mudar?	Você ignora os seus problemas ou finge que as circunstâncias não são tão ruins?
Você vive ajudando as pessoas a viverem? Acredita que elas não sabem viver sem você?	Tenta controlar eventos, situações e pessoas através da culpa, coação, ameaça, manipulação e conselhos, assegurando assim que as coisas aconteçam da maneira que você acha correta?	Você procura manter-se ocupado para não entrar em contato com a realidade?
Você sente que precisa fazer alguma coisa para se sentir aceito e amado pelos outros?	Você tem dificuldade de identificar o que sente? Tem medo de entrar em contato com seus sentimentos como raiva, solidão e vergonha.	

Fonte: Disponível em <http://www.codabrasil.org/diag1.htm>



Certamente você já ouviu falar no Codependentes Anônimos. Então, é uma Irmandade de homens e mulheres cujo propósito comum é aprender a desenvolver relacionamentos saudáveis. Indico que acesse <http://www.codabrasil.org>, lá você encontrará informações atualizadas sobre o assunto. Indico ainda o blog "Procurando Eu!" (<http://modificaramimesma.blogspot.com.br>), que compartilha situações de vida de várias pessoas. Este Blog também irá contribuir para o aprofundamento sobre o assunto. Acesse também a página <http://psiquecienciaevida.uol.com.br/ESPS/Edicoes/29/artigo89292-1.asp> e leia "Um mal chamado codependência". Esta página apresenta informações relevantes por trás da dinâmica familiar na qual impera a figura do cuidador, pode haver um padrão traiçoeiro de relacionamento e interação, ocultando fragilidades emocionais – que relaciona a convivência familiar com a codependência.

Aula 24 – Instrumentalidade e estratégias para atuação junto a dependentes químicos

Nesta aula vamos discutir a instrumentalidade e as estratégias de atuação no processo da dependência química. Sejam elas: a entrevista, as visitas domiciliares ou na elaboração de autobiografia.

Veremos também as estratégias de atuação por meio das dinâmicas de grupo, da reunião de equipe e no trabalho socioeducativo com a família.

24.1 Técnicas de trabalho com famílias

Uma das técnicas de trabalho com famílias são as ações sócio educativas, que podem ter abordagens individuais, mas em sua maioria é efetivado em grupo através de reuniões, vídeos, passeios, seminários, oficinas, exposições e feiras de troca. O trabalho sócio educativo parte do princípio de que todas as pessoas são capazes de construir conhecimento e que são eles necessários às modificações da realidade, portanto, uma de suas exigências é que seja processual, sistemático e contínuo para que alcance o objetivo proposto, ou seja, o de reforçar as capacidades e potencialidades das famílias, resgatando sua dimensão cidadã através da dignidade.

Esse processo parte da realidade das famílias e gradativamente se constrói outras possibilidades; essas atividades podem ser excelentes mecanismos de inserção cidadã, produtiva e digna. Mas, para isso, o profissional que atua nesse âmbito deve estar imbuído da convicção de que é um facilitador nessa caminhada do ser objeto a ser sujeito, ser capaz de movimentar pessoas e processos no rumo da justiça social e, ao mesmo tempo, ser capaz de respeitar os caminhos, histórias e vidas das pessoas ajudando-as a transformar-se e transformar à sua volta, sem que para isso seja necessário violentá-las. Essa intervenção não deve se dar de maneira isolada, mas articulada com a rede local (sindicatos, movimentos sociais, associações, cooperativas, grupos terapêuticos, etc.) buscando outros recursos comunitários às famílias.

De acordo com Melo e Figlie (2004, p. 350) a importância dos grupos consiste em:

A psicoterapia de grupo tem se mostrado, ao longo do tempo, um recurso com vantagens consideráveis no tratamento da dependência química, tendo sido amplamente empregada a ponto de, às vezes, ser tida como tratamento de escolha. Sua utilização tem como base o consenso de vários especialistas, que a consideram uma intervenção valiosa, que pode ser aplicada no tratamento de diferentes substâncias como nicotina, álcool, cocaína entre outras.

O movimento dessa modalidade de psicoterapia expandiu e tende a prosperar muito na área de dependência química e saúde mental. Na verdade, grupos com participantes sofrendo da mesma condição facilitam a identificação, a revelação de particularidades e intimidades, oferecendo apoio ao semelhante, o desenvolvimento de objetivo comum e a resolução das dificuldades e dos desafios que se assemelham, representado pela figura abaixo.



Figura 24.1 Dinâmicas de grupo

Fonte: <http://4.bp.blogspot.com>

As dinâmicas de grupo focalizam assuntos relacionados à dependência química, por exemplo: os prejuízos trazidos pelo uso das drogas e abordam aspectos motivacionais e prevenção de recaída. Os grupos podem ser abertos – quando recebem um novo integrante a qualquer momento assim como a saída de alguém por alta ou desistência – ou fechados – quando o grupo não permite a entrada de outros participantes.

Para Braghirolli (1999), o comportamento e a formação dos grupos, carecem do questionamento sobre a necessidade de motivar a seguinte indagação: “Por que as pessoas se reúnem em grupos?”. Pesquisas demonstram que o ser humano nasce com necessidades sociais e que a participação nos grupos tem intenção de satisfazê-las.

Normalmente nas modalidades relativas ao tratamento do dependente químico, ocorre pelo menos uma vez na semana a reunião com toda equipe técnica. O conteúdo dessas reuniões relaciona assuntos ligados ao tratamento e evolução dos pacientes.



Figura 24.2: Reunião de grupo

Fonte: <http://www.pibprimavera.com>

Esta figura destaca a importância das reuniões de equipe para analisar o andamento dos serviços e para condução de processos de trabalho com intervenção nas áreas humana e social.

Conclui-se que a estrutura de eventos regulares, torna-se importante para criar dispositivos grupais e institucionais que estimulem a disponibilidade para analisar e quebrar as defesas corporativas, em que cada profissional possa reconhecer e expor as fragilidades, parcialidades e limites de sua abordagem. Fortalece a trocar informações, aprender com a experiência do outro, refazer sua identidade profissional em novas bases e poder ir elaborando os inevitáveis conflitos institucionais e políticos da vida diária dos serviços.

Resumo

Nesta aula discorreremos sobre uma das técnicas de trabalho com famílias, conhecida como ações socioeducativas, que podem ter abordagens individuais ou grupais. Percebe-se que esse processo necessita partir da realidade das famílias e gradativamente construir outras possibilidades. Vimos ainda que essa intervenção não deve ser de maneira isolada, mas articulada com a rede local.

Aula 25 – Uma intervenção prática se concretiza por meio da concentração das várias especializações das ciências humanas

Nesta aula falaremos sobre alguns instrumentos importantes para abordagens do trabalho social com famílias. Veremos que para além do desejo de trabalhar com novas instrumentalidades, cada intervenção exige o domínio de técnicas e trabalho em equipe.

O primeiro instrumental que abordaremos será a **entrevista**, técnica amplamente utilizada em atendimentos sociais. A preparação para a entrevista é tão importante quanto ela propriamente dita; deve ter uma intencionalidade, um propósito bem definido, o profissional deve preparar previamente o agendamento e o roteiro para que sua intenção com a entrevista seja alcançada.

25.1 A técnica da Entrevista

Durante o processo de entrevista, o profissional deve procurar manter o clima de cordialidade para que o entrevistado esteja à vontade para partilhar as informações sem nenhum tipo de coerção.

Ao formular a entrevista o profissional deve tomar cuidado com perguntas tendenciosas ou que induzam a uma resposta que o entrevistador queira coletar. Para conhecimento, abaixo listamos alguns tipos de entrevista. Considera-se que a entrevista é a obtenção de informações de um entrevistado, sobre determinado assunto ou problema. A entrevista pode ser: padronizada ou estruturada, quando há roteiro previamente estabelecido ou despadronizada ou não estruturada, quando não existe rigidez de roteiro.

Ressalta-se que na entrevista informal (não estruturada) que objetiva uma visão geral do problema, deve-se tomar cuidado para não perder o foco da intenção.

Independente do tipo da entrevista é importante, na medida do possível, que ela ocorra em ambiente que ofereça segurança para o entrevistado e que o entrevistador não se esqueça de alguns passos importantes como a acolhida inicial, a problematização do tema a ser abordado, a reflexão e obviamente da escuta qualificada.



Figura 25.1: Técnica de Entrevista

Fonte: <http://www.brasilecola.com>

A figura representa a entrevista como uma técnica para a coleta de dados.

25.2 Exemplo de quando ocorre a entrevista

No momento do internamento, é necessário que o paciente esteja acompanhado por um membro de sua família para que seja feita a entrevista psicossocial. Esta entrevista é feita em uma sala privada e segue um roteiro, que servirá como base ao tratamento do paciente.

Finalmente conhecendo a realidade pessoal e social e o histórico de vida do paciente em questão, é possível estabelecer um controle no processo de prestação de serviço a respeito do comportamento previsto ou imprevisto do paciente, bem como no processo de adaptação institucional e social.

25.3 A visita domiciliar

Outro instrumental muito utilizado e que demanda demasiado cuidado no que se refere à ética, respeito e intencionalidade é a **visita domiciliar**, em especial porque o profissional se encontra *in loco* privilegiado, o espaço de vida do entrevistado, onde ele vivencia seu cotidiano. Como mencionado, deve haver uma intencionalidade para a visita, porém, deve-se ter cuidado para que a mesma não seja de cunho meramente policesco ou fiscalizatório, mas que somado à escuta qualificada e à observação ajude o profissional a coletar o indizível. Cabe ressaltar a importância da observação como técnica somada à visita domiciliar; cada um de nós possui seus valores pessoais e no momento de uma observação devemos ter o cuidado de filtrar não pelos nossos valores pessoais antes, “treinar” o olhar ético sobre o objeto ao qual nos debruçamos para trabalhar.

25.4 Metodologia de elaboração da autobiografia

O método da autobiográfica utiliza-se de recursos como: a memória (auto) biográfica. Este método está fundamentado nos saberes disciplinares das ciências humanas - Antropologia, Memória Social, Filosofia, entre outros. Sendo que os fundamentos básicos estão na Neurobiologia e Psicologia.

A metodologia pode ser dirigida a profissionais das áreas de saúde, educação e ciências sociais que atuam por meio de equipe multidisciplinares nas unidades de atendimento. É um instrumento muito utilizado pela equipe em grupo; pode ser caracterizada como o incentivo do facilitador do grupo para que o paciente escreva uma carta que segue um roteiro. Nesta carta o paciente deverá expor sua vida desde a infância até o momento do internamento na instituição. Deverá expor seus sentimentos e colocar os prejuízos trazidos pelo uso de substâncias psicoativas. Durante o tratamento será feita a leitura dessa carta no grupo e o psicólogo irá trabalhar aspectos positivos e negativos da vida do paciente. A construção da autobiografia tem como objetivo fazer com o paciente entenda sua doença e os problemas decorrentes dela.

25.5 Medidas preventivas após o tratamento

O atendimento social envolve toda equipe e preocupa-se em trabalhar com os pacientes como será a realidade após o tratamento, focando em medidas preventivas para que o paciente mantenha-se abstinente. Para tanto dispõe de uma ampla variedade de técnicas, quase todas cognitivas ou comportamentais.

Para Figueiredo, Bordin e Laranjeira (2004, p. 253), a recaída pode diminuir, para tanto “o indivíduo deve ser capaz de executar uma resposta de enfrentamento cognitiva ou comportamental eficaz diante da situação de alto risco, a probabilidade de recaída diminui significativamente”.

Portanto, é necessário que o paciente aprenda a lidar com situações de risco e para tanto algumas possibilidades são apresentadas como: Narcóticos Anônimos (NA), Alcoólicos Anônimos (AA), Grupos familiares (ALANOON), Grupos para filhos (ALATEEN).

Verifica-se que o acompanhamento sistemático oferece suporte na remoção de barreiras para a recuperação e reinserção social dos pacientes.

Aula 26 – Terapia Comunitária

Nesta aula você vai conhecer uma proposta de Terapia Comunitária como instrumento de construção de redes solidárias. Falaremos sobre o contexto em que nasceu esta abordagem e suas bases de criação. Vamos nessa!

26.1 O contexto histórico da Terapia Comunitária

O criador do método terapia comunitária nasceu em Canindé, cidade de romarias do sertão nordestino, que recebe cerca de um milhão de peregrinos por ano. Adalberto Barreto conta que entre as histórias que ouviu a que mais impressionou foi a de uma criança de sete anos perdida na floresta amazônica, encontrada após três dias, levada ao encontro da família por um homem idoso, reconhecido mais tarde pela criança como o São Francisco dos afrescos da basílica de São Francisco em Canindé.

Comenta que quando cursava medicina, na Universidade Federal do Ceará - UFC sentia-se como essa criança perdida na floresta, com os estudos universitários entrava um novo universo. O novo mundo acadêmico exigia a renúncia às crenças anteriores, o novo “homem de ciência” teria que renegar a própria cultura. O primeiro mundo nutria uma verdade mística, onde o imaginário tinha um papel primordial e reduzia a realidade material a uma espécie de miragem sem importância; já o mundo científico privilegiava a realidade material, ignorando e até mesmo combatendo o imaginário, o irracional. Esse novo mundo exigia a morte do antigo universo cultural para poder reinar absoluto, única medida.

Deu-se então um desafio e uma ambição: fazer coabitar os dois universos, aparentemente contraditórios, mas também aparentemente complementares. Cada um rico naquilo que o outro era pobre.

Estudou teologia e medicina, o que possibilitou compreender que toda verdade sobre o homem não pode vir senão de um diálogo sério e respeitoso da diversidade dos elementos que o constituem. Estudou então psiquiatria e antropologia na Europa.

A psiquiatria e a psicanálise trouxeram compreensão sobre os mecanismos inconscientes que regem comportamentos e atitudes humanas, inclusive os de dominação e exclusão. A antropologia trouxe visão do universo cultural, toda cultura, todo indivíduo tem direito à diferença. Ser diferente é a razão maior de ser homem. Combater a diferença é um ato de dominação e de empobrecimento da humanidade.

De volta ao Brasil, escolheu a cidade de infância, Canindé, como terreno de pesquisa, com tema de estudo das medicinas populares do sertão e seus sistemas de crenças. Combateu a alta taxa de mortalidade infantil (125/1000) com um trabalho de integração dos curandeiros com o circuito médico oficial.

26.2 Contexto que deu origem para a abordagem terapêutica

O conteúdo caótico da favela foi o que deu origem a criação de novos paradigmas para estimular uma ação terapêutica criativa e efetiva capaz de:

- Perceber o homem e seu sofrimento em rede relacional;
- Ver além do sintoma: “quem olha para o dedo que aponta a estrela jamais verá a beleza da estrela”;
- Identificar, não só a extensão da patologia, mas também o potencial daquele que sofre;
- Fazer da prevenção uma preocupação constante e uma tarefa de todos.

A resposta a esses desafios contextuais nos levou a apresentar uma série de questões:

- Como sair de um modelo que gera dependência para um modelo que nutra a autonomia?
- Como romper com a concentração da informação pelo técnico e fazê-la circular, para que todos possam dela se beneficiar?
- Como resgatar o saber dos antepassados indígenas e africanos e a competência adquirida pela própria experiência de vida?
- Como transformar uma prática especializada e limitada numa abordagem eficiente para atingir um sistema mais amplo?

Entre os ganhos visíveis dessa abordagem, utilizou-se de uma abordagem efetiva no que tange ao processo de como fazer o grupo acreditar em si, em sua competência. Segundo a terapia comunitária a palavra chave é a percepção da crença. Porém, exige-se fé em modelos, verdades, convicções de forma a desencadear conflitos, competições, exclusões. Essa abordagem reconhece que há nas comunidades feudos de poder, intolerância e isso dificulta a criação de redes solidárias e transformadoras de indivíduos e realidade. Cultos de centros religiosos tornam-se espaços de catarses coletivas para reduzir o estresse, e não espaço de reflexão para tomada de consciência das implicações históricas e humanas na gênese do mal e do sofrimento.

Segundo Barreto (2007), alguns cultos neoevangélicos agridem as crenças culturais, destruindo o referencial identitário interiorizado há gerações, substituídos por um "ego" construído sobre uma religião da qual se deve esperar tudo e que se afirma pela negação da alteridade. Já outros cultos, como a umbanda, são mais respeitosos quanto à diversidade cultural e já oferecem a possibilidade de inserção em uma nova família, na qual coabitam múltiplas imagens identificadoras e facilitam se apropriar de um modelo mais comunitário e mais tolerante.

Para o autor, se toda prática política e toda profissão de fé caminharem no sentido de ajudar as pessoas a acreditarem nelas, em seus recursos culturais, o mundo será diferente e o ser humano poderá sair de toda forma de dependência e submissão, para atingir a liberdade e a autonomia que nos tornam cidadãos do mundo.



Figura 26.1: Terapia comunitária

Fonte: <http://s3.amazonaws.com>

A figura retrata o trabalho comunitário e participação das comunidades.

26.3 O papel do terapeuta

O terapeuta é considerado um “facilitador”, um profissional que deverá ser participativo e motivacional, capaz de conduzir o grupo de forma confiante e equilibrada.

26.3.1 A importância do coterapeuta e da equipe multidisciplinar

Tem como foco permitir o enriquecimento dos processos e conteúdos sob outro olhar, sob a ótica de diversas áreas potencializando a capacidade de assertividade do grupo.

Ou seja, torna-se importante olhar o indivíduo como um todo, conhecendo a sua realidade e as suas necessidades permitindo a soma de várias possibilidades que levarão a um aumento da probabilidade de recuperação do dependente.

Resumo

Nesta aula conhecemos como surgiu o método da terapia comunitária, qual o papel do terapeuta, do coterapeuta e de uma equipe multidisciplinar de apoio. E como questões relacionadas à crença atingem o cotidiano das famílias e comunidades.



Atividade de aprendizagem

1. Como a terapia comunitária interage com a comunidade criando redes solidárias?

Aula 27 – Fundamentos da Abordagem da Teoria Comunitária

Nesta aula vamos aprender sobre a fundamentação teórica da terapia comunitária e suas características. Você sabia que a terapia comunitária está fundamentada teoricamente em cinco pilares: pensamento sistêmico, teoria da comunicação, antropologia cultural, pedagogia da libertação de Paulo Freire e a resiliência.

27.1 O pensamento Sistêmico

Só estando conscientes da globalidade em que estamos inseridos, sem perder de vista a relação entre as várias partes do conjunto a que pertencemos.

Segundo Barreto (2007), a partir de uma abertura para um pensamento integrado, sistêmico, torna-se possível compreender os mecanismos de autorregulação, proteção e crescimento dos sistemas sociais, e possibilitando a ampliação e vivencia pratica da noção de corresponsabilidade.

Os sistemas humanos são formados por pessoas em interação intensa de modo tal que o comportamento de um membro afeta e é afetado pelo comportamento do outro. Todo sistema favorece outros arranjos, organizando o que chamamos de subsistemas. Por exemplo, os pais podem ser vistos como formando o subsistema parental e a família compreendida como um sistema.

Toda situação problema deve ser compreendida a partir do contexto em que acontece. Do ponto de vista sistêmico, fazem parte do problema todos aqueles que estão envolvidos na situação, não apenas o membro sintomático. A abordagem sistêmica é sempre interativa, enfatizando a relação, processo e contexto.

São características de um sistema:

- ser globalizante;
- o todo é mais do que a soma das partes que o constituem;
- ter a capacidade de se autoproteger e auto transcender-se;



<http://www.youtube.com/watch?v=CiMimzZ8ZaU&feature=related>

O vídeo aborda o trabalho e a visão sistêmica nas organizações

- a relação entre a causa e seu efeito é circular. É sempre um caminho de mão dupla, constituído na interdependência;
- os elementos de um sistema têm um objetivo em comum. Tendo uma família, necessito aprender coisas novas para responder a seus desafios.

Ou seja, segundo a concepção sistêmica a família vive as mudanças históricas e sociais de seu tempo. Vive crises e busca soluções, despertando a reciprocidade de dar e receber. Na visão sistêmica coloca-se sob suspeita as afirmações categóricas e determinísticas que desconsideram os contextos do tipo: "Filho de peixe, peixinho é?" Ou "Pau que nasce torto, morre torto..."

Porque, nesta concepção, a comunidade participativa é uma alternativa nos contextos em que as famílias falham.

27.1.1 A Teoria da Comunicação

A comunicação entre as pessoas é o elemento que une os indivíduos, a família e a sociedade.

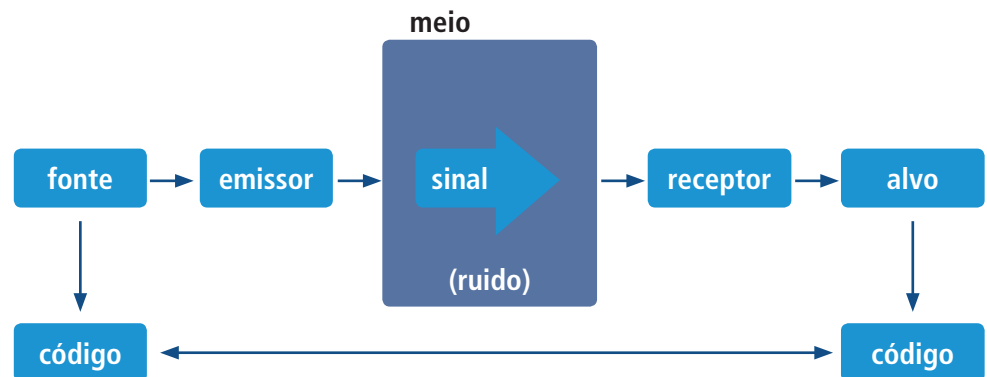


Figura 27.1: Esquema da comunicação

Fonte: <http://marciors.sites.uol.com.br>

Esta figura representa o modelo em que a teoria da comunicação trabalha.

Todo comportamento, ato verbal ou não, individual ou grupal, tem valor de comunicação num processo de múltiplas possibilidades e significados e sentidos, ir além das palavras e evitar os efeitos nocivos de uma comunicação usada de forma ambígua, valorizando a clareza e a sinceridade.

Em seu livro intitulado Pragmática da Comunicação Humana, Watzlawick (1967) evidencia as regras básicas da comunicação.

- Regra 1.** Todo comportamento é comunicação.
- Regra 2.** Toda comunicação tem dois componentes: a mensagem (ou conteúdo) e a relação entre os que estão se comunicando.
- Regra 3.** Toda comunicação depende da pontuação.
- Regra 4.** Toda comunicação tem duas formas de expressão: a comunicação verbal (a linguagem falada e escrita) e a comunicação não verbal (analógica ou gestual).
- Regra 5.** A comunicação pode ser: simétrica, baseada na semelhança e complementar, baseada no que é diferente.

Ou seja, a comunicação ultrapassa o falar e ouvir, mas envolve outros elementos.

27.1.2 Antropologia Cultural

A importância da cultura, caracterizada por um conjunto de realizações de um povo ou de grupos sociais, referencial a partir do qual cada membro de um grupo se baseia, retira sua habilidade para pensar, avaliar e discernir valores e fazer suas opções no cotidiano. Elemento de referência fundamental na construção de nossa identidade pessoal e grupal a partir da qual podemos nos afirmar, nos aceitar e nos amar, para então podermos amar os outros e assumir nossa identidade como pessoa e cidadão.

Desta forma, rompe-se com a dominação e com a exclusão social que, muitas vezes, impõe uma identidade negativa ou baseada nos valores de outra cultura que não respeita a nossa.

Segundo DAMATTA (1991), a Antropologia é o estudo do homem como ser biológico, social e cultural. A Antropologia Cultural envolve sistemas simbólicos, religião e comportamentos. Considera-se, no entanto, que cada sistema compreende um universo de significados distintos.

27.1.3 A Pedagogia de Paulo Freire

Segundo Freire (1997 p. 34), ensinar não é apenas uma transferência de conhecimentos acumulados por um educador experiente e que sabe tudo para um educando inexperiente que não sabe nada.

Ensinar é o exercício do diálogo, da troca, da reciprocidade, ou seja, de um tempo para falar e de um tempo para escutar, de um tempo para aprender e um tempo para ensinar.



<http://www.youtube.com/watch?v=5fqXa-IVvf8&feature=related>

Este vídeo aborda a questão de que a cultura é a mente pela qual o homem vê o mundo. Ou seja, o trabalho terapêutico em relação a dependência pode estar fortemente ligado a fatores culturais.

Outros aspectos da teoria de Paulo Freire discutem a associação entre teoria e realidade; é preciso se ter um espaço de expressão dos problemas vivenciados pelos educandos nos seus diferentes contextos (família, comunidade, igreja, escola, clube) vinculado ao conteúdo programático, pois a história de vida também é fonte de saber e funciona como estímulo para que, tanto os professores quanto os alunos, assumam-se como sujeitos "sócio-histórico-culturais".

Ou seja, segundo essa teoria, para saber suportar e aceitar a pluralidade cultural, o educador precisa estar aberto ao novo, ao diferente, entendendo o ser humano numa perspectiva de "inacabamento" ou "inclusão"; nenhum educador pode assumir a prática da sua missão se não tiver por ela um mínimo de carinho, apreço, identificação. Isso é válido também no trabalho do terapeuta comunitário.



<http://www.youtube.com/watch?v=UI90heSRYfE&feature=related>

Este vídeo retrata a trajetória, pensamento e contribuição histórica de Paulo Freire.

Considera-se então, que o terapeuta comunitário deve sempre ter uma visão contextual e compreender que não está lá somente para realizar uma tarefa para os outros, mas, sobretudo para si mesmo. Nesse sentido, a natureza do trabalho pedagógico é política, pois envolve valores acerca da cidadania; enfim, o método de Paulo Freire é um chamado coletivo a todos os membros da raça humana para criar e recriar, fazer e refazer através da ação e reflexão, descobrindo novos conhecimentos e, conseqüentemente, novas formas de intervir na realidade; os indivíduos tornam-se sujeitos da história e não meros objetos. O perfil indicado para o terapeuta comunitário é semelhante ao papel do educador que está muito bem definido na pedagogia de Paulo Freire.

27.1.4 Resiliência



http://www.youtube.com/watch?v=2kqJtgJXC_4&feature=related

Este vídeo apresenta as ideias básicas que envolve atitudes resilientes.

A Resiliência é fonte importante do conhecimento, que contribui para a construção da própria história pessoal e familiar de cada participante. As crises, os sofrimentos e as vitórias de cada um expostos ao grupo, são utilizados como matéria-prima em um trabalho de criação gradual de consciência social, para que os indivíduos descubram as implicações sociais da gênese da miséria e do sofrimento humano. Segundo Barreto (2007), o enfrentamento das dificuldades produz um saber que tem permitido emergir um espírito criativo e construtivo, construído historicamente através de uma interação entre o indivíduo e seu meio ambiente.

Ou seja, a meta fundamental da Terapia Comunitária é identificar e suscitar as forças e as capacidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades para que, através desses recursos, possam encontrar as suas próprias soluções e superar as dificuldades impostas pelo meio e pela sociedade.

27.1.5 A Comunidade

A comunidade é constituída por pessoas que pertencem a uma mesma cultura, partilham os mesmos recursos de comunicação e mantêm, entre si, laços de identidade e partilham algumas das seguintes condições de vida: ser do mesmo sexo, ter vivido migração, situação de desemprego, exclusão, pertencer à mesma cultura e religião e que mantenham, ainda, entre elas, laços de proximidade.



Figura 27.2: Roda de Terapia Comunitária

Fonte: <http://2.bp.blogspot.com>

Esta figura representa um grupo de pessoas que partilham interesses em comum.

Embora essa proposta terapêutica esteja mais voltada para grupos que vivem em condição social vulnerável, em termos de sua saúde mental e autonomia individual e comunitária, segundo Barreto (2007), ela pode ser aplicada em qualquer grupo de pessoas pertencentes às mais diferentes classes sociais, idades, situações socioeconômicas e profissionais.

27.1.6 População-alvo

O público alvo da terapia comunitária é composto por grupos de pessoas que vivem em contexto de desagregação e exclusão social, muitas vezes, agravado pelas migrações forçadas. Nesses contextos, encontramos não somente a pobreza econômica, mas a pobreza cultural, a fragilidade de laços sociais, a incapacidade de se organizar de forma mais democrática e, sobretudo, a autoimagem desvalorizada, a baixa autoestima que, muitas vezes, culmina na perda da própria identidade e dignidade.

27.2 Os objetivos da terapia comunitária

A terapia Comunitária tem os seguintes objetivos:

1. Reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo, para que este possa descobrir seus valores, suas potencialidades e tornar-se mais autônomo e menos dependente.

2. Reforçar a autoestima individual e coletiva.
3. Redescobrir e reforçar a confiança em cada indivíduo, diante de sua capacidade de evoluir e de se desenvolver como pessoa.
4. Valorizar o papel da família e da rede de relações que ela estabelece com o seu meio.
5. Suscitar, em cada pessoa, família e grupo social, seu sentimento de união e identificação com seus valores culturais.
6. Favorecer o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de desintegração dos indivíduos e das famílias, através da restauração e fortalecimento dos laços sociais.
7. Promover e valorizar as instituições e práticas culturais tradicionais que são detentoras do "saber fazer" e guardiãs da identidade cultural.
8. Tornar possível a comunicação entre as diferentes formas do saber popular e saber Científico.
9. Estimular a participação como requisito fundamental para dinamizar as relações sociais, promovendo a conscientização e estimulando o grupo, através do diálogo e da reflexão, a tomar iniciativas e ser agente de sua própria transformação.

Resumo

Nesta aula apresentamos os pilares de fundamentação da teoria comunitária, suas características e seus objetivos, como instrumento criado para colaborar com a comunidade para que encontre as suas próprias soluções e superar as dificuldades impostas pelo meio e pela sociedade.



Atividade de aprendizagem

1. Quais as características e objetivos da terapia comunitária?

Aula 28 – Como trabalhar com comunidades como espaços terapêuticos

Nesta aula vamos sugerir como trabalhar com comunidades as possibilidades e desafios dos espaços terapêuticos.

Você sabe o que significa a palavra terapia? Terapia (do grego: therapeia): é uma palavra de origem grega que significa acolher, ser caloroso, servir, atender. Portanto, o terapeuta é aquele que cuida dos outros de forma calorosa.

28.1 O espaço Comunitário

Quando falamos em comunidade, estamos nos referindo a pessoas ou grupos de pessoas que partilham condições semelhantes de vida - econômica, social, cultural, política, religiosa e espiritual - mesmo percebendo que na comunidade existem diferentes níveis e formas de viver essas condições. Segundo BARRETO (2007), a palavra comunidade é composta de duas outras palavras: COMUM + UNIDADE, ou seja, o que essas pessoas têm em comum? Entre outras afinidades têm sofrimentos, buscam soluções e superação das dificuldades.

A comunidade não é, pois, um todo homogêneo, uma vez que existe diversidade em seu meio. Mas, existe um aspecto fundamental na formação de uma comunidade: para que uma comunidade se constitua é muito importante que as pessoas e grupos estejam em permanente interação, isto é, que exista um fluxo de relações entre as pessoas, podendo haver reciprocidade entre elas.

Devido à forma como a nossa sociedade está organizada, raramente, os grupos agem como um todo, mas uma parte consegue defender interesses comuns, amplos, complexos, abrangentes, buscando o bem-estar social.

As comunidades partilham, também, um mesmo espaço geográfico. Comunidade é um grupo de pessoas que vivem, não deste ou daquele interesse em particular, mas de um complexo conjunto de interesses, de modo a viabilizar suas vidas, dando-lhes um significado de pertencimento e identificação.

A comunidade, ou, melhor dizendo, as pequenas comunidades são um espaço de construção e reconstrução social. Autores convergem para o fato de que vivendo em comunidade, as pessoas descobrem e redescobrem sua identidade social, cultural e histórica.

A comunidade só é consistente quando ela consegue estabelecer uma base concreta de relações entre as pessoas. Sem isso, ela não passará de um simples esboço de comunidade.

28.2 Características comunitárias

Comunidade é um grupo de pessoas que partilham certas condições de vida: economia, cultura, religião, migração, exclusão, proximidade e que mantém vínculos entre si, ou seja, interage em vários planos, como o social, o familiar, o cultural, o religioso, entre outros.

É importante conhecermos a comunidade em que vivemos e atuamos. Precisamos conhecer a sua história, a sua cultura, os recursos disponíveis, os problemas mais comuns, as alternativas construídas. Conhecendo a história da nossa comunidade estamos conhecendo a nossa própria história.

A avaliação participativa é a etapa fundamental de todo o processo participativo. Participar é uma ação conjunta; um ponto de partida; ter senso de responsabilidade; garantir o atendimento às necessidades; valorizar os conhecimentos e as competências e ter mais confiança e menos dependência.

É no espaço comunitário onde se procura partilhar experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular. Cada um torna-se terapeuta de si mesmo, a partir da escuta das histórias de vida que ali são relatadas. Todos se tornam coresponsáveis na busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano, em um ambiente acolhedor e caloroso.

28.3 A ação terapêutica da comunidade

Assim como cada etapa da história do universo é marcada pela invenção do homem de criar uma nova forma, de lutar contra o esfriamento devido a sua expansão, a Terapia Comunitária se propõe ser um instrumento de aquecimento e fortalecimento das relações humanas, na construção de redes de apoio social, em um mundo cada vez mais individualista, privatizado e conflitivo.

A comunidade age onde a família e as políticas sociais falham. Nós afirmamos que a solução está no coletivo e em suas interações, no compartilhar, nas identificações com o outro e no respeito às diferenças. Os profissionais devem ser parte dessa construção. Ambos se beneficiam: a comunidade gerando autonomia e inserção social e os profissionais se curando de seu autismo institucional e profissional, bem como de sua alienação universitária.

A Terapia Comunitária apresenta três características básicas:

1. A discussão e a realização de um trabalho de saúde mental, preventiva e curativa, procurando engajar todos os elementos culturais e sociais ativos da comunidade: agentes de saúde, educadores, artistas populares, curandeiros, entre outros.
2. A ênfase no trabalho de grupo, promovendo a formação de grupos de mulheres, jovens, pessoas de terceira idade, para que, juntos, busquem soluções para os problemas cotidianos e possam funcionar como escudo protetor para os mais frágeis, sendo instrumentos de agregação social.
3. A criação gradual da consciência social, para que os indivíduos tomem consciência da origem e das implicações sociais da miséria e do sofrimento humano e, sobretudo, para que descubram suas potencialidades terapêuticas transformadoras.



Figura 28.1: Terapia Comunitária

Fonte: <http://4.bp.blogspot.com>

Esta figura representa o fortalecimento das relações humanas e laços sociais.

Aula 29 – Modelo coparticipativo utilizado na comunidade

Olá! Nesta aula veremos como os líderes comunitários devem agir quando almejam potencializar as famílias em suas comunidades.

Discutiremos ainda como esse modelo se apóia na competência das pessoas. Quem tem problemas tem, também, soluções. O fato de estarmos todos vivos e termos superado as dificuldades, ao longo da vida, nos mostra que temos uma grande bagagem de experiências e sabedoria.

29.1 A corresponsabilidade no trabalho terapêutico

Cada um é responsável por todos. Cada um é o único responsável.

Cada um é o único responsável por todos.

Antoine de Saint-Exupéry

Segundo Barreto (2007), a Terapia Comunitária rompe com o modelo que privilegia a informação concentrada num único indivíduo, portador de soluções, pois reconhece as competências individuais, evidenciando que se o grupo tem problemas, tem, também, suas próprias soluções. Nesse caso, o terapeuta comunitário tem apenas a função de suscitar essa capacidade terapêutica que emerge do próprio grupo.

A postura diante do grupo se transforma, não como um “salvador da pátria”, dando conselhos e fazendo exortações, mas partilhando sua dor, sua dificuldade, suas descobertas, de forma simples, abrindo seu coração, sendo solidário aos apelos dos outros.

Quadro 29.1: Mudanças na postura profissional

Premissas para aplicar terapia em comunidades	
MUDAR DE	PARA
Salvador da pátria	Soluções participativas
Carências/deficiências	Competências/potenciais
Unitário (técnico)	Comunitário
Concentração na informação	Circulação da informação
O outro é um objeto passivo	O outro é um parceiro ativo
A solução vem de fora	As soluções vêm das famílias
Gera dependência	Suscita corresponsabilidade
Descrença no outro	Crença na capacidade do outro
Cientelismo	Cidadania

Fonte: Barreto, 20087 - sistematizado pelo autor

29.2 A dimensão terapêutica na comunidade

A Terapia Comunitária (TC) pode ser considerada um instrumento que nos permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

Enquanto muitos modelos centram suas atenções na patologia, nas relações individuais, privadas, a TC aborda questões relacionadas a mudança de olhar, de enfoque, considera-se que não busca desqualificar as contribuições de outras abordagens, mas ampliar seu ângulo de ação. Vejamos:

1. Ir além do unitário para atingir o comunitário. Com a globalização, se avolumaram os desafios: drogas, estresse, violência, conflitos e insegurança. A superação desses problemas já não pode mais ser obra exclusiva de um indivíduo, de um especialista, de um líder, mas sim, de uma coletividade. A própria comunidade que tem problemas dispõe também de soluções e, por consequência, torna-se instância terapêutica no tratamento e prevenção de seus males.
2. Sair da dependência para a autonomia e a corresponsabilidade. Modelos que geram dependência são entraves a todo desenvolvimento pessoal e comunitário. Estimular a autonomia é uma forma de estimular o crescimento pessoal e o desenvolvimento familiar e comunitário. A consciência de que as soluções para os problemas provêm da própria comunidade reforça a autoconfiança.
3. Ver além da carência para ressaltar a competência. O sofrimento vivenciado é uma grande fonte geradora de competência que precisa ser valorizado e resgatado no seio da própria comunidade, como uma forma de reconhecer o saber construído pela vida. Poder mobilizá-lo no sentido da promoção de vínculos solidários é uma forma de consolidar a rede de apoio aos que vivem em situações de conflitos e sofrimento psíquico.



Figura 29.2: Vínculos solidários

Fonte: <http://www.institutoser.com.br>

A figura representa o trabalho realizado por uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP, que tem como objetivo principal a luta pela redução da pobreza e o desenvolvimento sustentável do município de Orobó - PE.

4. Sair da verticalidade das relações para a horizontalidade. Essa circularidade deve permitir acolher, reconhecer e dar o suporte necessário a quem vive situações de sofrimento. Isso proporciona maior humanização nas relações.
5. Da descrença na capacidade do outro, passar a acreditar no potencial de cada um. O aprender coletivamente gera uma dinâmica de inclusão e empoderamento. Precisamos deixar de apenas pedir a adesão do outro às nossas propostas, para podermos estar a serviço das competências dos outros, sem negarmos a contribuição da ciência.
6. Ir além do privado para o público. A reflexão dos problemas sociais que atingem os indivíduos sai do campo privado para a partilha pública, coletiva, comunitária. A ênfase no trabalho de grupo, para que juntos partilhem problemas e soluções e possam funcionar como escudo protetor para os mais vulneráveis, sendo instrumentos de agregações e inserção social. Nós afirmamos que a solução está no coletivo e em suas interações, no compartilhar, nas identificações com o outro, no respeito às diferenças. Os profissionais devem ser parte desta construção. Ambos se beneficiam - a comunidade gerando autonomia e inserção social e os profissionais se curando do "autismo institucional e profissional", bem como de sua alienação universitária.
7. Romper com o clientelismo para enfoque na cidadania. O indivíduo deixa de ser objeto passivo de intervenção para se tornar um parceiro ativo e sujeito de sua história.
8. Romper com o modelo que concentra informação para fazê-la circular. Resgatar o capital sociocultural do grupo e torná-lo coautor das decisões e das políticas públicas.

Resumo

Nesta aula discorreremos sobre o papel profissional de liderança sobre a dimensão terapêutica na comunidade, sobre a possibilidade e os desafios comunitários. As limitações e soluções que se apresentam no contexto tornam-se instância terapêutica no tratamento e prevenção.

Aula 30 – Relações entre sociedade e loucura

Nesta aula vamos relacionar a instituição trabalho e família como alienação dos serviços psiquiátricos. Buscaremos aqui imaginar como a sociedade trata as questões relacionadas à loucura. Vamos nessa!

O fenômeno singular conhecido como loucura tem longo registro na história da humanidade. A loucura, nem sempre foi sinônimo de doença.

30.1 O fenômeno singular conhecido como loucura

Para os gregos, àqueles a que era dado o privilégio do delírio tinham acesso às divindades, não eram considerados normais nem iguais, mas por portarem uma desrazão impossível de ser apreendida nas experiências terrenas, eram mantidos à distância. (FOUCAULT, 1972).

Foram-lhe atribuídas várias caracterizações:

- Castigo dos deuses;
- Experiência Trágica da vida;
- Possessão por demônios;
- Poderes sobrenaturais.
- Experiência diferente de vida.

Dependendo de como a sociedade se expressava a loucura era apreciada ou combatida.

Quadro 30.1: Loucura e seu tempo.

PERÍODO	SIGNIFICADO
Idade Moderna	Passou a ser considerado falta de razão. O que representava um fenômeno complexo passou a ser um fato negatizado, desvalorizado, fora da normalidade.
Idade contemporânea	A loucura foi apropriada pelo discurso médico, o que era anormal virou patológico. A loucura virou história da psiquiatria.
Após Segunda Guerra	Contestações do estatuto de doença para a loucura, questionamento do saber psiquiátrico instituído.

Fonte: Bisneto, 2009

A psiquiatria é solicitada a abrir as portas aos saberes psicológicos, sociais, antropológico entre outros. A abordagem emancipadora da loucura só é possível pelo reconhecimento de sua dimensão histórica para além da visão de uma ciência positiva como a psiquiatria tradicional. Isso questiona a positividade da psiquiatria e seu poder de chamar loucura de doença mental puramente orgânica.

30.2 Sociedade e loucura

As pesquisas mostram que o comportamento humano varia muito nas sociedades. Podendo ser muito diferentes, o que é considerado adequado para uma sociedade, pode não ser para a outra.

Considera que há uma complexidade nas sociedades. Se aceitarmos que diferentes culturas tenham padrões de comportamentos distintos, por que não admitirmos essa diferença em uma mesma sociedade.

Para Bisneto (2009, p. 174):

[...] os diagnósticos de transtornos mentais baseados em padrões de comportamentos sociais ajustados ou não, principalmente na sua aceção de doença fisiológica, pois a medicina procura ser uma ciência positiva. Se um comportamento em uma sociedade é considerado normal, em outra não, isso questiona a positividade da psiquiatria e seu poder de chamar loucura de doença mental puramente orgânica.

Aquilo que é divergente precisa ser considerado pelos interesses instituídos como desvio doentio e antissocial, irracional, algo a ser curado ou então excluído. Daí pensamos que a transformação da loucura em anormalidade e depois em patologia só pode ser contextualizada pela análise da dimensão política da sociedade, articulada com as dimensões econômicas e ideológicas e não apenas por critérios científicos pretensiosamente neutros e a quem do social (BISNETO, 2009).

30.3 Alienação Social

Segundo Venâncio (2003), dentro de cada sociedade há um padrão de normalidade, ou seja, o que é considerado aceitável dentro de padrões estéticos, de comportamento e atitudes. Toda pessoa que não esteja dentro desses padrões é considerado como diferente ou anormal. Os indivíduos

fora do normal são os chamados ‘estigmatizados’ por apresentarem alguma característica que os diferenciem dos outros, dificultando sua aceitação e integração na comunidade.

O social é considerado nos seus aspectos meramente culturais ou como relações interpessoais desprovidas de estruturas sociais, isto é o “social sem o social”.

A teoria psicanalítica das neuroses foi colocada no contexto social e histórico pelas correntes críticas, possibilitando uma primeira aproximação do fenômeno da loucura com os processos sociais dialéticos. (BISNETO, 2009). O processo de trabalho capitalista e o modo de produção burguês foram teorizados como alienantes, como amplas repercussões danosas na formação da consciência dos indivíduos.

30.4 Desapropriação Institucional

Em toda instituição há transferência e contratransferência institucional. O inconsciente individual atravessado pelo inconsciente institucional.

Nesta aula, referimos-nos às instituições destinadas ao tratamento terapêutico. As que apresentam caráter totalitário reforçam como as pessoas submetidas à organização de suas vidas por um controle sistemático nos internatos institucionais têm massacrado suas subjetividades e são colonizadas mentalmente.

A instituição total mortifica o “eu” das pessoas na reprodução da alienação social, mental e corporal instituições capitalistas, a família e o trabalho alienado, são como engrenagens transmissoras dos sofrimentos mentais, e a psiquiatria e hospício como elo final da consolidação da alienação total dos usuários de serviços psiquiátricos:

- 1.** Alienação Social pela exclusão
- 2.** Alienação mental pela rotulação de “doente”
- 3.** Alienação corporal pelo controle do espaço físico limitado, sedação por drogas.

Para Bisneto (2009, p.181)

O Movimento de Reforma Psiquiátrica nas suas várias vertentes tem como ponto comum a interrelação entre o social e o sofrimento mental, e a ênfase na transformação das instituições sociais que intervmem no tratamento dos transtornos psíquicos: as organizações, asilos, hospícios, manicômios, as instituições psiquiátricas, psicanálise, psicologia, psicoterapia.

Segundo Amarante (1995), a Reforma Psiquiátrica surge para traçar estratégias quanto ao questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. Deve-se priorizar a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos psíquicos, bem como a substituição progressiva dos manicômios do País, por serviços psiquiátricos alternativos, dando início as lutas do Movimento da Reforma Psiquiátrica, consolidando-o como política de governo.

30.5 Aumento das psicopatologias

Se os problemas sociais podem ser desencadeadores de sofrimentos mentais, agora na situação de monopolização da ordem econômica e de ajustamento das nações ao imperativo da globalização financeira, as circunstâncias apontam para o aumento dos padecimentos mentais por conta da alienação das relações sociais de trabalho e de vínculos afetivos: além da informalidade no trabalho, há a precarização das relações sociais em todas as formas de institucionalização social.

Poder-se-ia argumentar, e com razão, que nas áreas humanas e sociais a experiência e a maturidade são fundamentais, porem, na medida em que o capitalismo avança, buscando aumentar suas taxas de lucros, o que importa, por exemplo, na educação e saúde não é o melhor ensino ou o melhor tratamento, mas sim a maximização da rentabilidade ou a minimização dos custos. Portanto, o mais importante para a empresa não é tanto a experiência do funcionário, mas o seu grau de adesão á empresa. O modelo brasileiro predominante em saúde e educação é o neoliberal e privatista. (BISNETO, 2009)

A sociedade capitalista é atravessada por interesses econômicos que estruturam relações de poder. As elites tentam taxar as divergências de disfuncionalidades, ignorando a natureza complexa da sociedade, numa apropriação social tendenciosa.



Referências

ACOSTA, A. R; VITALE, M. A. F. (orgs). Família, redes, laços e políticas públicas. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

AFORNALI, M; ARAÚJO, I. Alcoolismo: das famílias às instituições. Curitiba: Gráfica Popular, 2007.

AMARANTE, Paulo. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Editora Fiocruz, 1995.

ÁRIES, P. História social da criança e da família. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BARRETO, Adalberto. As dores da alma dos excluídos do Brasil. In: GRANDESSO, Marilene, BARRETO, Miriam Rivalta (org). Terapia comunitária – Tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

BAUMAN, Z. Modernidade líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BEZZERA, V. et al A família, o adolescente e o uso de drogas. Disponível em <<http://pesquisa.bvsalud.org>>. Acesso em 24/mai/12.

BIRMAN, J. Dionísio Desencantado. Série estudos em saúde coletiva. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, UERJ, n. 54, 1993.

BOUTINET, JEAN-PIERRE. Antropologia do projeto. Lisboa: Instituto Jean Piaget, 1990.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Anuário estatístico do Brasil, v. 61, Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em 12/fev/10.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Institui o Estatuto da Criança e Adolescente. Diário oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1990. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em 20/mai/12.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf. Acesso em 12/fev/10.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. Brasília, DF: CONANDA, 2006. Disponível em: www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/.../pncfc.pdf. Acesso em 12/fev/10.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. Brasília, DF: CONANDA, 2006. Disponível em: www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/.../pncfc.pdf. Acesso em 12/fev/10.

BRASIL. Resolução n. 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a tipificação nacional dos serviços socioassistenciais, Diário Oficial da União, Brasília, 25/nov/09.

CAITANO, A. Desafios brasileiros: saúde pública. Site Veja; Disponível em: <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/o-crack-e-uma-epidemia-no-brasil-mas-o-governo-nao-entende-assim-diz-coordenador-do-cfm> >. Acesso em 24 maio. 2012

CALDERÓN, A. I; GUIMARÃES, R. F. Família: a crise de um modelo hegemônico. Revista Serviço Social e Sociedade, n. 46, ano XV, dez. , 1994.

CAMPBELL, J. As máscaras de Deus: mitologia primitiva. São Paulo: Palas Athena, 1997.

CARNEIRO, Féres T. (Org.). Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas. Rio de Janeiro: PUC-RJ; São Paulo: Loyola 2003.

CARNEIRO, Féres T. (Org.). Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas. Rio de Janeiro: PUC-RJ; São Paulo: Loyola 2003.

CARVALHO, M. C.B. (Org); A família contemporânea em debate. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CARVALHO, M.C.B. A priorização da família na agenda da política social. In: Família brasileira: a base de tudo. 2ª ed. São Paulo: Cortez/UNICEF, 1997.

CASTEL, R. As metamorfoses da questão social – uma crônica do salário. Petrópolis : Vozes, 1999.

CONTE, M. Construindo uma política voltada á abordagem do uso indevido de drogas. Revista Divulgação em Saúde para debate, Rio de Janeiro, n. 23, 2001.

COSTA, A.C.G. Um histórico do atendimento sócio-educativo aos adolescentes autores de ato infracional no Brasil: mediação entre o conceitual e o operacional. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Direitos Humanos. Políticas públicas e estratégias de atendimento sócio-educativo ao adolescente em conflito com a lei. Brasília, DF, 1998.

DAMATTA, Roberto - Relativizando, Uma introdução à antropologia social. Rio de Janeiro, Rocco, 1991.

DESSEN, M. A. & COSTA JUNIOR, A. L. (orgs.). (2005). A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre: Artmed.

DONZELOT, J. A Polícia das Famílias. Rio de Janeiro: Graal Ed., 1980.

DOWBOR, L. Gestão social e transformação da sociedade. In Razões e ficções do desenvolvimento. São Paulo: UNESP, EDUSP, 2001. Acesso em 28/7/2012.

DOWBOR, Ladislau. Tendências da Gestão Social. Saúde soc. [online]. 1999, vol.8 n.1, PP. 3-16. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v8n1/02.pdf>>. Acesso em 28/7/2012.

EDWARDS G Marshall EJ.CCH.O tratamento do alcoolismo.Porto Alegre ARTMED.1999

FAZENDA, I. C. A. Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa. 11. ed. São Paulo: Papirus, 2003.

FÉRES-CARNEIRO, T (org). (2003). Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Ed. Loyola.

FOUCAULT, M. História da loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1997

FREITAS, L.A. Adolescência, família e drogas: a função paterna e a questão dos limites. Rio de Janeiro: Mauad, 2002. Disponível em: <<http://books.google.com.br>> Acesso em: 15 jun. 2012.

FULMER, R.H. Famílias de baixa renda e famílias com formação profissional: uma comparação da estrutura e do processo de ciclo de vida. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre, 1995, p. 468-495.

GOLDANI, A.M. Arranjos familiares no Brasil dos anos 90: proteção e vulnerabilidades. In: Como vai a população brasileira, Brasília, IPEA, ano 3, n. 3, p. 14-23, dez. 1998.

GOMES, M. A. & PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. Ciência e Saúde Coletiva 10 (2), 357-363, 2005.

IPEA Nota técnica Sobre a Recente Queda da Desigualdade de Renda no Brasil. Disponível em <<http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/NTquedaatualizada.pdf>>. Acesso em 30 maio de 2012.

IPEA. Sobre a Recente Queda da Desigualdade de Renda no Brasil. Nota técnica. Disponível em <<http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/NTquedaatualizada.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2012.

KAMINER, Y. e SZOBOT, C. O Tratamento de Adolescentes com Transtornos por Uso de Substâncias Psicoativas. In: PINSKY, L.; BESSA, M.A. (orgs). Adolescência e Drogas. São Paulo: Contexto, 2004.

KAUCHAKJE, S. Gestão Pública de Serviços Sociais. Curitiba: IBEPX, 2007.

LACAN, J. A família. Lisboa: Ed Assino de Abin, 1978.

LARANJO, T. et al. Drogas: Prevenção e Tratamento. O que você queria saber e não tinha a quem perguntar. Editora Cla. 2002. Pág. 12-13. Disponível em: books.google.com.br. Acesso em 19 junho 2012.

LASCH, C. O mínimo eu: sobrevivência psíquica em tempos difíceis. 4. Ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

LEITE, S. Articulação de Políticas Públicas e Atores Sociais. Série de desenvolvimento rural sustentável. Disponível em < Acesso em:

LYNN, L. E. Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis. Santa Monica, Calif.: Goodyear. 1980

MEAD, L. M. "Public Policy: Vision, Potential, Limits" , Policy Currents, Fevereiro: 1-4. 1995.

MEDEIROS, M. G. L.. Novos Arranjos Familiares: inquietações sociológicas e dificuldades jurídicas. UFRN. Disponível em:http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_Gen_PO11_Medeiros_texto.pdf Acesso em:

MEDRANO, B. E LYRA, J. A adolescência "desprevenida" e a paternidade na adolescência: Uma abordagem geracional e de gênero. 2003. Disponível em <<http://www.bireme.br>>. Acesso em 14 jun. 2012.

Melo, D. Figlie, N. B. Psicoterapia de grupo e outras abordagens grupais no tratamento da dependência química (capítulo 24, p. 359-384). In: Figlie, N. B. , Bordin, S. e Laranjeira, R. Aconselhamento em dependência química. Roca: São Paulo, 2004.

MENDES, R. A emergência e o protagonismo dos sujeitos. Disponível em <<http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/saudebucal/file/anexos/Atencao%20basica/IS-cap13.pdf>> Acesso em:

MIOTO, T.C.R. Família e Serviço Social apud: Serviço Social – n.55, Ed. Cortez, 1997.

MOREIRA, M. C. (org.) Da arte de compartilhar: uma metodologia de trabalho social com famílias. Rio de Janeiro Mauad : Instituto Desiderata; Rio de Janeiro: Compartilharte, 2006. Disponível em < Acesso em:

NOBRE, C. Mães de Acari: uma história de protagonismo social. Rio de Janeiro : Ed. PUC-Rio Pallas, 2005.

NOGUEIRA, I. R. R. Projeto cidadania ativa: uma nova realidade para o idoso. Disponível em <<http://www.cibs.cbciss.org/arquivos/PROJETO%20CIDADANIA%20ATIVA%20-%20UMA%20NOVA%20REALIDADE%20PARA%20O%20IDOSO.pdf>> Acesso em:

OLIVEIRA, C. S. Sobrevivendo no inferno: a violência juvenil na contemporaneidade. Porto Alegre: Sulina, 2001.

PARIZI, V. Viciados em Sofrer in: Revista Época – 15/01/2003.

Payá, R. Figlie, N. B. Abordagem em dependência química (capítulo 23, p. 339-358). In: Figlie, N. B., Bordin, S. e Laranjeira, R. Aconselhamento em dependência química. Roca: São Paulo, 2004.

PETRINI, J.C. Mudanças sociais e familiares na atualidade: reflexões à luz da história social e da sociologia. Memorandum, 8, 20-37, 2005.

PETRINI, J.C. Pós-modernidade e família. Bauru: Edusc, 2003.

RIZZINI, I. A criança e a lei no Brasil. Brasília, DF: UNICEF/CESPI/USU, 2000.

RODRIGUES, Maria Lúcia. O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar. in Martinelli, M. L. e outros (org). O Uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber. São Paulo: Cortez / Educ, 1998.

ROUDINESCO, E. A família em desordem. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

SACHS, Ignacy. O desenvolvimento enquanto apropriação dos direitos humanos. Estud. av., São Paulo, v. 12, n. 33, Ago. 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141998000200011&lng=en&nrm=iso>. acesso em 28 Julho 2012.

SAPORI, L. MEDEIROS, R. CRACK: um desafio social. 1ed. PUC Minas, 2010.

SARACENO, C. Sociologia da Família. Lisboa: Estampa, 1997.

SARMENTO, H. M. Serviço Social, das tradicionais formas de regulação sócio-política ao redimensionamento de suas funções sociais. Capacitação em Serviço Social e política social. Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: UnB, 2000. p. 96-110.

SARTI, C. A. A família como ordem simbólica. São Paulo: Psicologia USP, 2004.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALLE, M. A. F. (Org.) Família: redes, laços e políticas públicas. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SCHEINVAR, Estela. A família como dispositivo de privatização do social. Arquivos Brasileiros de Psicologia. v.58 n.1 Rio de Janeiro jun. 2006. Disponível em: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1809-52672006000100006&script=sci_arttext.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: apostila "PESQUISA E INTERDISCIPLINARIDADE I", 1ª Edição – 2008, FTC – EAD - Faculdade de Tecnologia e Ciências - Educação a Distância. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/11728153/06PesquisaeInterdisciplinaridadeI>, acesso em 28/7/2012.

SILVA PEREIRA, T. Direito da criança e do adolescente: uma proposta interdisciplinar. Rio de Janeiro: Renovar, 1996.

Silva, E. A. A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas: o papel dos pais e dos cônjuges. In: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. SUPERA, 2006

SZYMANSKI, H. Trabalhando com famílias. São Paulo: CBIA/SP e IEE- PUC/SP, 1992.

TOROSSIAN, S.D. A construção das toxicomanias na adolescência: travessias e ancoragem. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2002.

VENÂNCIO, Joaquim. Textos de Apoio em Saúde Mental. Série Trabalho e Formação em Saúde. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2003

YUNES, João. O SUS na lógica da descentralização. *Estud. av.* [online]. 1999, vol.13, n.35 [cited 2012-06-29], pp. 65-70 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100006&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-4014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141999000100006>

Atividades autoinstrutivas

1. Aprovada em 2004, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), trouxe uma nova concepção da Assistência Social onde é correto afirmar que:

- a) Concebida como política pública transita para o campo dos direitos, da universalização de acesso e da responsabilidade estatal;
- b) Contribui com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em área urbana e rural;
- c) Assegura que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária;
- d) Possui modelo de gestão descentralizado e participativo;
- e) Todas as alternativas estão corretas

2. A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais é organizada por níveis de complexidade do SUAS: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial: de Média e Alta Complexidade. O nível de proteção social básica compreende o:

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)
- b) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI)
- c) Serviço Especializado em Abordagem Social;
- d) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC);
- e) Serviço de Acolhimento em República

3. Considerando o que Payá e Figlie (2004) caracterizam nas seis modalidades terapêuticas na abordagem familiar em dependência química, é correto afirmar que:

- a) Grupos de autoajuda: têm como base as 12 etapas dos alcoólicos anônimos;
- b) Enfoque sistêmico: busca a mudança no sistema entre os membros da família pela reorganização da comunicação;
- c) Abordagem cognitivo-comportamental: visa ao resgate de recursos pessoais para lidar com o processo de mudança de padrões de comportamentos familiares antigos, auxiliando na modificação de distorções cognitivas e crenças disfuncionais e possibilitando lidar de maneira mais eficiente com o dependente químico;
- d) Terapia familiar funcional: com abordagens sistemáticas, comportamentais e cognitivas;
- e) Todas as alternativas estão corretas

4. Famílias formadas por casais do mesmo sexo são:

- a) Famílias Nucleares
- b) Família Homoafetivas
- c) Famílias Binucleares
- d) Famílias Reconstituídas
- e) Famílias Mononucleares

5. Quais são os Desafios, e Soluções e Novos Problemas familiares:

- a) O distanciamento de vínculos familiares da família extensa bem como as dificuldades nos sentimentos de pertencimento
- b) As confusões na estruturação de identidades pessoais e familiares, têm como questão a ser trabalhada o afastamento na relação com pais
- c) Esclarecer as funções parentais confusas e o envolvimento de crianças em guerras relacionais de adultos
- d) Todas as alternativas estão corretas
- e) Entender que os processos profissionais não se restringem a acompanhar o processo de mudança que surge em torno da família contemporânea, mas propor intervenções intersetoriais;

6. As diferentes estruturas familiares, as relações que seus membros estabelecem entre si e com o mundo, bem como as estratégias construídas para preservar e educar as novas gerações contribui para:

- a) Aumentar as diferenças entre as pessoas
- b) A família não ser objeto de estudo
- c) Diminuir preconceitos e aprofundar o conhecimento sobre a família contemporânea.
- d) Gerar conflitos estruturais da família
- e) A família perder a identidade

7. Famílias constituídas de pai, mãe e filhos, são:

- a) Famílias Nucleares;
- b) Famílias Mononucleares
- c) Famílias Binucleares
- d) Famílias Reconstituídas
- e) Família Homoafetiva

8. Onde pode aplicar o termo “os meus, os teus, os nossos”:

- a) Produções conjuntas
- b) Casais do mesmo sexo
- c) Famílias Reconstituídas
- d) Guarda compartilhada
- e) De produções independentes ou de separações em que há ruptura da relação parental com um dos progenitores

9. Trabalhar a interdisciplinarmente justifica-se quando:

- a) Quando às práticas de intervenção social das Políticas Públicas tem desenho intersetorial;
- b) Trata-se de uma intervenção prática que se concretiza por meio da concentração das várias especializações das ciências humanas;
- c) Fomenta a produção de conhecimento no processo de ir e vir das relações e demandas profissionais;
- d) Possibilita na ação profissional o pluralismo e a equidade entre os profissionais das diferentes áreas;
- e) Todas as alternativas estão corretas

10. O fortalecimento de vínculo familiar enquanto política pública é justificado quando:

- a) A sociedade for mais verticalizada
- b) A sociedade for mais participativa
- c) A sociedade for menos organizada em rede do que as tradicionais pirâmides de autoridade
- d) Quando os profissionais e o poder público substituírem a família
- e) O poder público olhar a família como parte integrante do processo de seu protagonismo, respeitando a trajetória familiar.

11. Qual a justificativa para a criação de políticas na área da infância e adolescência no Brasil?

- a) A partir da necessidade de propor ações e criar instituições capazes de responder ao crescente processo de marginalização dos jovens pobres, principalmente a partir da década de 1960, como medida de “prevenção social”;
- b) A partir da necessidade de criação de programas e instituições para lidar com os problemas relacionados a crianças e adolescentes abandonados, marginalizados ou oriundos de famílias em situação de extrema pobreza;
- c) para desconstruir a ideia da desvalorização dos jovens como mão de obra desqualificada;
- d) Superar a ideia fragmentada de atuação estatal e favorecer a intersetorialidade das políticas sociais;
- e) Todas as alternativas estão corretas

12. Compreende a abrangência da fase dos adolescentes:

- a) Idade cronológica
- b) Desenvolvimento biológico
- c) Desenvolvimento cognitivo e psicológico
- d) Mudança de status legal e possibilidade de participar de eventos da vida adulta.
- e) Todas as alternativas estão corretas

13. Sobre o estatuto da criança e do adolescente, podemos dizer que:

- a) A adolescência é uma época de grandes transformações, descobertas, rupturas e aprendizados; mas também fase que envolve riscos, medos, amadurecimentos e instabilidades.
- b) A criação do ECA facilitou a garantia das ações direcionadas aos adolescentes, garantindo-lhes proteção da sociedade e do Estado.
- c) Houve um aumento na capacidade de ver essas crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e de maneira indissociável do seu contexto sociofamiliar e comunitário.
- d) Nas situações de risco e enfraquecimento de vínculos familiares, as estratégias de atendimento não devem esgotar as possibilidades de preservação dos mesmos.
- e) Todas as alternativas estão corretas

14. Sobre o processo de tratamento da dependência química na adolescência:

- a) Deve ser centrado no sintoma da dependência química
- b) deve ser centrado na causa da dependência química
- c) O fato de um adolescente usar drogas necessariamente o levará ao desenvolvimento de uma toxicomania
- d) Identifica o uso da droga
- e) Não deve tratar o usuário e sua configuração familiar e comunitária

15. Resposta: “são atos de agressão praticados por pais/responsáveis que podem ir de uma palmada até o espancamento ou outros atos cruéis que podem ou não deixar marcas físicas evidentes, mas as marcas psíquicas e afetivas existirão”. Essa é a definição de que tipo de violência:

- a) Física
- b) Negligente
- c) Psicológica
- d) Emocional
- e) Sexual

16. Qual tipo de violência, geralmente, é ignorada por não deixar marcas físicas, entretanto a dor que ela causa é profunda e dificilmente desaparece.

- a) Física
- b) Negligente
- c) Psicológica
- d) Emocional
- e) Sexual

17. Este tipo de violência pode se manifestar pela ausência dos cuidados físicos, emocionais e sociais, em função da falta de assistência de que a família é vítima

- a) Física
- b) Negligente
- c) Psicológica
- d) Emocional
- e) Sexual

18. Assinale os sintomas de abuso sexual intrafamiliar :

- a) Agitação noturna
- b) Pesadelos frequentes
- c) Autoflagelação
- d) Comportamento sexual inadequado para a idade
- e) Todas as alternativas estão corretas

19. Como a Constituição Federal prevê o atendimento a família?

- a) Entende que todas as famílias têm direito a proteção social no Brasil.
- b) Que todas as famílias podem acessar os benefícios sociais independente da faixa de renda.
- c) É dever do Estado, assim como da família colocar a criança, adolescente e jovem a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.
- d) Que o estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos membros que a integram.
- e) Todas as alternativas estão corretas

20. O que se entende por Protagonismo Social?

- a) Uma ação em grupo, onde são definidas estratégias de ação coletivas.
- b) Um fenômeno pelo qual os agentes locais se reconhecem como sujeitos
- c) Estratégias de ações para fortalecer a participação, a reflexão e a criatividade.
- d) Estratégias de dominações por parte do governo federal.
- e) As alternativas a, b e c estão corretas.

21. Que fatores caracterizam as mudanças de paradigma no trabalho de desenvolvimento comunitário?

- a) A mudança das relações tradicionais na proposição e gerenciamento das políticas sociais.
- b) Um movimento em direção ao pensamento "científico", que identifica as variáveis dos resultados em dados disponíveis, identificando novas possibilidades.
- c) O reconhecimento de que a mudança não é um fim por si só, mas um meio de se atingir outros objetivos.
- d) A possibilidade de enriquecimento da vida dos indivíduos ao ampliar seus horizontes e reduzir seu senso de isolamento.
- e) Todas as alternativas estão corretas.

22. Identifique as diretrizes políticas recentes que refletem as mudanças no atendimento familiar?

- a) Fortalecer a função protetiva da família, contribuindo na melhoria da sua qualidade de vida.
- b) Prevenir a ruptura dos vínculos familiares e comunitários, possibilitando a superação de situações de fragilidade social vivenciadas.
- c) Promover aquisições sociais e materiais às famílias, potencializando o protagonismo e a autonomia das famílias e comunidades.
- d) Promover acessos a benefícios, programas de transferência de renda e serviços socioassistenciais, contribuindo para a inserção das famílias na rede de proteção social de assistência social.
- e) Todas as alternativas estão corretas

23. Como o trabalho da rede social pode beneficiar o trabalho junto às famílias?

- a) Integrar as diversas políticas públicas voltadas para a promoção dos direitos da criança e do adolescente: saúde, educação, assistência social, cultura, esporte, etc.;
- b) Articular ações governamentais e não governamentais na assistência à criança e adolescentes: programas e serviços de atendimento existentes no município devem interagir entre si, devem trocar informações necessárias e socializar metodologias e conhecimentos acumulados, ter complementariedade para evitar a sobreposição e a dispersão de recursos;
- c) Introduzir mecanismos de acompanhamento e avaliação, importantes para monitorar a política implementada como também a qualidade do serviço e o impacto na vida da criança e do adolescente e de suas famílias,
- d) Dar assistência e acompanhar as famílias para assegurá-las dos direitos garantidos pela Constituição Federal.
- e) Todas as alternativas estão corretas

24. Quais características devem nortear o trabalho social com famílias?

- a) O reconhecimento que as pessoas são ou podem vir a ser autores e atores de sua própria história.
- b) O resgate de seus saberes, da (re)construção de valores, identificação de habilidades e potencialidades.
- c) Situar os beneficiários como protagonistas e tomar o contexto local como ponto de partida.
- d) Desenvolver ações que visem contribuir para a construção e fortalecimento de uma identidade pessoal e local.
- e) Todas as alternativas estão corretas

25. O que os estudiosos concebem como pobreza?

- a) Uma família ou uma pessoa é considerada pobre quando vive numa situação de privação de renda
- b) Considera-se também a privação de outros recursos necessários para obter uma situação de vida que permita que ela desempenhe seus papéis, cumpra seus deveres.

- c) Tem como parâmetro que tenha direito e participe das relações sociais e compartilhe costumes da sociedade em que vive.
- d) Pessoas que estão privadas dos seus direitos básicos, como saúde, alimentação, educação e moradia, e encontram dificuldade para assegurar esses direitos.
- e) Todas as alternativas estão corretas

26. Segundo France (...), existe um sentimento, ou seja, algo essencial que deve ocorrer no processo de recuperação.

- a) Piedade
- b) Mansidão
- c) Verdade
- d) Paciência
- e) Compreensão

27. O tratamento ambulatorial é uma das modalidades de tratamento na dependência química e é um recurso indicado quando:

- a) Procura-se tratar a pessoa sem retirá-la do ambiente atual
- b) O jovem não tem uma rede de apoio familiar e social
- c) Casos graves, que demandam cuidados intensivos
- d) O jovem tem um bom suporte social e familiar
- e) Para evitar a internação hospitalar

28. O perfil indicado para o terapeuta comunitário é definido em qual pilar da terapia comunitária?

- a) Pensamento sistêmico
- b) Teoria da comunicação
- c) Antropologia cultural
- d) Pedagogia da libertação de Paulo Freire
- e) Resiliência

29. Como o dependente químico pode ser entendido?

- a) Como uma pessoa que possui uma doença e que necessita tratamento.
- b) Uma pessoa que necessita de um trabalho multiprofissional com intervenções que visem sua reabilitação e reinserção à sociedade.
- c) Uma pessoa que necessita de investimento em estratégias de promoção da saúde e prevenção do uso e abuso de drogas.
- d) Uma pessoa que está totalmente dependente de uma substância química da qual não consegue se desvencilhar sem ajuda profissional social e familiar.
- e) Todas as alternativas estão corretas

30. Como o Codependente pode ser caracterizado?

- a) Caracteriza-se por um distúrbio mental juntamente com ansiedade, angústia e compulsividade obsessiva em relação a tudo o que envolve a vida de um dependente químico.
- b) O codependente deixa de viver a sua própria vida, para se dedicar totalmente a tudo que acontece na vida do dependente.
- c) Codependência é a incapacidade de manter e nutrir relacionamentos saudáveis com os outros e consigo mesmo.
- d) O codependente tem um comportamento facilitador ao dependente, de assumir responsabilidades pelo dependente e muitas vezes acabar compactuando com a dependência química.
- e) Todas as alternativas estão corretas

31. De que forma a abordagem do modelo de doença familiar tradicional, considera a dependência química:

- a) Entende o fenômeno da dependência química como um sintoma da disfunção familiar, sintoma este que expressa um conjunto de comportamentos desajustados.
- b) Parte do princípio de que a família e a pessoa dependente têm uma doença
- c) compreende que o papel da família é dar alimento e moradia para seus membros.
- d) Considera que um dos membros está doente e necessita de cuidados.
- e) Nenhuma alternativa está correta.

32. Como a abordagem sistêmica encara a questão da dependência química?

- a) Parte do princípio de que a família e a pessoa dependente têm uma doença.
- b) Considera que os indivíduos têm que resolver seus problemas sozinhos.
- c) Considera que a família não será afetada pelo problema de um de seus membros.
- d) Considera que a família é total responsável pela recuperação da dependência química.
- e) Considera que só o dependente é afetado e apenas ele receberá assistência.

33. Como o modelo familiar comportamental, considera a dependência no âmbito familiar.

- a) Considera que os hábitos gerados pela dependência são aprendidos se mantidos por meio de reforços positivos e negativos, os quais podem ser provenientes das interações familiares.
- b) Compreende quando os vizinhos são dependentes toda a vizinhança será dependente.
- c) Acredita na força do grupo, para mudar o hábito de um, deve-se mudar o hábito de todos.
- d) Que o fato de ter antecedentes usuários na família não afeta no estímulo do uso das drogas de seus descendentes.
- e) Que uma família com dependentes químicos pode afetar outra família.

34. Como o modelo psicossocial, considera a dependência química no âmbito familiar?

- a) Os fatores psicológicos, sociais, culturais e espirituais desempenham um importante papel na causa, no curso e nos resultados do transtorno causado pela dependência.
- b) Somente os fatores sociais interferem nos processos de dependência química
- c) O indivíduo torna-se dependente porque se sente muito inserido socialmente.
- d) Considera que os fatores culturais e espirituais independem dos fatores psicológicos e sociais no curso e nos resultados dos transtornos causados pela dependência.
- e) O indivíduo torna-se dependente porque se sente excluído da sociedade.

35. Como a família pode atuar positivamente no âmbito da chamada codependência?

- a) A família deve isolar o indivíduo até que ele encontre o propósito de sua vida.
- b) A família deve fazer tudo o que o indivíduo quer para que ele não se sinta rejeitado pelos membros familiares.
- c) Os chamados codependentes merecem atenção especial já que as consequências negativas geradas pelo uso de drogas atingem de forma igual os pacientes e seus familiares.
- d) A família pode auxiliar o dependente químico tornando-se responsável pelos atos e problemas do usuário levando em conta que o mesmo não tem consciência responsável pelas atitudes feitas durante o efeito causado pelo uso droga.
- e) A família não deve interferir durante o tratamento do dependente químico, pois o principal responsável pela recuperação é o próprio dependente.

36. Que comportamentos devem ser motivados no âmbito familiar para que haja resultado efetivo das ações?

- a) A família deve apenas auxiliar na medicação encaminhada pelo médico psiquiatra.
- b) A família deve seguir a receita pronta do posto de saúde.
- c) A família deve ignorar o usuário e se manter distante durante o tratamento.
- d) Faz-se necessário um “movimento interno”, ou seja, a construção pela própria família a respeito de sua realidade e condição, entrando em contato com suas reais necessidades para que assim haja significado para ela qualquer movimento que vise atendê-las.
- e) A estrutura familiar não afeta na recuperação do paciente, o foco está apenas no tratamento efetivo do usuário sem a preocupação para com os problemas restantes da família.

37. Como a equipe de profissionais deve posicionar-se em relação à família.

- a) A equipe deve limitar-se a ouvir o paciente.
- b) Conhecer a realidade familiar, pessoal e social e o histórico de vida do paciente em questão, é possível estabelecer um controle no processo de prestação de serviço a respeito do comportamento previsto ou imprevisto do paciente, bem como no processo de adaptação institucional e social.
- c) É suficiente ouvir o paciente, a família pode ficar isolada do processo.

- d) Não é necessário conhecer a realidade familiar, apenas analisar o problema com o dependente e tentar resolvê-lo de maneira objetiva.
- e) Nenhuma alternativa está correta.

38. Quais questões estão relacionadas aos aspectos que envolvem o enfrentamento ao uso da droga?

- a) Pouca oferta e baixa procura para as substâncias psicoativas
- b) Produção, comercialização, oferta e Consumo e consequências.
- c) Poucos consumidores e muita vigilância policial.
- d) Pouca procura por assistência ao usuário.
- e) Campanhas de combate às drogas e ações para diminuir o narcotráfico

39. Como a questão do consumo da droga é tratada historicamente ?

- a) Como ideias baseadas no plano de governo dos Estadunidense cujo tema é “tolerância zero ao uso de drogas”;
- b) A política americana tem baseado suas ações na repressão ao uso, à produção e à venda de drogas. São gastos milhões de dólares anualmente em programas com esses objetivos sem muito resultados;
- c) Há muitas críticas em relação a esse tema, pois declarando guerra às drogas estamos também declarando guerra às pessoas que a usam. Outra crítica é que não estão alcançando os objetivos com essas medidas repressivas.
- d) Apenas a alternativa C está correta
- e) As alternativas A, B e C estão corretas

40. Como uma rede socioassistencial pode ser caracterizada?

- a) Rede social de apoio;
- b) Com caráter multidisciplinar;
- c) Voltada ao atendimento à família;
- d) Permite uma atuação mais abrangente e multidisciplinar de um conjunto de atores de diversas instituições;
- e) Todas as alternativas estão corretas

41. Como ocorre a consolidação de um trabalho em rede?

- a) Através da integração de diversas políticas
- b) Pela articulação de ações governamentais e não governamentais existentes no município
- c) Pela introdução de mecanismos de acompanhamento e avaliação
- d) Pela mobilização da sociedade para participar na política do atendimento, organizando-se para ter instrumentos de controle social compartilhado e planejado.
- e) Todas as alternativas estão corretas

42. Segundo Maluf (2002), existem alguns fatores que colocam a vida em risco e que exigem internamento. Quais são eles?

- a) Ambiente familiar estruturado;
- b) Acompanhamento parental eficiente;
- c) Falta de vínculos afetivos, agressões físicas e/ou psicológicas;
- d) Comportamento apropriado em sala de aula;
- e) Resistência à oferta de drogas

43. Pode ser citada como uma das técnicas de trabalho com famílias:

- a) Ações socioeducativas
- b) Atividades individuais
- c) Reuniões em grupo
- d) Reuniões individuais
- e) As letras a e c estão corretas

44. Quais são os instrumentos importantes para abordagens do trabalho social com famílias?

- a) Entrevista
- b) Visita domiciliar
- c) Elaboração de autobiografia
- d) As alternativas a e b estão corretas
- e) As alternativas e, b e c estão corretas

45. Qual o papel do terapeuta comunitário?

- a) É considerado um “facilitador”
- b) É autoritário
- c) Participativo
- d) Motivacional
- e) Somente a alternativa b está errada

46. Quais são os objetivos da terapia comunitária?

- a) Reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo, para que este possa descobrir seus valores, suas potencialidades e tornar-se mais autônomo e menos dependente.
- b) Reforçar a autoestima individual e coletiva.
- c) Redescobrir e reforçar a confiança em cada indivíduo, diante de sua capacidade de evoluir e de se desenvolver como pessoa.
- d) Valorizar o papel da família e da rede de relações que ela estabelece com o seu meio.
- e) Todas as alternativas estão corretas

47. Como definir comunidade?

- a) Um grupo de pessoas que estão em permanente interação;
- b) Um grupo que em uma parte consegue defender interesses comuns, amplos, complexos, abrangentes, buscando o bem-estar social;
- c) Que compartilham um mesmo espaço geográfico;
- d) São espaços de construção e reconstrução social;
- e) Todas as alternativas definem comunidade e estão corretas

48. Qual processos são observáveis na comunidade?

- a) Sua história
- b) Sua cultura
- c) Os recursos disponíveis
- d) Os problemas mais comuns
- e) Todas as alternativas estão corretas

49. Como agir em comunidade?

- a) De forma participativa
- b) De forma horizontal
- c) De forma vertical
- d) De forma circular
- e) As alternativas a, b e d estão corretas

50. O Modelo Coparticipativo da terapia comunitária sugere uma mudança na postura profissional de:

- a) Profissional deixa de ser Salvador da pátria para buscar Soluções participativas
- b) Profissional não deve ser Comunitário mas Unitário (técnico)
- c) Profissional não deve perceber a comunidade como parceiro ativo mas como objeto passivo
- d) Profissional não deve perceber que as soluções vêm das famílias mas achar que as soluções devem vir de fora da família.
- e) Profissional não deve garantir a Cidadania para garantir o Clientelismo

Anotações

Currículo da professora-autora

Maria José Soares de Mendonça

<http://lattes.cnpq.br/1027162026084724>

Assistente Social PUCPR. Mestre em Gestão Urbana PUCPR. Atua como docente na disciplina Avaliação de Políticas Públicas na Faculdades Integradas “Espírita”. Terapeuta Comunitária. Profissional de Desenvolvimento Social - PROFIDES/ Instituto Fonte para o Desenvolvimento Social. Sócia fundadora da A&C Capacitação Profissional e Gerencial, que atende profissionais e organizações que atuam em projetos e programas socioambientais no sentido de aperfeiçoar e difundir conceitos e práticas na área de monitoramento e avaliação social, contribuindo assim para a promoção do desenvolvimento sustentável, por meio do fortalecimento político-institucional, apoiando a sustentabilidade de comunidades, movimentos e iniciativas sociais. Cursando MBA em Gerenciamento de Projetos na ISAE / FGV e Programa Gaia Educação gaia - design para sustentabilidade.



