

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA MARIA RIBEIRO KNISS

**PROPOSTA DE INCORPORAÇÃO DO MODELO DO ORGANISMO NÃO  
GOVERNAMENTAL AMOR EXIGENTE AO PROGRAMA DE SAÚDE FAMILIAR  
EM CURITIBA**

CURITIBA  
2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA MARIA RIBEIRO KNISS

**PROPOSTA DE INCORPORAÇÃO DO MODELO DO ORGANISMO NÃO  
GOVERNAMENTAL AMOR EXIGENTE AO PROGRAMA DE SAÚDE FAMILIAR  
EM CURITIBA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Gestão em  
Saúde da Universidade Federal do Paraná como  
requisito parcial para obtenção do grau de  
Especialista em Gestão de Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elizabeth Bernardino

Curitiba  
2011

## DEDICATÓRIA

*Sola fide*

*Sola gratia*

*Sola scriptura*

*Soli deo*

Somente pela fé

Somente pela graça

Somente pelas escrituras

Somente a Deus seja: honra, glória e poder.

*“[...] Até bem pouco tempo atrás*

*Poderíamos mudar o mundo  
Quem roubou nossa coragem?”*

*(Renato Russo)*

## CARTA ABERTA A MINHA FAMÍLIA

“Sou um usuário de drogas. Preciso de ajuda.

Não resolvam meus problemas por mim.

Isto somente me faz perder o respeito por vocês.

Não censurem, não façam sermões, não repreendam, não culpem ou discutam, esteja eu drogado ou sóbrio. Isto pode fazer vocês se sentirem melhor, mas só vai piorar a situação.

Não aceitem minhas promessas. A natureza da minha doença me impede de cumpri-las, mesmo que naquele momento tencione fazê-las.

As promessas são meu único meio de adiar a dor.

E não permitam mudanças de acordos.

Se um acordo foi feito, mantenham-se firme nele”.

NAR-ANON do Brasil

“A culpa paralisa a família, que por isso, não busca uma possível solução.  
É preciso conversar com profissionais, com amigos, com pessoas que vivem o mesmo problema se libertar do peso da culpa e tomar atitude.”

(Padre Haroldo Rahm,2009 )

As pessoas que tivessem vínculos com o dependente começaram a ser chamadas de **co-dependentes**, e foram caracterizadas como vivendo para...

## RESUMO

Tendo em vista que a questão das drogas, no século XXI não é vista como uma deficiência moral, mas como uma questão de saúde pública, a dicotomia público-privada precisa ser desconstruída, sendo a promoção de saúde envolvendo a família não pode passar despercebida pelo Estado.

A estrutura da Organização não governamental (ONG) Amor Exigente existe há 27 anos, trabalhando com a problemática do codependente de drogas, que são as pessoas que vivem com e em função do adicto.

A proposta é a implementação do saber acumulado da ONG Amor Exigente ao Centro de Atendimento Psissocial (Caps) e no Programa de saúde familiar (PSF) na cidade de Curitiba para que o Estado cumpra o que prevê no atual Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.

## RESUMEN

Dado que el tema de las drogas en el siglo XXI no es visto como una deficiencia moral, sino como un asunto de salud pública, la dicotomía público-privado que se deconstruye y promoción de la salud involucrando a la familia no puede pasar desapercibido por el Estado.

La estructura de la organización no gubernamental (ONG) que exige el amor existe hace 27 años, trabajando con el problema de las drogas co-dependiente, que las personas que viven con y en función del adicto.

La propuesta es la aplicación de los conocimientos acumulados de la ONG Centro de Amor Exigente cuidado Psissocial (CAPS) y el Programa de Salud Familiar (PSF) en Curitiba en el estado para hacer lo que se espera en el actual Sistema políticas públicas nacionales contra la Droga.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
1.1 APRESENTAÇÃO .....	7
1.2 OBJETIVO GERAL.....	8
1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO .....	9
<b>2. REVISÃO TEÓRICO-EMPIRICA</b> .....	9
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	10
<b>4. ORGANIZAÇÃO PÚBLICA</b> .....	11
4.1 DESCRIÇÃO GERAL .....	11
4.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA .....	14
<b>5. PROPOSTA</b> .....	16
5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA.....	16
5.2 PLANO DE AVALIAÇÃO .....	18
5.3 RECURSOS .....	19
5.4 RESULTADOS ESPERADOS .....	20
5.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS .....	21
<b>CONCLUSÃO</b> .....	26
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	27
<b>APÊNDICE</b> .....	30



## INTRODUÇÃO

### 1.1 APRESENTAÇÃO

A Legislação do Brasil prevê na lei no 11.343/2006, de 23 de agosto de 2006 ([http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111343.htm)) que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad determina que:

*§ 1º O tratamento do dependente ou do usuário será feito de forma multiprofissional e, sempre que possível, com a **assistência de sua família**.*

Apesar da intenção, hoje isto não acontece de uma maneira geral, os atendimentos realizados nos Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) e no Programa de Saúde Familiar (PSF) não abrangem a família do drogadito – os co dependentes. Por este termo co dependente, se entende o familiar, o colega de trabalho, o chefe, o amigo, é o vizinho, e todos que procuram remover as conseqüências dolorosas do abuso de drogas do dependente, para e pelo dependente, com a intenção de minimizar ou de esconder o ocorrido, facilitando a vida do dependente químico. Todo aquele que se encontra emocionalmente ligado e oferece sentimentos e sua vida para “proteger seu dependente”, visando impedir que o comportamento anti-social torne-se transparentes, é um co-dependente.

E o co-dependente que age assim, escondendo os fatos que se constituem numa vergonha para todos por total desinformação, imagina que está ajudando. É o famoso "CARROSSEL DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: no centro, o dependente químico agindo e ao redor os co-dependentes estão reagindo, todos estão vivendo em função do dependente. O dependente se droga, fica doidão e os outros reagem a sua drogadição e as suas conseqüências, o dependente responde as essas reações e se droga novamente, estabelecendo o carrossel da dependência química. (Pastoral da Sobriedade Volta Redonda).

Os co-dependentes precisam ter coragem de colocar limites, fazendo parar de girar o carrossel e de desligar-se emocionalmente do dependente, e sentindo seu próprios sentimentos e vivendo suas próprias vidas. É dificultado o caminho para

que o dependente consiga entrar em recuperação se não tiver a assistência para isto.

Temáticas que integram família, políticas públicas e uso de substâncias psicoativas são assuntos rotineiros tanto no senso comum como nas práticas profissionais e acadêmicas, e por isto este projeto traz como assunto principal o auxílio ao co dependente do usuário de drogas, já que na atualidade o Programa de Saúde Familiar de acordo com LEYCOVITZ & GARRIDO (1996) é um modelo de atenção que reforça a idéia de saúde como um direito de cidadania, e que este modelo deve oferecer serviços mais resolutivos, integrais e humanizados, e na realidade hoje não contempla com atenção a família que passa pelos percalços de ter um integrante dependente de drogas.

Souza (1999) destaca alguns compromissos importantes da prática da Saúde da Família como **espaço social familiar** como núcleo básico da abordagem, assistência integral, resolutiva, contínua e de qualidade, intervenção em fatores de risco, humanização da assistência, criação de vínculos e co-responsabilidade entre profissionais e a comunidade, desenvolvimento de ações intersetoriais através de parcerias; democratização do processo saúde-doença, da organização do serviço, da produção social da saúde como direito da cidadania e organização da comunidade para efetivo exercício do controle social.

Porém, ao contrário de outras ações desenvolvidas pelos profissionais do PSF em outras áreas de atenção à saúde, que já há tempo vem se mostrando de maneira clara e objetiva, o que se observa cotidianamente é que muito pouco se aborda quanto ao abuso e dependência das drogas na prática do profissional no PSF (GONÇALVES, 2002).

## 1.2 OBJETIVO GERAL.

Integrar a metodologia da ONG Amor Exigente a estrutura física dos postos de atenção a saúde e nos Centros de atenção para dar apoio a família que enfrenta a drogadição.

### 1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO

Pode se considerar, na visão de Viana & Dal Poz (1998), que o PSF iniciou a partir do Programa dos Agentes Comunitários da Saúde instituído pelo Ministério da Saúde, com uma proposta centrada na assistência à família como unidade de ação programática de saúde, deslocando a atenção do indivíduo para a família.

Publicado em 1994, o documento BRASIL (1994) revela que a implantação do PSF tem como objetivo geral:

“melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade”.

Trata-se de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

A justificativa social do programa encontra-se nesta problemática das drogas, principalmente na sua influência à criminalidade, o que constitui um grave problema social que necessita de urgentes soluções. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas reconhece um ‘atraso histórico’ do SUS em relação às políticas públicas para a drogadição, indicando

“a necessidade de uma ação não apenas ampliada, mas para onde devem concorrer diferentes saberes e aportes teórico-técnicos” (Brasil, 2003, p.7). Aponta, ainda, para uma perspectiva transversalizadora, diversificada em ofertas terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras da saúde que permitam reconhecer o usuário, suas necessidades e vínculos com seus familiares.

## 2. REVISÃO TEÓRICO-EMPIRICA

Oetting & Donnermeyer (1998), discorrem que em relação a drogas, cada cultura tem diferentes formas de regulação) de tal modo que seu uso pode ser requisitado, tolerado ou sancionado.

Cabe ressaltar que o termo “ drogadito”, – “adicto”, – é aqui empregado no seu sentido etimológico próprio: como um estado de submissão e dependência do indivíduo, com restrita vontade.

Em sentido amplo a palavra droga refere-se a qualquer substância ou ingredientes utilizados em farmácias e laboratórios químicos. Muitas vezes também são chamadas de drogas as bebidas alcoólicas e o cigarro. Porém, as drogas aqui tratadas são aquelas consideradas ilícitas, ou seja, aquelas que a lei proíbe seu comércio e uso, as quais a Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, conceitua em seu artigo 1º, como:

*Parágrafo único. Para fins desta Lei, considera-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União.*

### **3. METODOLOGIA**

O trabalho da equipe da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. O agente comunitário de saúde, por ter estreito vínculo com a realidade familiar é o profissional que precisa ser mais minuciosamente treinado na questão de percepção da realidade da drogadição no meio familiar. Formalmente as equipes deveriam ser compostas de um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. (Ministério da saúde –Dab).

Dentro desta proposta agora apresentada, precisaria ser ampliada com mais um profissional da saúde, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional ou psicólogo com complementação do saber, especializado em drogadição.

Os profissionais eleitos para este trabalho deverão acompanhar o trabalho feito em uma unidade do Amor Exigente, nas reuniões semanais, por 1 ano, tempo suficiente para entender os 12 princípios que devem ser aplicados no

programa a ser implementado, já que apenas um princípio é trabalhado por um mês inteiro. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde.

As unidades básicas de saúde, local de trabalho das equipes se caracterizam por ser :

- porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde.
- por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade;
- por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta;
- por prestar assistência integral, permanente e de qualidade;
- por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

O critério populacional, no entanto, deve ser compreendido apenas como um orientador para o planejamento das ações de saúde. De fato, é o gestor local, articulado com as outras instâncias de gestão do SUS, que terá as condições mais adequadas para definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de seu município.

## **4. ORGANIZAÇÃO PÚBLICA**

### **4.1 DESCRIÇÃO GERAL**

Entende-se políticas públicas como esforços e recursos investidos pelo Estado, através de decisões de consenso tomadas por governantes na forma de leis, regras ou regulações. O consenso implica em decisões que se embasam em evidências documentadas a ponto de ser ponto de concordância entre especialistas e autoridades da área, em prol do interesse público.

As evidências científicas são necessárias, principalmente para quem elabora os programas, pois podem facilitar a avaliação de estratégias disponíveis e familiarizar o profissional da saúde, principalmente de saúde mental, com o trabalho

realizado .O atual fluxo das políticas públicas segue como uma pirâmide: no seu topo, estão os responsáveis pelo planejamento e decisões e com recursos para a realização das diretrizes; no meio, encontram-se os técnicos responsáveis pela execução e implementação de um programa já elaborado; e, na base, existem os numerosos usuários do programa, os que ‘recebem’ a política(Aun, Coelho & Esteves de Vasconcellos, 2005).

Existe hoje o modelo de assistência em saúde mental, redefinido em redes de atenção especializadas e compostas por dispositivos extra-hospitalares, tais como o serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas para o problema de álcool e drogas – CAPSad, o qual busca:

1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
3. Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensivo e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;
5. Oferecer **cuidados aos familiares dos usuários** dos serviços;
6. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura, lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento do problema;
7. Trabalhar, junto a **usuários e familiares**, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo. (Brasil, 2003).

Considerando que o Caps é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento, atenta-se que os projetos desses serviços, muitas

vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.

Janeiro de 2011, e a cidade de Curitiba, capital do estado do Paraná, tem 3 172 357, habitantes em 201 1 e para esta demanda de população conta com rede própria de atenção a saúde composta de 136 equipamentos de Saúde, sendo 50 unidades básicas de saúde, 55 unidades básicas com estratégia de programa de saúde familiar, 4 unidades de saúde complexa, 7 unidades especializadas, 10 Caps registrados, com 5 em funcionamento, e dentre destes 2 levam a denominação Caps ad- que trata do problema de drogadição.

Já o Programa de Saúde da Família constitui-se em uma importante estratégia na formulação de um novo modelo de saúde, fundamentado nos princípios da descentralização das ações, na universalização do atendimento, na equidade, na resolutividade e na participação da comunidade. Foi organizado com o objetivo de contribuir na reorientação dos sistemas municipais de saúde e conseqüente implementação do SUS, pois se propõe, na decisão política, a imprimir uma outra dinâmica de atenção à saúde, na qual se privilegia o estabelecimento de vínculos de compromissos de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

As intervenções, cuja base é a família, podem ter maior sucesso no engajamento, na retenção e no resultado com os adictos do que as intervenções focadas no indivíduo. Em geral, os profissionais de saúde ainda não incorporam, na sua prática, o conhecimento advindo dessas intervenções, talvez pelo pouco acesso às investigações realizadas. Isso mostra que ainda há um fosso entre o mundo da pesquisa e o da prática.

O Amor-Exigente (AE) é um programa de proteção social cujo objetivo é ajudar a família (chamada co dependente) quem está vivenciando problemas com dependência química, esta atuante há 27 anos. O programa de auto e mútua ajuda leva a pessoa a agir ao invés de só falar. Por meio dos 12 Princípios Básicos desencoraja a violência e a agressividade e estimula a cooperação comunitária familiar. O enfoque n do tratamento se dá através de uma abordagem educativa em grupos de reflexão, questionamento e posicionamento que, nas partilhas e metas semanais, levam os participantes a atingirem seus objetivos. O Amor-Exigente é um

programa de auto e mútua ajuda que desenvolve preceitos para a organização da família, que são praticados por meio dos 12 Princípios Básicos e Éticos, da espiritualidade e dos grupos de auto e mútua-ajuda que através de seus voluntários, sensibilizam as pessoas, levando-as a perceberem a necessidade de mudar o rumo de suas vidas e do mundo, a partir de si mesmas. Atualmente, o movimento conta com 10 mil voluntários, que realizam, aproximadamente, 100 mil atendimentos mensais por meio de reuniões, cursos e palestras. São 536 grupos no Brasil, 2 na Argentina, 1 no Peru e 9 no Uruguai, além de 350 grupos em fase experimental. São familiares que buscam maior qualidade de vida, eis o grande desafio do Amor-Exigente. Os desajustes são processos lentos e chegam ao ponto da insustentabilidade

*“O codependente é Atado na pessoa problema -Uma expressão que representa bem a maneira como o codependente adere à pessoa problemática é atadura emocional. Dizemos que existe atadura emocional quando uma pessoa se encontra atrelada emocionalmente a coisas negativas ou patológicas de alguém que o rodeia; seja esposo, filho, parente, companheiro de trabalho, etc. Devida a essas amarras emocionais o codependente passa a ser quase um outro dependente” (Ballone, 2008)*

A proposta do programa para ser instituído é ensinar a vivenciar os 12 Princípios básicos do AE e estabelecer, a partir deles, o alicerce do relacionamento dos familiares

#### 4.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Por primeiro, o projeto moderno do Estado Social de Direito não foi iniciado ainda no imaginário e as práticas sociais dos governos, instituições e sociedade geral, o que torna difícil para abraçar as famílias como sujeitos de direitos individual e coletivamente. A inclusão da família no tratamento de dependentes químicos tem sido consideravelmente estudada, no entanto, não existe um consenso sobre o tipo de abordagem a ser utilizado, dentre as várias propostas. A literatura tem concluído que a terapia familiar e de casal produzem melhor desfecho quando comparada com famílias que não são incluídas no tratamento(Noel, 1993)



O impacto que a família sofre com o uso de drogas por um de seus membros é correspondente as reações que vão ocorrendo com o sujeito que a utiliza (Bennun, 1995). Este impacto pode ser descrito através de quatro estágios pelos quais a família progressivamente passa sob a influência das drogas e álcool:

1. Na primeira etapa, é preponderantemente o mecanismo de negação. Ocorre tensão e desentendimento e as pessoas deixam de falar sobre o que realmente acontece com elas.
2. Em um segundo momento, a família demonstra muita preocupação com essa questão, tentando controlar o uso da droga, bem como as suas conseqüências físicas, emocionais, no campo do trabalho e no convívio social. Mentiras e cumplicidades relativas ao uso abusivo de álcool e drogas instauram um clima de segredo familiar. A regra é não falar do assunto, mantendo a ilusão de que as drogas não estão causando problemas na estrutura da família..
3. Na terceira fase, a desorganização da família é enorme. Seus membros assumem papéis rígidos e previsíveis, servindo de facilitadores. As famílias assumem responsabilidades de atos que não são seus, e assim o dependente químico perde a oportunidade de perceber as conseqüências do abuso de drogas. É comum ocorrer uma inversão de papéis e funções, como por exemplo, a esposa que passa a assumir todas as responsabilidades de casa em decorrência do uso de drogas do marido, ou a filha mais velha que passa a cuidar dos irmãos em conseqüência do uso de drogas da mãe.
4. O quarto estágio é caracterizado pela exaustão emocional, podendo surgir graves distúrbios de comportamento e de saúde em todos os membros. A situação fica insustentável, levando ao afastamento entre os membros gerando desestruturação familiar.

Crescer em uma família que possui um dependente químico é sempre um desafio, principalmente quando falamos do contato direto de crianças e adolescentes com esta realidade. Filhos de dependentes químicos apresentam risco aumentado para transtornos psiquiátricos, desenvolvimento de problemas físico-emocionais e dificuldades escolares.

Dentre os transtornos psiquiátricos, apresentam um risco aumentado para o consumo de substâncias psicoativas quando comparado com filhos de não dependentes químicos, sendo que filhos de dependentes de álcool têm um risco

aumentado em 4 vezes para o desenvolvimento do alcoolismo (Bereson D ,1976 ,Keller, 1979). No entanto, também é um grupo com maior chance para o desenvolvimento de depressão, ansiedade, transtorno de conduta e fobia social(McCrady BS,1986).Em relação ao desenvolvimento de problemas físico-emocionais, é predominante a baixa auto-estima, dificuldade de relacionamento, ferimentos acidentais, abuso físico e sexual. Na maioria das vezes os filhos sofrem com uma interação familiar negativa e um empobrecimento na solução de problemas, uma vez que estas famílias são caracterizadas como desorganizadas e disfuncionais.

Estudos sobre violência familiar retratam altas taxas de consumo de álcool e drogas, sendo que filhos geralmente são as testemunhas da violência entre o casal e família, e por vezes alvo de abusos físicos e sexuais (Halpern SC. O,2002). Esta população também está mais freqüentemente envolvida com a polícia e com problemas legais quando comparados com filhos com ausência de pais dependentes químicos.

Atualmente o Estado não fornece condições para tratamento do familiar do drogadito, e talvez por esta lacuna tenha surgido o Amor Exigente ,um grupo social organizado, sem fins lucrativos, constituído formal e autonomamente, caracterizado por ações de solidariedade no campo das políticas públicas e pelo legítimo exercício de pressões políticas em proveito de populações excluídas das condições da cidadania, atende em Curitiba com 53 grupos, com reuniões noturnas, diárias, com duração de duas horas, há demanda de procura e é preciso deixar de lado a delimitação publico privado e tentar fazer uma integração da experiência com a estrutura do aparelho do Estado.

## **5. PROPOSTA**

### **5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA**

A proposta é para que os profissionais de saúde que vão orientar os co dependentes possam vivenciar os 12 Princípios básicos do AE e estabelecer, a partir deles, o alicerce do relacionamento dos familiares, tendo como ponto de

partida o PSF e o Caps. A necessidade de resgatar a família para a formação de vínculos é de suma importância no trabalho de recuperação do familiar drogadito.

Quanto aos desafios da família de políticas públicas são ainda mais complexas.

A família tem um papel importante na criação de condições relacionadas tanto ao uso abusivo de drogas pelo familiar, quanto aos fatores de proteção, funcionando igualmente como antídoto, quando o uso de drogas já estiver instalado (Liddle & Dakof, 1995).

As intervenções, cuja base é a família, podem ter maior sucesso no engajamento, na retenção e no resultado com os adictos do que as intervenções focadas no indivíduo. Em geral, os profissionais de saúde ainda não incorporam, na sua prática, o conhecimento advindo dessas intervenções, talvez pelo pouco acesso às investigações realizadas. Isso mostra que ainda há um fosso entre o mundo da pesquisa e o da prática clínica.

Com objetivo da formação e desenvolvimento em saúde, o Sistema Único de Saúde já criou os pólos de Capacitações em Saúde da Família. Os pólos são espaços de articulação entre o conhecimento e a ação, favorecendo uma aproximação entre as instituições formadoras e as ações e serviços de saúde. Esta é uma política de educação combinada e tem como proposta uma ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização de serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão e as instituições formadoras. Ressalta-se que a educação à distância deve também ser incluída entre estas alternativas.

Neste sentido, e cabe neste momento a capacitação de profissionais de várias áreas da saúde, não apenas psicólogos, mas fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos e dentistas, profissionais com curso superior na área de saúde e que tenham afinidade e interesse por pessoas e pela temática drogas e família.

Para tanto, cabe aos Estados identificar as necessidades de capacitação dos profissionais para os serviços e articular com os órgãos formadores para que disponibilizem capacitações de acordo com a Política Estadual e Nacional de Saúde.

Muitos fatores de diversas etiologias contribuem para o desenvolvimento da dependência química, no entanto, a organização familiar mantém uma posição de saliência no desenvolvimento e prognóstico do quadro de dependência química. Neste sentido, a abordagem familiar deve ser considerada como parte integrante do tratamento e um programa bem sucedido é essencial para um desfecho favorável. Daí a necessidade de se especificar o tipo de intervenção de acordo com a meta do tratamento e as necessidades e capacidades da família, evitando adiantar-se a prontidão e motivação da mesma para a mudança.

Em termos de modalidades, a opção pode ser trabalhar com grupos de multifamiliares: através de um encontro de famílias que compartilham da mesma problemática, cria-se um novo espaço terapêutico que permite um rico intercâmbio a partir da solidariedade e ajuda mútua, onde as famílias se convocam para ajudar a solucionar o problema de uma e de todas, gerando um efeito em rede. Todas as famílias são participantes e destinatárias de ajuda.

## 5.2 PLANO DE AVALIAÇÃO

### 5.2.1 Primeiro momento: Adesão do gestor

A responsabilidade da Esfera gestora em atenção básica proposta é municipal e consiste em:

- definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território, definindo duas unidades básicas de saúde para implementação deste projeto, fazendo a gestão e a gerencia. O financiamento as ações sairiam da rede municipal.

### 5.2.2 Segundo momento: processos de formação

- educação em saúde com ênfase na educação permanente das equipes, coordenações e gestores que vão atuar na unidade de saúde

ações articuladas com as instituições formadoras para promover mudanças na graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde, de modo a responder aos desafios postos pela expansão e qualificação da equipe.

Terceiro momento: Atuar de forma intersetorial, através de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, não apenas em situações específicas da saúde, mas em outras que tenham efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e da comunidade.

Quarto momento: As equipes acompanhando por um ano, um programa de um mesmo grupo do AE, para entender a abordagem do método.

### 5.3 RECURSOS

A estrutura do Estado já existe. E é uma boa estrutura. Precisa que profissionais de gestão de saúde, que estão aptos para esta nova visão possam elaborar a implementação de um projeto piloto, por um tempo mínimo de 3 anos. Um projeto que não esteja exposto aos maremotos políticos. Urge um alinhavar de ações estruturadas, coerentes e sem interrupções.

Os pólos de educação continuada, as universidades, a educação a distância, e todos os órgãos vinculados as drogas ilícitas, a estrutura física das unidades de saúde básica, e a experiência da ONG Amor exigente. Esta tudo aí, praticamente nada precisa ser criado especificamente. Então a relação custo /benefício parece ser boa, podendo ser eficaz e eficiente...

O gasto extra ficaria por conta de selecionar, contratar e remunerar profissionais de gestão de saúde e profissionais da área de saúde que manifestem interesse em trabalhar com a área específica, compondo uma equipe multidisciplinar mais ampla, do que existe hoje no Programa de Saúde Familiar que é composto apenas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário.

Ao profissional especializado em gestão de saúde caberia acompanhar e avaliar o trabalho das equipes de Saúde da Família; alimentar a base de dados do Sistema de Informação, verificar consistência dos dados inseridos no sistema; estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais e não-governamentais.

A este profissional cabe a a função de planejar.

Planejar é prever e organizar as ações para corrigir os problemas de saúde, analisar, estabelecer críticas e avaliar ações depois de executadas, fazendo a sua permanente adequação às necessidades que se apresentam ao longo do caminho

Fekete (1999), citada por Sakai et al. (2001, p. 111), aponta que “um dos desafios do SUS é o trabalho em saúde, com profissionais capacitados para o enfrentamento dos principais problemas de saúde, das necessidades dos serviços e da gestão do trabalho”. Estes profissionais devem ser compreendidos como “sujeitos/agentes do processo de mudança e por isso devem ser tratados de forma diferente dos outros recursos necessários para a atenção à saúde”.

#### 5.4 RESULTADOS ESPERADOS

A formulação de políticas públicas sobre a família, a partir da perspectiva reconhecimento dos direitos deve superar a dicotomia público / privado, o reconhecer que a vida das pessoas leva nessas áreas sobrepostas entre si, eles influenciam uns aos outros, que as questões da vida familiar além do escopo perto de outras áreas, mais amplo em redes sociais que leva uma parte importante da vida para os seres humanos. Portanto, integração entre direitos e deveres, responsabilidade pública e privada elementos individuais e sociais de um sistema é inerente a todas as processo de formulação de políticas públicas

A ação eficaz de saúde deve buscar estabelecer uma verdadeira interação com a comunidade e, ao mesmo tempo, reorganizando, a demanda por assistência. O acompanhamento para se mensurar o sucesso de implementação deste molde sugerido, seria a adesão crescente de pessoas as reuniões.

O programa de assistência a família nos moldes da ONG amor exigente, que tem lapidado esta forma de atendimento pode se apresentar como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, como destacada por TRAD & BASTOS (1998), a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer.

O objetivo maior é assegurar as famílias que tem o enfrentamento da destruição das drogas ilícitas no seio da família a capacidade de participar na definição de seu projeto de vida e assegurar link na realização de políticas, como o propósito de desenvolvimento de ações e não como o mediador, receptor ,objeto, ou pano de fundo das ações externas.A partir desta perspectiva é criar um processo de formulação e implementação de políticas de demandas inclusivas e democraticas, sabendo que tudo converge da e para a familia e esta não pode ficar tão desassistida como esta neste momento.

## 5.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

### 5.5.1 Melhor cenário

Algumas intervenções que antecedem este processo são favoráveis, como atendimentos individuais às esposas ou pais e/ou intervenções de orientação e suporte. É através do atendimento familiar que os membros passam a receber atenção não só para suas angústias, como também começam a receber informações fundamentais para a melhor compreensão do quadro de dependência química, e conseqüentemente melhora no relacionamento familiar.

Uma avaliação familiar pode ser um grande auxiliar no planejamento do tratamento; fornece dados que corroboram com o diagnóstico do dependente químico, bem como funciona como forte indicador do tipo de intervenção mais adequado tanto à família quanto ao dependente.Pode ser uma nova fronteira no tratamento da dependência química, sendo uma das áreas menos exploradas e talvez uma das mais controversas.

Dependente e co dependente juntos, com metas de renovação, de restauração, poderão caminhar sob a luz norteadora dos Princípios do Amor Exigente, capazes de proporcionar novos comportamentos. E, se separados, poderão também renovar suas vidas, buscando o autoconhecimento, a recuperação pessoal e relações saudáveis

A prática de cuidados relacionados ao abuso e dependência de drogas no PSF deve priorizar medidas seletivas de prevenção e de prevenção primária por meio de ações de promoção da saúde, envolvendo o indivíduo, as famílias, os grupos e a comunidade na criação de condições de redução da demanda de oferta de drogas. Sendo que, o que deve fazer a diferença na atuação do Programa Saúde da Família é a criatividade, a inovação, a qualidade, a integralidade, a singularidade da assistência oferecida pelos profissionais da equipe de saúde.

Esse estudo vem reiterar que, embora os profissionais da atenção primária não estejam preparados em suas habilidades teórico-práticas para manejar com essa questão; uma vez se investindo, valorizando, capacitando e explorando as potencialidades dos profissionais da atenção primária à saúde, estes podem contribuir efetivamente no âmbito da assistência aos usuários de drogas.

#### 5.5.2 Pior cenário

A dificuldade da família tomar atitude. Como é difícil! Por que as famílias adiam tanto? Na maioria das vezes, o que impede as famílias de tomarem atitudes é o medo. Medo das reações, medo de não conseguir manter a atitude tomada, medo de precisar manter essa atitude e não saber quais conseqüências terão, medo de abrir mão de certas conveniências...Medo dos "ses" e também muita culpa. Medo e culpa servem apenas para adiar uma tomada de posição. Quanto mais se tarda a tomar uma atitude, maior se torna o problema. Tomar atitude requer coragem, compromisso, firmeza, perseverança e fé.

Vejo como primeira atitude quando a família, normalmente a mãe, busca a ajuda do Amor-Exigente, vencendo a barreira da vergonha.

Alguns problemas podem aparecer no momento em que a família resolve participar do tratamento:

**1º O dependente sabe mais sobre drogas do que a família.** A família é pouco informada sobre a questão das drogas, em especial as drogas proibidas (ilícitas). A pouca informação que a família possui vem dos meios de comunicação e de outras pessoas. Geralmente são distorcidas e sensacionalistas. O assunto é tratado de modo assustador. As drogas são apresentadas como algo demoníaco. Isso deixa os pais e filhos longe de um entendimento. Cria-se um clima de guerra, tudo é muito



terrível e ameaçador. A família deve se informar primeiro! Além disso, não deve ter medo de dizer ao dependente que não entende do assunto. Afirmar algo sem saber o que se está dizendo, aumenta ainda mais a distância e a chances de diálogo.

**2º. A família fica sem saber qual a sua função.** As drogas provocam mudanças importantes na vida familiar. Pais estão acostumados a serem os mentores dos filhos. De repente os filhos entram num campo desconhecido. Passam saber que coisas que os pais não tem a mínima noção. Quando o dependente é um dos pais, os filhos vêem-se em uma situação igualmente confusa: como interferir na vida daquele que os criou e ensinou como as coisas deveriam ser? Sem saber o que fazer com sua autoridade (abalada), muitos optam pelo autoritarismo. Isso só deixa o relacionamento ainda mais deteriorado.

**3º A família já tinha problemas muito antes da droga aparecer.** Famílias com problemas podem se constituir num fator de risco para o aparecimento do consumo abusivo de drogas entre seus membros. Não que a desestrutura seja a única causa ou a causa mais importante, mas pode contribuir. Desse modo, o tratamento da dependência passa pela avaliação da família e pela necessidade de seus membros também procurarem orientação e tratamento. Estudos mostram que vítimas de maus tratos, a presença de consumo problemático de drogas entre os mais velhos, violência, ausência de rotina familiar e a dificuldade dos pais em colocar limites nos filhos aumenta o risco do surgimento de dependência entre os seus membros.

Desse modo, a cura passa a ser responsabilidade não só de dependente, mas de todos que o cercam.

**4º A família culpa o dependente ou se culpa.** Apontar culpa é exercer um julgamento. O veredito de um julgamento é uma conclusão. Não precisa ser interpretado, entendido. Deve ser cumprido e pronto. Não há mais o que fazer... Esse é um grande erro que a família comete. Se os pais ou os filhos se culpam ou culpam alguém pelo que fizeram ou deixaram de fazer no passado acabou-se a possibilidade de seguir adiante. *Ninguém tem culpa da situação, mas todos podem assumir responsabilidades para solucionar o problema!* A presença desse espírito por parte de todos durante do tratamento melhora as chances de recuperação do dependente. Além disso é uma grande oportunidade para sanar as dores e os ressentimentos que se acumularam debaixo do tapete e que agora, apesar de volumosas, ninguém quer ver.

**5º Falta uma figura neutra.** Por tudo o que já foi dito anteriormente, a análise do problema pela família e pelo dependente encontra-se distorcida. Muitas vezes pais e filhos (não importando quem seja o dependente) confundem a incapacidade de ambos em lidar com o problema, com as dores e ressentimentos que rolaram no passado. Qualquer família erra, deixa de fazer ou mesmo traumatiza seus membros. Por outro lado também lhe dá habilidades e compensações para minimizar ou superar essas perdas. Esse não é um caminho frutífero. Se a conversa não é mais possível, ou se só é possível dessa maneira, é sinal que chegou a hora de buscar uma figura neutra. Ela pode ser o profissional capacitado, que se incumbirá de dar o tom do tratamento e ouvirá os dois lados. Antes de chegar ao tratamento, outras figuras neutras importantes podem ser evocadas para facilitar o processo, e este pode ser o papel do profissional da saúde. A família no tratamento significa buscar um novo elo entre os seus membros. Um novo casamento, uma nova criação dos filhos, uma nova imagem do pai e da mãe. O caminho novo a seguir é incerto e por isso sujeito a erros. Muitos erros surgirão.

Impossível não errar dentro de uma situação tão complexa como essa. Aliás só não cometem erros aqueles que nada tentam...

A todo instante tais erros precisam ser conversados, discutidos a fundo entre os membros e a equipe profissional que os assiste. Tratar o dependente não se resume à busca pela abstinência. É também a construção de um novo estilo de vida.

### 5.5.3 Para o dependente e para a família.

A prática de cuidados relacionados ao abuso e dependência de drogas no PSF deve priorizar medidas seletivas de prevenção e de prevenção primária por meio de ações de promoção da saúde, envolvendo o indivíduo, as famílias, os grupos e a comunidade na criação de condições de redução da demanda de oferta de drogas. Sendo que, o que deve fazer a diferença na atuação do Programa Saúde da Família é a criatividade, a inovação, a qualidade, a integralidade, a singularidade da assistência oferecida pelos profissionais da equipe de saúde, e da forma que hoje se estrutura uma unidade de saúde talvez não haja espaço para esta unidade e esta singularidade.

Esse estudo vem reiterar que, embora os profissionais da atenção primária não estejam preparados em suas habilidades teórico-práticas para manejar com essa questão; uma vez se investindo, valorizando, capacitando e explorando as potencialidades dos profissionais da atenção primária à saúde, estes podem contribuir efetivamente no âmbito da assistência aos usuários de drogas.

## CONCLUSÃO

A Codependência também pode ser agravante e desencadeante de depressão, suicídio, doenças psicossomáticas, e outros transtornos. Os grupos de ajuda para familiares de dependentes químicos devem visar principalmente, reverter este quadro, orientando os familiares a adotarem comportamentos mais saudáveis. O primeiro passo em direção a esta mudança é tomar consciência e aceitar o problema. Na família da pessoa problemática as relações familiares e a comunicação interpessoal vão se tornando cada vez mais complicadas.

A comunicação se faz mais confusa e indireta, de modo que é mais fácil encobrir e justificar a conduta do dependente do que discuti-la. Esta dificuldade (disfunção) vai se convertendo em estilo de vida familiar e produzindo, em muitos casos, o isolamento da família dos contatos sociais cotidianos. As regras familiares se tornam confusas, rígidas e injustas para seus membros, de forma que os deveres passam a ser distorcidos, com algum prejuízo das pessoas que não têm problemas e privilégios da pessoa problemática.

Como se vê, a conduta codependente é uma resposta doentia ao comportamento da pessoa problemática, e se converte em um fator chave na evolução da dependência, isto é, a Codependência promove o agravamento da situação da pessoa problemática, processo chamado de facilitação. Mas, os codependentes não se dão conta de que estão facilitando o agravamento do problema, em parte pela negação e em parte porque estão convencidos de que sua conduta esta justificada, uma vez que estão “*ajudando*” o dependente a não se deteriorar ainda mais e que a família não se desintegre.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, Sonia et al. **Cultura e política nos movimentos latino-americanos**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2000.

AUN, J. G., Esteves de VASCONCELLOS, M. J., & COELHO, S. V. (2005). **Atendimento de famílias e redes sociais: Fundamentos teóricos e epistemológicos**. Belo Horizonte: Oficina da Arte & Prosa.

**BALLONE GJ - Codependência** - in. PsiqWeb, Internet, disponível em [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br),

BECKER, Daniel. **Organizações da sociedade civil e políticas públicas em saúde**. In: GARCIA, Joana; LANDIM, Leilah; DAHMER, Tatiana. *Sociedades & políticas: novos debates entre ONGs e universidade*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

BENNUN I. Two approaches to Family Therapy with Alcoholics: Problem-solving as Systemic Therapy. **J Subst Abuse Treat** 1985;

CATALANO RF, GAINEY RR, FLEMING CB, HAGGERTY KP, JOHNSON NO. **An experimental intervention with families of substance abusers**: one-year follow-up of the focus on families project. *Addiction* 1999; (94)2:241-54.

COLLINS RL, LEONARD K, SEARLES JS. **Alcohol and the family**: research and clinical perspectives. New York: Guilford Press; 1990.

CORDER BF, CORDER RF, LAIDLAW ND. An intensive treatment program for alcoholics and their wives. *Quarterly J Stud Alc* 1972.

FACUNDO, F. R. G., & CASTILLO, M. M. A. (2005). **Adquisición del uso de alcohol** en un grupo de adolescentes mexicanos: el efecto de la relación con amigos. *Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 1(2), 1-13.

FIGLIE N; Fontes A; MORAES E; PAYÁ R. Filhos de Dependentes Químicos com fatores de risco bio-psico-sociais: necessitam de um olhar especial? **Rev Psiq Clin** 2004.

GONÇALVES, AM. **Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas**: um desafio da prática do programa saúde da família. 2002. 209p.Tese.(Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

HALPERN SC. **O abuso de substâncias** psicoativas: repercussões no sistema familiar. *Pens fam* 2002. The family in the change process. In: Miller WR, Heather

NH editors. Treating addictive behaviors: Process of Change. New York: Plenum: 1986.

KELLER DS; GALANTER M; WEINBERG S. Validation of a scale for network therapy: a technique for systematic use of peer and family support in addiction treatment. Am J Drug Alc Abuse 1997 Feb;

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M.. **Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool** [online]. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2004.

MANDELLI, M.J. A gerência dos meios de produção na unidade da rede básica de saúde: um enfoque integrado da administração de materiais, serviços gerais e orçamentária financeira. In: SANTANA, J.P. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do sistema único de saúde (SUS)**. Brasília: OPAS/OMS, 1997.

McCrary BS. **The family in the change process**. In: Miller WR, Heather NH editors. Treating addictive behaviors: Process of Change. New York: Plenum: 1986,

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social**; crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002. 288 p. Ministerio da Saúde – Departamento de atenção Básica.

NOEL NE, MCCRADY BS. **Alcohol-focused spouse involvement with behavioral marital therapy**. In: TJ O'Farrell editors. Treating alcohol problems: Marital and family interventions. New York: Guilford Press: 1993.

OETTING ER & DONNERMEYER JF 1998. **Primary socialization theory**: the etiology of drug use and deviance. Part I. *Substance Use & Misuse* 33(4):995-

Pastoral da Sobriedade de Volta Redonda –em [.pastoralsobriedadevr.com](http://pastoralsobriedadevr.com), acessado em 25/09/2011

SAKAI, M. H. et al. Recursos humanos em saúde. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JÚNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina, PR: UEL, 2001. cap. 5, p. 111-124.

SALA, A. A avaliação de programas de saúde. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 117-118.

SEIBEL, S. & TOSCANO Jr, A. Dependência de Drogas. São Paulo: Atheneu. 2001  
SLUZKI, Carlos E.. *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997

SOBOLL, M. L. M. et al. **Sistemas de informação em saúde, mecanismo de controle**, de auditoria e de avaliação. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. (Org.) Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS. São Paulo: USP,

SOUZA, H. M. de. **O Programa de Saúde da Família no contexto do Sistema Único de Saúde**. In: Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, p. 24-26, 1999.

SUDBRACK, M.F.O. (2004) **Abordagens Comunitárias e redes sociais: um novo paradigma na prevenção da drogadição**. Em: Carvalho, D.B. B; Sudbrack, M.F.O; Silva, M.T. Crianças e adolescentes em situação de rua e consumo de drogas. Plano Editora

TRAD, L. A. B., & BASTOS, A. C. de S. (1998). O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): Uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública, 14**

VIANA, A . L. D.; DAL POZ. M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis: **Rev. Saúde Coletiva**, 8,1998 .

ZIMERMAN, David. E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

## APÊNDICE

### Princípios Básicos de Orientação dos Grupos do Amor Exigente

- Raízes culturais – os problemas da família tem raízes na estruturação da sociedade atual.
- Pais também são gente.
- Os recursos são limitados.
- Pais e filhos não são iguais
- A culpa torna as pessoas indefesas e sem ação.
- Comportamento O comportamento dos filhos afeta os pais ;o comportamento dos pais afeta os filhos.
- Tomada de atitude – Tomar atitude precipita crise.
- Crise – Da crise bem administrada surge a possibilidade de mudança positiva.
- Grupos de apoio – na comunidade famílias precisam dar e receber apoio.
- Cooperação – a essência da família repousa na cooperação, não só na convivência.
- Exigência de disciplina – A exigência de disciplina tem o objetivo de ordenar e organizar a nossa vida e da família.
- Amor – o amor com respeito, sem egoísmo, sem comodismo deve ser um amor que orienta, educa e exige.