

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

**ADRIANA PEREIRA SOUZA**

**FAMÍLIAS E DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**FRANCA**

**2017**

**ADRIANA PEREIRA SOUZA**

**FAMÍLIAS E DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social: Formação e Prática Profissional**

**Orientadora: Profa. Dra. Nayara Hakime Dutra Oliveira**

**FRANCA**

**2017**

Souza, Adriana Pereira.

Famílias e dependência química / Adriana Pereira Souza.  
– Franca : [s.n.], 2017.

130 f.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Orientadora: Nayara Hakime Dutra Oliveira

1. Serviço social com a família. 2. Usuários de drogas.  
3. Drogas – Vício - Tratamento. I. Título.

CDD – 362.1786

**ADRIANA PEREIRA SOUZA**

**FAMÍLIAS E DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como pré-requisito para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social: Formação e Prática Profissional.**

**BANCA EXAMINADORA**

**Presidente:** \_\_\_\_\_

**Profa. Dra. Nayara Hakime Dutra Oliveira**

**1º Examinador:** \_\_\_\_\_

**2º Examinador:** \_\_\_\_\_

**Franca, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.**

Dedico este trabalho a todos que acreditaram e torceram por mim. Em especial a Associação Mão Amiga Recanto Janaína (AMARJA) que tem marcado minha história, por me desenvolver como ser humano e por ter me dado a oportunidade de colocar em prática meus sonhos e valores, ressignificando minha missão de vida. Dedico ainda a todas aquelas pessoas que lutam contra si e contra o mundo para ter uma vida digna mesmo tendo vivenciado as dificuldades causadas pela dependência química.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiro por ter me dado vida, inteligência e sabedoria necessária para chegar até aqui, por ter enviado seu filho Jesus Cristo que nos revelou a verdade, ensinando com sua vida a lei do amor, por ter me concedido seu Santo Espírito que me guia e protege pelos caminhos que eu escolhi. Agradeço a Virgem Maria, minha intercessora que nos momentos mais difíceis recorri e me atendeu *“totus tuus ego sum mariae et omnia mea tua sunt”*.

Agradeço a minha família, a “Família Trapo”, sem vocês não seria quem eu sou hoje. Só nós sabemos o valor que tem um simples título para nossa história. Tantas dificuldades e problemas nos têm feito mais fortes e nos dado mais vontade e coragem de lutar.

Agradeço em especial a minha mãe, Terezinha, obrigada por acordar todos os dias de madrugada e ir fazer suas faxinas para nos dar tudo aquilo que você não teve, você é minha inspiração, e quando penso que já não vou conseguir mais lembro de você e consigo mais um pouco.

Agradeço a CAPES que financiou este projeto, me possibilitou dedicar mais aos estudos, me possibilitou participar de grandes eventos internacionais como a Jornada de Jovens Investigadores na Argentina em 2015 e o Congresso da Associação Latino Americana de Serviços de Saúde (CALASS) em Brasília em 2016.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UNESP pelo conhecimento adquirido neste período, pelo crescimento profissional que nos proporcionam em cada atividade realizada. Aqui em especial agradeço a Prof. Cirlene, que demonstra amor em tudo que faz, que tem o dom da palavra como ninguém e neste tempo coordenou com maestria o programa, também agradeço ao Mauro, o que seria de nós nessa pós sem o Mauro??? Você é um excelente profissional, serei eternamente grata por seus atendimentos e cuidados conosco. Você marcou minha trajetória na UNESP, desde a graduação ao realizar minha matrícula, até na minha defesa de mestrado, quando sei que com todo carinho fará a documentação necessária para a banca. Gratidão a todo amor com que vocês dois desempenham suas funções.

Agradeço imensamente a minha banca de qualificação!!! Que momento rico!! Quanta partilha... quanto carinho... Professora Doutora Josiani Julião, Professora

Doutora Fernanda Sarreta... Sem as contribuições de vocês na qualificação esta pesquisa não seria tão boa e gostosa de realizar.

Agradeço a Nayara, que aqui dispense a formalidade de chamá-la de professora doutora, pois você não me orientou só para pesquisa, mas me orientou para vida. Obrigada pelo carinho, pela confiança no meu trabalho, pela amizade que estabelecemos ao longo desses 4 anos de orientação (2 de graduação e 2 de mestrado), nunca me esquecerei de nossa primeira orientação do mestrado e de sua fala: "Onde quer que esteja, esteja por inteiro". Sua inteireza comigo neste processo de pesquisa e aprendizagem foi fundamental. Quem diria que aquela pessoa que eu não conhecia, mas que me chamou atenção em uma defesa de Doutorado, em um momento da minha vida em que eu nem sabia direito o que estava acontecendo ali, mas estava atenta assistindo sua defesa em uma sala lotada!!! Quem diria... Hoje é minha orientadora no mestrado. Sou grata pelo caminho que o Senhor fez para nós.

Agradeço ao meu Grupo de Pesquisa o GEPEFA, vocês são fundamentais na minha formação, tanto profissional, quanto pessoal.

Agradeço ao meu Grupo de Extensão o FAFAMI, que me permite levar para a prática as discussões teóricas que a Universidade me proporciona.

Agradeço à AMARJA, minha segunda família, sem a abertura de vocês para o desenvolvimento do ser humano como um ser integral eu não teria chego até aqui. Acreditaram no meu trabalho e no meu potencial de desenvolvimento. Agradeço a cada um de coração, principalmente a Janaína que idealizou este trabalho e ao Marcos que transformou um sonho em realidade e permitiu que o trabalho desenvolvido pela entidade resgatasse tantas e tantas vidas. Mesmo não tendo os conhecido sou grata, mesmo não estando mais fisicamente em nosso meio tenho a certeza que estão acompanhando todo trabalho e intercedendo por nós.

Agradeço a minha Comunidade Neocatecumenal, as orações de cada irmão foram meu combustível nessa caminhada. Vocês conheciam meu sonho... vocês conhecem minha vida como ninguém... e torcem para cada vitória minha. Obrigada!!

Obrigada as minhas amigas Ieda e Giselle que leram minha dissertação para me ajudar a fazer a revisão teórica e a Viviane que fez a tradução do resumo, com vocês partilhei meus sofrimentos nesse percurso com vocês partilho também minhas alegrias!!!

Não deixarei nunca de lembrar-me do saudoso Prof. Dr. Pe. Mário José Filho, a quem devo minha paixão pela pesquisa, a quem pedi muitas vezes a intercessão e

auxílio nos momentos em que pensei desistir. De onde estiver sei que sempre estará comigo. Meu eterno orientador.

E por último e que não posso deixar de lembrar aqui é da minha companheira... ela que também receberá o título de mestre junto comigo... foram muitas madrugadas juntas ... em muitas delas mais atrapalhou que ajudou... minha Úrsula, gatinha que encontrei na rampa de acesso aos departamentos na minha primeira semana de aula da pós... Gatínea lindínea e muito estudiosa!!!

Gratidão eterna a todos e todas!!!

“Concedei-nos Senhor, a serenidade necessária, para  
aceitar as coisas que não podemos modificar, coragem para  
modificar aquelas que podemos e sabedoria para distinguirmos  
umas das outras.”

Reinhold Niebuhr

SOUZA, Adriana Pereira. **Famílias e dependência química**. 2017. 130 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2016.

## RESUMO

Esta investigação se propôs a analisar a ligação do desenvolvimento da dependência química com os fatores de risco e proteção destacando os que envolvem as famílias, percebendo assim qual papel a família ocupa na vida dos que desenvolveram a dependência química. Através de pesquisa documental, realizada na Associação Mão Amiga Recanto Janaína (AMARJA), comunidade terapêutica (CT), de Franca, utilizando como método a análise de conteúdo, essa pesquisa qualitativa do tipo exploratória, perpassa brevemente pelo contexto histórico das famílias e das drogas, refletindo e apresentando os resultados simultaneamente o que permite, através de fatos, comprovar o cientificamente exposto. A análise das políticas pública dentro do segmento que envolve a dependência química, a visão crítica do serviço social sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas são outros assuntos que aborda-se durante a pesquisa como forma de subsidiar o diálogo entre os resultados apresentados. Perceber as relações familiares e o desenvolvimento da dependência química enquanto doença como expressão da questão social, em uma sociedade onde as famílias são muito cobradas e pouco protegidas, foi primordial para responder as inquietações que surgiram no processo de pesquisa e revisão bibliográfica.

**Palavras-chave:** famílias. dependência química. comunidade terapêutica. relações familiares. Serviço Social.

SOUZA, Adriana Pereira. **Famílias e dependência química**. 2017. 130 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2016.

### **ABSTRACT**

This research proposed to analyze the connection between the development of the chemical dependence and the risk and protection factors, emphasizing those involving families, thus realizing what role the family occupies in the life of the participants. Through documentary research held in the Association "Mão Amiga Recanto Janaína" (AMARJA), therapeutic community (TC) from Franca, using as method the analysis of content, this qualitative research of the exploratory type goes briefly through the historical context of families and drugs, reflecting and presenting the results simultaneously, which allows us, through facts, to prove the scientifically exposed. The analysis of the public policies within the segment that involves chemical dependence, the critical view of social service about the regulation of therapeutic communities are other issues that are addressed during the research as a way to subsidize the dialogue between the presented results. To understand family relationships and the development of chemical dependence as a disease as expression of the social question, in a society where families are heavily charged and poorly protected, it was fundamental to answer the concerns that arose in the process of research and bibliographic review.

**Keywords:** families. chemical dependency. therapeutic community. family relationships. Social Service.

## LISTA DE SIGLAS

A.C	Antes de Cristo
AA	Alcoólicos Anônimos
AMARJA	Associação Mão Amiga Recanto Janaína
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COMAD	Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CTs	Comunidades Terapêuticas
DISE	Delegacia de Investigações Sobre Entorpecentes
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
EUA	Estados Unidos da América
FUNAD	Fundo Nacional Anti Drogas
FUNCAB	Fundo de Prevenção e de Combate às Drogas de Abuso
GRIDE	Grupo de Reflexão Inclusiva para o Desenvolvimento
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NA	Narcóticos Anônimos
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
OSCs	Organizações da Sociedade Civil
RDC	Diretoria Colegiada
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SPA	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema único de Saúde
THC	Tetrahydro-cannabinol
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Configurações Familiares.....	55
Gráfico 2. Condições de habitação .....	66
Gráfico 3. Renda familiar.....	68
Gráfico 4. Moradia.....	69
Gráfico 5. Responsáveis .....	72
Gráfico 6. Parentesco dos responsáveis .....	73
Gráfico 7. Uso realizado pelo pai .....	75
Gráfico 8. Uso realizado pela mãe.....	76
Gráfico 9. Uso realizado por avós.....	76
Gráfico 10. Idade referente ao início do uso de drogas.....	84
Gráfico 11. O início do uso – sequência de drogas utilizadas.....	85
Gráfico 12. Principal substância.....	86
Gráfico 13. Tempo que a família levou para descobrir o uso de SPA.....	87
Gráfico 14. Idade dos acolhidos.....	94
Gráfico 15. Passagem pela polícia .....	93
Gráfico 16. Situação de trabalho.....	94
Gráfico 17. Nível de escolaridade .....	95
Gráfico 18. Com quem passa o tempo livre.....	96
Gráfico 19. Satisfação com a forma que se passa o tempo livre .....	97
Gráfico 20. Importância do tratamento .....	98
Gráfico 21. Formas de desligamento da CT .....	100
Gráfico 22. Tempo de permanência no tratamento .....	103

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Fatores de proteção .....	59
Quadro 2. Fatores de risco .....	60
Quadro 3. Fatores de risco associados ao uso e/ou abuso de drogas precoce entre jovens .....	61
Quadro 4. Herdabilidade para dependências químicas em estudo de gêmeos .....	75
Quadro 5. Processo de Mudança .....	102

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Inter-relações entre esferas sociais e o adolescente na sociedade capitalista .....	89
---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Uso de diferentes drogas psicotrópicas entre 50.890 estudantes de ensino fundamental e médio das redes públicas e privadas das 27 capitais brasileiras, de acordo com os tipos de uso, com análise comparativa entre as duas redes de ensino .....	88
--	----

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO 1 A PESQUISA.....</b>	<b>21</b>
1.1 O percurso metodológico .....	22
1.2 As Comunidades Terapêuticas.....	26
1.2.1 Breve percurso histórico .....	27
1.3 AMARJA .....	29
1.3.1 Metodologia de trabalho.....	30
1.3.2 A equipe interdisciplinar .....	35
1.3.3 Os recursos .....	37
1.4 O Serviço Social e a crítica às CTs .....	38
1.5 Políticas públicas sobre drogas .....	41
<b>CAPÍTULO 2 AS FAMÍLIAS .....</b>	<b>48</b>
2.1 Configurações familiares .....	49
2.2 Fatores de risco e proteção .....	57
2.3 Famílias, pobreza, riqueza, enfim... a classe social .....	63
2.4 Construção e reconstrução de vínculos .....	68
2.5 O debate genético .....	71
<b>CAPÍTULO 3 O DESENVOLVIMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA .....</b>	<b>76</b>
3.1 O uso de drogas .....	77
3.2 O início do uso.....	81
3.3 O adolescer na sociedade capitalista .....	86
3.4 O tratamento .....	97
3.5 A Codependência .....	102
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>104</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>110</b>

## **ANEXOS**

<b>ANEXO A</b> - Regulamento interno para acolhidos na AMARJA.....	121
<b>ANEXO B</b> - Ficha de análise socioeconômica .....	123
<b>ANEXO C</b> - Ficha de avaliação psicológica.....	125

## INTRODUÇÃO

A dependência química ainda é vista como um tabu em nossa sociedade, popularmente ainda não é reconhecida como doença e isso tem gerado o preconceito com aqueles que sofrem com este mal do século.

O maior desafio referente a esta doença é que ela atinge também todos que convivem próximo a pessoa com dependência, podendo sofrer assim, com a chamada codependência.

As famílias que vivenciam a situação da dependência química em seus lares têm sido em muitos casos culpabilizada pela sociedade e desamparada pelo estado que não provê o mínimo necessário para um atendimento eficaz.

No dia a dia tem-se ignorado o fato das transformações societárias advindas de um sistema econômico que desfavorece a qualidade de vida, que pauperiza cada dia mais a população e cria, recria, situações de vulnerabilidade de muitos em detrimento do bem estar de poucos.

Esse trabalho é resultado de uma pesquisa documental realizado em uma instituição do terceiro setor que foi efetivado em um momento de grandes transições e transformações políticas e econômicas do país, perpassando uma situação de golpe escancarada, que retira direitos outrora já conquistados, sendo perverso olhar para nossa realidade social e perceber o sofrimento da população.

Por isso instituições como a pesquisada surgem cada vez mais para amenizar essa situação posta, e realizam um trabalho necessário, que deveria ser responsabilidade do Estado, mas por falta do suporte deste, pessoas de bem dedicam suas vidas pelo outro. Isso ainda nos faz acreditar na humanidade e na possibilidade de um cenário político justo e coerente.

Com o objetivo primário de analisar a ligação do desenvolvimento da dependência química com os fatores de risco e proteção destacando os que envolvem as famílias e percebendo assim qual papel ela ocupa na vida dos que desenvolveram essa doença, optou-se por realizar uma pesquisa documental em uma instituição que faz tratamento voluntário para dependentes químicos na cidade de Franca/SP. Foi selecionada então uma Comunidade Terapêutica que realiza trabalho direto com as famílias, a Associação Mão Amiga Recanto Janaína (AMARJA). Para coleta de dados foi realizado um recorte temporal, sendo escolhido o primeiro semestre de 2016, devido ao número de atendimentos realizados pela instituição que passava de 350 pessoas acolhidas até o ano mencionado.

Para compreender o desenvolvimento da doença e relacionar os fatores de risco e proteção com as relações familiares trabalharam-se alguns conceitos fundamentais que subsidiaram a compreensão durante toda a investigação.

Subsidiados cientificamente por pesquisadores como Fracasso (2013); Oliveira e Kerr-Corrêa (2013); Sanchez e Santos (2013); Engels (1995); Nayara Oliveira (2009); José Filho e Dalbério (2006); Porreca (2007); Sarti (2007); Batista Neto (2009); Payá (2011) pode-se verificar os dados com criticidade e suporte reflexivo necessário.

No primeiro capítulo apresenta-se o percurso metodológico da pesquisa, a criação das comunidades terapêuticas e seu advento no Brasil, a história da instituição escolhida, processos de trabalho, e ainda realiza-se um breve contexto sobre o diálogo do serviço social em relação aos serviços prestados pelas comunidades terapêuticas, finalizando com uma visão geral das políticas referentes às drogas, dessa forma se introduz ao segundo capítulo que tratará da questão da família propriamente dita.

Sobre as famílias, faz-se na introdução uma passagem geral que contextualiza os estudos históricos sobre origem e formações através dos avanços societários na história da humanidade, trabalhando assim as configurações familiares, onde já inicia-se a apresentação dos resultados obtidos através dos estudos feitos nos documentos da AMARJA, os fatores de risco e proteção que nos auxiliaram a compreender a instalação da doença, analisa-se a relação das famílias com a questão econômica e a ligação do uso de drogas em relação as classes sociais. Por fim faz-se um diagnóstico sobre a questão da construção e reconstrução dos vínculos estabelecidos, finalizando o eixo família com a questão do debate genético que perpassa o desenvolvimento da doença.

No terceiro capítulo o enfoque é para o desenvolvimento da dependência química, iniciando com a história do uso das drogas, o início do uso de substâncias, e a forma que ele se dá na sociedade, o adolescer enquanto momento de desenvolvimento humano que é propenso a situações de risco e como isso acontece na contemporaneidade em uma sociedade capitalista, após observa-se o desenvolvimento da doença e como surge a questão do tratamento e por fim aborda-se a codependência.

Em todos esses momentos trabalha-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (2004), através da análise documental fazendo a reflexão com o aporte teórico obtido.

Não poderia-se deixar de fazer um debate crítico sobre a drogadição enquanto expressão da questão social, trabalhando essa imagem e visão que a sociedade carrega e mostrando como o sistema vigente colabora para a propagação dessa expressão que se tornou um problema de saúde pública, por isso em diversos momentos essa perspectiva crítica aparece no trabalho.

Os resultados apresentados poderão auxiliar a pesquisadores e trabalhadores da área de drogas e dependência química a ter outro olhar para as famílias, a condensação de diversas referências renomadas sobre ambos os assuntos (famílias e dependência química) e a apresentação de dados importantes comprovam, o exposto por muitas pesquisas teóricas existentes.

Nas considerações finais é possível encontrar as respostas que buscava-se no objetivo desta pesquisa, fazendo assim um fechamento que fará com que cada um repense seu papel exercido socialmente referente ao tema abordado.

## **CAPÍTULO 1 A PESQUISA**

Pesquisar é tentar desvendar o aparente para chegar à essência daquilo que nos é apresentado. Dessa forma, em tudo que existe há a possibilidade de novas descobertas, novos contornos e novos caminhos a serem percorridos. (OLIVEIRA, N. H. D., 2009, p.137).

Iniciar um trabalho acadêmico, um artigo científico, uma resenha ou qualquer outra atividade deste segmento é sempre um desafio, mas se propor a realizar uma pesquisa de forma mais profunda realmente ultrapassa essas dificuldades. É difícil saber por onde começar, e por isso, fizemos a escolha de começar pelo começo, para que o leitor dos resultados finais deste processo acadêmico possa vivenciar conosco a narrativa de um tema que por ser tão pesado trataremos de uma forma leve.

### **1.1 O percurso metodológico**

As ruas de Franca têm apresentado a cada dia um rosto diferente em meio a multidão que se forma e passa por entre carros e emaranhados de pessoas. Rostos marcados pelo sofrimento, com pontas de dedos amarelados e feridos. Pessoas como nós, seres humanos, que muitas vezes mais incomodam do que causam compaixão.

Nosso cenário começa a se formar neste contexto. Em uma cidade tradicionalista, do interior do estado de São Paulo, de povo trabalhador e com população em constante crescimento, hoje com mais de 300 mil habitantes, conta com uma boa estrutura de saúde (quando comparada a grandes centros populacionais) e com diversos serviços da assistência social, mas ambos ainda se mostram insuficientes para atender toda a demanda existente, porém temos visto esforços para que a ampliação aconteça.

Uma cidade onde parte da população se reúne na Praça Central todos os domingos para ver a banda tocar logo após o término da missa das 19h, comendo pipoca e vendo seus filhos correrem entre bolas e bolhas de sabão.

Em meio a todos esses encantos, nas periferias desse pacato município crescem a violência, o tráfico e o uso de drogas:

A Polícia Civil registrou recorde de apreensão de drogas em 2016 na região de Franca (SP), segundo dados da Delegacia de Investigações Sobre Entorpecentes (Dise). De janeiro a dezembro, foram retiradas das ruas 1,1 tonelada de maconha, 14,5 quilos de cocaína e 11,9 quilos de

crack. Em Franca, o Jardim Aeroporto e a Vila São Sebastião lideram o ranking de ocorrências de tráfico de drogas. (G1 RIBEIRÃO E FRANCA, 2017).

Diante desta realidade, que vem modificando o cenário que descrevemos anteriormente, políticas de atendimento a população usuária de drogas tem sido disponibilizadas. Franca tem atualmente um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad)<sup>1</sup>, que está em expansão para se tornar um CAPSad III; em 2015 o município assinou o Programa Crack é Possível Vencer, do Governo Federal, e em 2016 fez chamamento público para credenciar Comunidades Terapêuticas (CTs) para o atendimento de 80 vagas em regime de internação voluntária. Além disso, conta com serviços especializados para atendimento a pessoas em situação de rua, que em sua maioria são usuárias de álcool e outras drogas, esses serviços são o Abrigo Provisório Municipal e o Centro Pop.

Nesse contexto, o desenvolvimento da dependência química se torna comum, essa doença se transforma num fenômeno também social, diferentemente da diabetes e hipertensão, que também são doenças crônicas a dependência química causa prejuízos para terceiros, e seu desenvolvimento está ligado a fatores de risco e proteção que envolve as famílias e a sociedade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o conceito de saúde é "[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades [...]", sendo assim, a Dependência química é considerada doença por se apresentar através de transtornos psiquiátricos, sendo considerada uma doença crônica que pode ser tratada e controlada, ela é caracterizada como progressiva, incurável, mas tratável, apesar de apresentar problemas significativos tanto físicos, mentais quanto sociais que ela ocasiona

---

<sup>1</sup>O que é: Ponto de Atenção constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente acompanhamento de pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, ou outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Atua de forma territorial, seja em situações de crise, seja nos diversos momentos do processo de reabilitação psicossocial. Há diversas modalidades de CAPS: I, II, III, álcool e drogas (CAPSad) e infantojuvenil (CAPSi). Os CAPS III e CAPSad III funcionam 24 horas. Os CAPS são serviços estratégicos para agenciar e ampliar as ações de saúde mental, devendo se organizar tanto para se porta aberta às demandas de saúde mental do território quanto também devem identificar populações específicas e mais vulneráveis que precisam ser objeto de estratégia diferenciadas de cuidado. [...] Os CAPSad III (24 horas) realizam acolhimentos noturno de 8 a 12 usuários que podem permanecer por período de dias. Esse acolhimento está indicado em situações de crise, mas não nos casos de urgência que necessitem de cuidados médico contínuos. (GARCIA et al., 2013, p.31).

aos indivíduos e a terceiro que convivem cotidianamente ou esporadicamente com ela; diretamente ou indiretamente.

Por isso nosso objetivo primário é analisar a ligação do desenvolvimento da doença com os fatores de risco e proteção destacando os que envolvem as famílias, percebendo assim qual papel a família ocupa na vida dos participantes.

Dada a complexidade emocional que envolve os sujeitos com dependência química e suas famílias optamos por realizar uma pesquisa documental em uma Comunidade Terapêutica (CT) na cidade de Franca.

Essa escolha também foi influenciada pelo meu trabalho enquanto assistente social em CT, mesmo percebendo que a dependência química é algo que perpassa todos os campos de trabalho de nossa categoria profissional, lidar diretamente com famílias que buscam diariamente uma “ajuda” para seus familiares teve grande influência na escolha.

Em síntese, apresentamos nesta dissertação o resultado de uma pesquisa documental, qualitativa do tipo exploratória, que utilizará como método a análise de conteúdo.

Para selecionar a CT utilizamos como critérios necessários o credenciamento no Município de Franca através do chamamento público e a inscrição no Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas (COMAD), tendo assim quatro nomes possíveis. Como ficaria um campo extenso e nosso enfoque é a família incluímos no critério de seleção a necessidade de se desenvolver um trabalho específico com famílias, restando assim das 4 entidades 1 nome, a Associação Mão Amiga Recanto Janaína (AMARJA).

A pesquisa através da análise documental é um desafio, pois se trata de:

Uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior a sua consulta e referência. Enquanto tratamento da informação contida nos documentos acumulados a análise documental tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação. (BARDIN, 2004, p.45).

A análise que é feita a partir dos documentos possibilita a visibilidade acadêmico científica tanto para os participantes dela quanto para a instituição pesquisada.

Analisar significa buscar o sentido mais explicativo dos resultados da pesquisa. Significa ler através dos índices, dos percentuais obtidos, a partir de medição e tabulação dos dados, ou de leituras e decomposição de depoimentos obtidos em pesquisa com ênfase na abordagem metodológica mais qualitativa. (BARROS E LEHFELD apud RIBEIRO, 2016, p.87).

Para recorte temporal foi selecionado o 1º semestre de 2016, onde serão analisados os documentos de entrevista inicial da psicologia e do serviço social, sendo que a psicóloga realiza a entrevista com a pessoa que passará pelo tratamento e a assistente social com a família e/ou responsável do mesmo.

Para esse estudo documental a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2004, p.42) se adequa de tal forma que nos impede de se quer pensar em outras possibilidades. A autora define essa análise como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A definição de inferência utilizada pela própria Bardin (2004, p. 39) é “operação lógica, pela qual se admite uma posição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras”. Segue trazendo que inferir é “extrair uma consequência”.

Para análise dos dados, como meio de fazer-se concreta essa técnica criamos as seguintes categorias teóricas:

- a) Configurações familiares;
- b) Habitação;
- c) Renda;
- d) Moradia;
- e) Vínculos familiares;
- f) Questões genéticas;
- g) Início do uso de substância psicoativa (SPA);
- h) Principal substância;
- i) Descoberta do uso pela família;
- j) Histórico individual (idade, passagem pela polícia, trabalho e escolaridade);
- k) Importância do tratamento;

- l) Formas de desligamento da CT;
- m) Com quem passa o tempo livre e satisfação em passar o tempo assim;
- n) Codependência.

Realizando as devidas considerações para tais eixos analíticos, esta forma de pesquisa se adequa bem ao trabalho proposto, pois a intenção em fazer a análise documental é extrair destes o real e verdadeiro entre o exposto e cientificamente comprovado.

## 1.2 As Comunidades Terapêuticas

Quando falamos em Comunidades Terapêuticas, estamos falando de um serviço polêmico, pois nem sempre essas instituições tiveram seus trabalhos regulamentados e puderam ser devidamente fiscalizadas e orientadas, de forma que cada entidade ou grupo foram desenvolvendo suas atividades da forma como entendiam ser o melhor. No Brasil, popularmente conhecidas como “Casas de recuperação”, ainda encontramos diversos estabelecimentos funcionando sem regulamentação e chegando a causar até mais prejuízos que benefícios. É comum vermos reportagens como esta:

A Vigilância Sanitária de Suzano informou que de janeiro de 2015 até outubro deste ano fechou 21 clínicas clandestinas, chamadas também pela própria vigilância de comunidades terapêuticas. O balanço foi divulgado nesta sexta-feira (18).  
O último caso aconteceu na tarde de quinta-feira (17), com o flagrante de uma clínica de recuperação de dependentes químicos que estava irregular. A vigilância informou que interditou a clínica depois de receber uma denúncia anônima. Segundo o órgão, a fiscalização encontrou no local um ambiente precário e insalubre, colocando em risco a saúde e integridade física dos residentes abrigados. Além de 20 adultos (dentre eles um idoso), foram encontrados dois menores de idade, todos do sexo masculino. (G1 MOGI E SUZANO, 2017).

No intuito de evitar que pseudos tratamentos aconteçam de forma indiscriminada, a fiscalização deve ser constante, pois existem diversas CTs que oferecem um trabalho sério e com resultados e devem permanecer na sociedade, dada a necessidade desses serviços.

Foi necessário desenvolver toda uma regulamentação para que isso acontecesse e fosse possível padronizar requisitos mínimos obrigatórios para o funcionamento das CTs.

Para a efetivação de políticas direcionadas às pessoas usuárias de drogas foi necessário todo um processo histórico que se desenvolveu no decorrer das últimas décadas com aumento do uso de substâncias psicoativas (SPA).

Com o intuito de compreender melhor como chegamos até a instituição onde realizamos nossa pesquisa precisamos inicialmente conhecer brevemente o percurso histórico da criação e regulamentação das CTs.

### 1.2.1 Breve percurso histórico

As CTs tiveram origem ainda no século XX, mais precisamente na segunda década:

O termo “comunidade terapêutica” (CT) foi primeiro usado por Maxwell Jones, que dirigia o hospital Dingleton, na Escócia. O Dr. Jones era um psiquiatra preocupado com o fato de que a psiquiatria tradicional parecia não estar ajudando os pacientes. Para solucionar esse problema, convidou vários profissionais para o que chamou de “reunião mundial”, visando investigar como falar diretamente com seus pacientes, procurando desmistificar a imagem autoritária dos profissionais que atuavam nos hospitais, insistindo bastante na ideia de autoajuda, de ajuda mútua e de que todos deveriam trabalhar juntos para ajudarem a si mesmos e aos demais. (FRACASSO, 2013, p.39).

Esse foi o primeiro modelo de CT psiquiátrica e não trabalhava apenas com dependentes químicos mais todos que precisavam passar por uma “reabilitação social”. Fracasso (2013, p.39) nos conta que o primeiro hospital a trabalhar nesta linha foi o Belmont Hospital, na Inglaterra na década de 1940.

Para ser considerada uma CT psiquiátrica era necessário atender algumas características que a autora apresenta:

Considerava-se a organização como um todo responsável pelo resultado terapêutico;  
 A organização social é útil para criar um ambiente que maximize os efeitos terapêuticos, em vez de constituir mero apoio administrativo ao tratamento;  
 Um elemento nuclear é a democratização: o ambiente social proporciona oportunidades para que os pacientes participem ativamente dos assuntos da instituição;  
 Todos os relacionamentos são potencialmente terapêuticos;  
 A atmosfera qualitativa do ambiente social é terapêutica no sentido de estar fundada numa combinação equilibrada de aceitação, controle e tolerância, com respeito e comportamentos tais como brigas, disputas rivalidades, entre outros;  
 Atribui-se um alto valor à comunicação;

O grupo se orienta para o trabalho produtivo e para o rápido retorno à sociedade;  
Usam-se técnicas educativas e estímulos para propósitos construtivos;  
A autoridade se difunde entre os funcionários e responsáveis e os pacientes. (FRACASSO, 2013, p. 40).

Esse ambiente de mútua cooperação e motivação vai subsidiar todo o trabalho realizado em CTs. Um modelo de abordagem que combinará com outros processos terapêuticos como o conhecido 12 passos<sup>2</sup>, trabalhados nos encontros dos Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA), que vão ser difundidos principalmente na América do Norte, posteriormente países da Europa como Inglaterra, Holanda, Bélgica, Suécia e Alemanha e só depois chegaram na América do Sul e Brasil.

Durante os anos de 1950, as CTs tiveram repercussão como alternativa ao tratamento psiquiátrico manicomial, especialmente nos EUA. Por volta da década de 1960, surgiram as primeiras comunidades dedicadas exclusivamente ao tratamento da dependência de álcool e outras drogas, que tinham influência não só do grupo de Oxford, mas também dos princípios preconizados pelos Alcoólicos Anônimos, originado em 1935. (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015, p. 1235).

Os Estados Unidos da América (EUA) foram os pioneiros em tratamento da dependência química, e quem trás para o Brasil os modelos utilizados pelas CTs é um americano chamado Padre Haroldo, em meados de 1970.

Já nessa mesma época as políticas nacionais começam a se desenvolver para acompanhar as demandas existentes.

Nos anos 1970, devido à flexibilidade de suas propostas, as CTs multiplicaram-se sem qualquer regulamentação, evidenciando-se um funcionamento precário para muitas delas. Nesse cenário, e com o apoio das comunidades terapêuticas organizadas em federações, surgiu a necessidade do estabelecimento de um padrão básico para o funcionamento destes serviços, que garantissem a segurança e a qualidade do trabalho de recuperação das pessoas com dependência química. (FRACASSO, 2013, p. 43).

Assim surgem as Resoluções de Diretoria Colegiada (RDC) sendo a primeira delas em 2001 – RDC 101/01, que foi substituída em 2011 pela RDC 29/11(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, 2011).

---

<sup>2</sup>Para conhecer mais sobre AA, NA e os Doze Passos acesse o site oficial.

Em 30 de junho de 2011, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária aprovou a resolução da Diretoria Colegiada n.29 (Brasil, 30 jun. 2011), que substituiu a resolução n.101 (Brasil, 30 maio 2001), propondo modificações para que essa norma se adequasse à realidade das CTs e possibilitando, nesse sentido, a entrada dessas entidades no SUS. Em dezembro de 2011, as CTs foram oficialmente incluídas na rede de atenção psicossocial, através da portaria n.3.088 (Brasil, 23 dez. 2011). (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015, p. 1237).

Atualmente está em tramitação a aprovação de uma resolução que regulamenta as CTs, porém existe uma forte discussão sobre sua legitimidade que nos atentaremos posteriormente.

Neste momento, o mais importante é perceber que, o Universo da pesquisa, a AMARJA, demonstra estar sempre atenta às legislações e suas mudanças, e o método com o qual realiza o seu trabalho está fundamentado na forma proposta pela legislação vigente para oferecer assim o melhor tratamento em sua totalidade para aqueles que a procuram.

### **1.3 A AMARJA**

A história da instituição pesquisada, a AMARJA, se iniciou em 2002 quando uma jovem chamada Janaína partilhou com seus pais o desejo de transformar o sítio da família em uma casa de recuperação para dependentes químicos. Esse sonho foi compartilhado no próprio sítio que está localizado no Município de Cássia dos Coqueiros/MG mais precisamente na divisa com Monte Santo de Minas /MG. Na ocasião estavam reunidos para comemorar o aniversário de 17 anos de Janaína.

Após alguns dias, ao passar por um processo cirúrgico, ela faleceu. Tempos depois, após ter um sonho com ela, seu pai, Marcos Picinini, decidiu iniciar a “casa de recuperação” no Sítio em Cássia. Reuniu um grupo de amigos para constituir a Associação e passou a buscar mais informações e auxílio para concretização do legado deixado por sua filha. Nasce assim em 2005 a Associação Mão Amiga Recanto Janaína (AMARJA), que leva o nome de sua idealizadora homenageando-a, atende a pessoas do sexo masculino acima de 18 anos.

A AMARJA ficou instalada em seu local de fundação por poucos anos, pois com o avanço dos serviços oferecidos, eram necessárias muitas adequações

fiscais e sanitárias, além de ser crescente o público atendido oriundo de Franca, local onde sempre esteve residindo à família fundadora e também onde se localizava o escritório da instituição.

Em meados de 2008 houve uma interrupção dos serviços no sítio e alugou-se uma chácara em Franca, com espaço mais adequado em um local de fácil acesso para todos, principalmente às famílias.

Além da chácara onde ocorrem as internações a instituição possui um Centro Administrativo que é localizado no Centro da Cidade de Franca. Neste local são realizadas as orientações para as famílias e pessoas interessadas no tratamento, bem como os grupos de apoio e atendimentos individuais para famílias e para os acolhidos pós-tratamento.

Sempre foi uma preocupação do grupo diretor e fundadores a execução de um serviço que estivesse dentro das normas e com qualidade suficiente para cumprir a missão institucional que é “Resgatar Vidas”. Sempre olhando para os que procuram ajuda como seres humanos em desenvolvimento e não como dependentes químicos ou pessoas doentes.

Nesse sentido, a AMARJA é uma Comunidade Terapêutica, esse é um tipo de serviço pouco conhecido como tal, ainda é comumente utilizado o termo “Casa de recuperação”.

### 1.3.1 A metodologia de trabalho

Cada instituição tem liberdade para trabalhar dentro dos princípios que entendem ser mais importantes no processo de recuperação do dependente químico, desde que sigam as normas básicas de funcionamento que são colocadas pela RDC 29/2011, que sobre a organização do serviço coloca que:

CAPÍTULO II - DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO  
 Condições Organizacionais  
 Art. 3º As instituições objeto desta Resolução devem possuir licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público.  
 Art. 4º As instituições devem possuir documento atualizado que descreva suas finalidades e atividades administrativas, técnicas e assistenciais.  
 Art. 5º As instituições abrangidas por esta Resolução deverão manter responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação.  
 Art. 6º As instituições devem possuir profissional que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento,

podendo ser o próprio responsável técnico ou pessoa designada para tal fim.

Art. 7º Cada residente das instituições abrangidas por esta Resolução deverá possuir ficha individual em que se registre periodicamente o atendimento dispensado, bem como as eventuais intercorrências clínicas observadas.

§1º. As fichas individuais que trata o caput deste artigo devem contemplar itens como:

- I - horário do despertar;
- II - atividade física e desportiva;
- III - atividade lúdico-terapêutica variada;
- IV - atendimento em grupo e individual;
- V - atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas;
- VI - atividade que promova o desenvolvimento interior;
- VII - registro de atendimento médico, quando houver;
- VIII - atendimento em grupo coordenado por membro da equipe;
- IX - participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros;
- X - atividades de estudos para alfabetização e profissionalização;
- XI - atendimento à família durante o período de tratamento.
- XII - tempo previsto de permanência do residente na instituição; e
- XIII - atividades visando à reinserção social do residente.

§2º. As informações constantes nas fichas individuais devem permanecer acessíveis ao residente e aos seus responsáveis.

Art. 8º As instituições devem possuir mecanismos de encaminhamento à rede de saúde dos residentes que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de SPA, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A legislação não impõe as formas de trabalhar mas direciona para que o atendimento tenha o mínimo necessário.

Pode-se verificar, durante o trabalho como assistente social e na pesquisa que a AMARJA trabalha com o desenvolvimento humano por entender e acreditar que o ser humano é um ser integral, ou seja, é composto por um pensar, um sentir e um querer.

Atualmente a associação trabalha com duas frentes principais, o tratamento e a prevenção. Nosso foco para a pesquisa está no tratamento através da internação, sendo que aqueles que passam por este serviço são chamados na instituição de “alunos”, pois estão ali para apreender a viver sem a droga, a lidar com seus sentimentos e com as diversas situações que possam os colocar em risco e facilitar o uso das substâncias.

As atividades propostas pela associação têm como objetivo principal então, a realização da prevenção e tratamento para dependência química que acontecem através da promoção de atividades de cunho informativo sobre dependência química e da internação voluntária para pessoas do sexo masculino

acima de 18 anos, favorecendo o desenvolvimento dos envolvidos no tratamento a partir da auto percepção da individualidade humana e reinserindo a pessoa na família e sociedade, baseado na reconstrução dos vínculos.

Para isso, é necessária a realização de diversas atividades como:

Atendimentos pessoais e por telefone para todas as pessoas que buscam informações sobre dependência química, para auxílio na prevenção ou tratamento. Estes recebem as orientações e encaminhamentos necessários. Quando o atendimento é direcionado para tratamento através de internação, inicia-se o processo de triagem, etapa que contempla a execução dos exames clínicos e avaliações médica e psicológica, além da organização de cópias dos documentos pessoais determinados por legislação pertinente (RDC 29/2011):

Art. 16. A admissão será feita mediante prévia avaliação diagnóstica, cujos dados deverão constar na ficha do residente.

Parágrafo único. Fica vedada a admissão de pessoas cuja situação requeira a prestação de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição.

Art. 17. Cabe ao responsável técnico da instituição a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica.

Art. 18. As instituições devem explicitar em suas normas e rotinas o tempo máximo de permanência do residente na instituição.

Art. 19. No processo de admissão do residente, as instituições devem garantir:

I - respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira;

II - orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos, devendo a pessoa a ser admitida declarar por escrito sua concordância, mesmo em caso de mandado judicial;

III - a permanência voluntária;

IV - a possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento, resguardadas as exceções de risco imediato de vida para si e ou para terceiros ou de intoxicação por substâncias psicoativas, avaliadas e documentadas por profissional médico;

V - o sigilo segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato; e

VI - a divulgação de informação a respeito da pessoa, imagem ou outra modalidade de exposição somente se ocorrer previamente autorização, por escrito, pela pessoa ou seu responsável. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Antes de se realizar a internação do aluno o mesmo toma conhecimento de todas as normas e regras da casa, recebendo assim todas as orientações solicitadas pela resolução, através do Regulamento Interno (ANEXO A), a leitura e assinatura do regulamento são feitos na presença de um colaborador da instituição para que sejam sanadas as dúvidas caso exista alguma.

Além disso, são realizados por psicólogos e outros colaboradores da instituição através de trabalho voluntário, durante a semana, no Centro Administrativo da instituição, atividades que se configuram como grupos de apoio. Tais grupos auxiliam na realização dos objetivos da instituição, pois se tratam de momento de partilha, reflexão e aprendizagem. O Grupo de Reflexão Inclusiva para o Desenvolvimento (GRIDE) é voltado para as pessoas com dependência química de ambos os sexos e idades, acontece todas as terças-feiras às 18h. O outro Grupo é o de Apoio Familiar, direcionado para família, amigos, e toda pessoa que tem contato ou convívio com pessoas com dependência química, acontece todas as quintas-feiras às 19h e por fim tem o Renovando Atitudes, grupo voltado para todos os que já realizaram tratamento e necessitam de um espaço reflexivo que auxilie na manutenção do mesmo, é realizado as terças-feiras às 20h.

Sobre a internação é importante colocar que a instituição trabalha em consonância com a Resolução CONAD n. 01/2015 – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). No art. 12, as atividades realizadas estão divididas nas seguintes categorias, conforme publicação do Ministério da Justiça e Segurança Pública:

- I – recreativas;
- II – de desenvolvimento da espiritualidade;
- III – de promoção do autocuidado e da sociabilidade;
- IV – de capacitação, de promoção da aprendizagem, formação e as atividades práticas inclusivas.

Essas atividades previstas na resolução são trabalhadas em todo o tratamento que é dividido por fases, como descrevemos a seguir:

### **Fase I**

Nesta fase o objetivo é a conscientização do tratamento e desintoxicação. A equipe atende o aluno visando sempre o acolhimento. É um momento em que se passa por crises de abstinência e ambientação na comunidade, podem surgir sintomas como: nervosismo, possível desistência e apatia, por isso, é necessário sempre conscientizar mostrando os limites com amorosidade, observando o aluno em suas atividades para que possa se desenvolver. Esta fase deve ser trabalhada de um a dois meses. No fim do período é feita uma avaliação entre a

equipe terapêutica e coordenação (assim como os profissionais que queiram contribuir) sobre o desenvolvimento do aluno. Após a avaliação a equipe conversa com o aluno e faz uma devolutiva mostrando se ele passou de fase ou não e os motivos.

## **Fase II**

Nesta fase o objetivo é a manutenção da fase anterior, autogestão, inserção de novas atividades e rotina, melhoria nos relacionamentos e novos grupos.

Neste momento são inseridas as Terapias familiares com o objetivo de auxiliar o processo de diálogo e criação de vínculo; Trabalho voluntário para auxiliar no processo de autogestão, na redescoberta do sentido ato de trabalhar e o olhar para o outro (essa inserção se dá através de instituições parceiras para que o aluno desenvolva o trabalho conforme suas habilidades e identificações); As saídas se iniciam também nesta fase, durante todo o tratamento é uma forma de iniciar o processo de novos hábitos fora da instituição, deste modo é avaliado como o aluno tem se mantido em momentos de autogestão e já no momento final da fase II se inicia a preparação do aluno para o mercado de trabalho.

Assim, é importante observar os aspectos apresentados no objetivo da segunda fase devolvendo para o aluno os aspectos que tem evoluído e os que precisa dar mais atenção. São aplicadas essas dinâmicas entre um mês e meio a dois meses. Mais uma vez a equipe faz a devolutiva para o aluno sobre seu desenvolvimento e as atividades que serão inseridas na próxima fase.

## **Fase III**

Esta penúltima etapa tem como objetivo a manutenção das primeiras fases do tratamento, este é o momento em que a busca pelo trabalho é extremamente efetiva, sendo que as atividades inseridas anteriormente permanecem. Sempre observando o desenvolvimento do aluno e fazendo a devolutiva para ele, durando aproximadamente um mês esta fase.

Após a avaliação positiva sobre o desenvolvimento do aluno passa-se para a última etapa do tratamento, que é muito importante, pois será feita a reinserção definitiva no convívio familiar.

#### **Fase IV**

Esse é o momento muito determinante para o sucesso do tratamento, pois na última fase o aluno retorna à sua casa, muitos já estão trabalhando, então é um período de muita novidade e gera grande instabilidade emocional, pois já não conta mais com a proteção da CT. Essa reinserção tem como objetivo a reintegração no lar e manutenção do tratamento fora da instituição.

O aluno continuará realizando a terapia individual, atendimento psicoterapia familiar e caso necessário atendimento psiquiátrico, poderá frequentar os grupos de apoio que a instituição dispõe, e participar de atividades na sede da instituição, como grupos e atividades culturais. Os atendimentos psicoterápicos duram um mês e a participação nas atividades poderá ser permanente conforme a disponibilidade e desejo do aluno.

Compreender esse processo terapêutico nos auxiliará a perceber qual o papel da família antes, durante e depois do tratamento.

#### 1.3.2 A Equipe interdisciplinar

Para desenvolver tantas atividades é necessário uma ampla equipe, tais profissionais precisam ter um conhecimento técnico sobre o assunto para que resultados em trabalhos como este apareçam.

Percebe-se um diferencial na descrição das atividades que se refere ao desenvolvimento da equipe técnica que é composta por: 3 psicólogos; 1 médico psiquiatra; 1 assistente social; 1 farmacêutico (responsável técnico); 1 nutricionista; 1 educador físico; 1 cozinheira; 4 coordenadores; 1 gestora de recursos e 2 auxiliares administrativos. Uma equipe de 16 pessoas que realiza um trabalho interdisciplinar e que ainda conta com o apoio de estagiários de serviço social e estagiários de psicologia.

O conceito de interdisciplinaridade que apreendemos é apresentado por Furegato e Gattás (2006, p. 325) que diz:

Interdisciplinaridade pode ser entendida como qualquer forma de combinação entre duas ou mais disciplinas objetivando-se a compreensão de um objeto a partir da confluência de pontos de vista diferentes cujo objetivo final seria a elaboração de síntese relativa ao objeto comum; implica alguma reorganização do processo ensino/aprendizagem e supõe trabalho contínuo de cooperação.

Esse conhecimento diverso compreendido por um olhar para a mesma direção é um diferencial para o trabalho que estamos apresentando, como coloca Faria (2010, p. 133) ao percebermos a interdisciplinaridade como um processo social, vamos entender que está no seu movimento a busca, o ato de se aproximar, ou ainda integrar as fronteiras disciplinares, mediante um objetivo em comum.

Rodrigues On (1998, p. 157) ainda coloca que:

Penso a interdisciplinaridade não como um método de investigação, uma técnica didática, um instrumento utilitário, um princípio de homogeneização, ou um modelo metodológico capaz de produzir ideias generalizadoras ou universalizantes. Penso-a, inicialmente, como postura profissional que permite se pôr a transitar o “espaço da diferença” com sentido de busca, de desvelamento 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.

Para a equipe interdisciplinar conseguir trabalhar bem é necessário a princípio romper a barreira da hierarquização que é uma visão extremamente engessada nas empresas capitalistas. Esse ideário de trabalho deve ser desconstruído dando lugar para uma ação cooperativista como colocado na definição de Furegato e Gattás (2006), desenvolvendo uma nova forma de se relacionar em diversos âmbitos, por exemplo, na gestão, na divisão e organização do trabalho e na relação entre equipe e pessoas atendidas. Para isso deve-se ter uma equipe capacitada, objetivos bem definidos, habilidade para lidar com os conflitos e alinhamento na comunicação.

A AMARJA trabalha neste sentido com uma linha hierárquica diferenciada. Cada integrante da equipe se relaciona com os demais, sem ter peso maior ou menor. Todos são ouvidos, na busca de atingir a missão institucional que é resgatar vidas.

As reuniões semanais propiciam o alinhamento da linguagem e facilitam a comunicação para se trabalhar os casos mais complexos daquela semana. Essa articulação de trabalho permite o crescimento de todos que se encontrem abertos a usufruir de um método diferenciado de trabalho e liderança. Esse diálogo aberto voltado para as percepções individuais de cada profissional da equipe é importante para que o trabalho se solidifique. Respeitando as particularidades de atuação dos profissionais e das suas áreas, e códigos de ética, a associação

busca unificar o sentido do trabalho sem tirar a liberdade e método de atuação de cada profissional e sem perder a essência de sua missão.

Reforçando esse modelo de trabalho interdisciplinar Faria (2010, p. 134) coloca que:

A literatura a respeito da interdisciplinaridade aponta um conjunto de características que, em sua articulação, desenharia uma prática interdisciplinar. Dentre elas podemos citar:

- A intensidade das trocas entre as diversas áreas envolvidas;
- O grau de integração real destas mesmas áreas;
- A relação de reciprocidade enfatizando a importância de ser uma ação atitudinal;
- A cooperação, entre outros.

É importante lembrar que ao nos colocarmos neste movimento de construção e efetivação de uma prática interdisciplinar não estamos minorando a complexidade das ações e no conhecimento acumulado de cada área, ao contrário estamos propondo um copartilhar de conhecimentos.

Vale ressaltar que esse modelo de trabalho utilizado na AMARJA foi construído no decorrer de anos e se solidificando a partir de erros e acertos, buscado sobretudo, melhorar a forma de diálogo entre os profissionais, fator que terá rebatimentos direto na população usuária dos serviços prestados por essa instituição.

### 1.3.3 Os recursos

O público atendido pelas CTs vivencia um quadro de vulnerabilidade social muito evidente. A maioria dos que buscam tratamento na AMARJA são de baixa renda, a ligação com o crime (tráfico, roubo e furto) é muito comum e quando chegam a perceber que precisam do tratamento, em sua maioria, já estão com os vínculos familiares rompidos.

São pessoas fragilizadas, e, apesar de muitos terem um comportamento rude; são seres humanos violentados diariamente, apesar de chegar a nosso conhecimento apenas suas atitudes violentas; seres sociais que foram agredidos antes de cometer as agressões que escutamos em suas histórias, ainda que tais agressões sejam pela própria condição de vida, sem a violência propriamente dita física ou verbal.

Sendo assim, o público atendido pelas CTs de Franca tem pouca ou não tem nenhuma condição de pagar por um atendimento ou um tratamento, seja ele qual for. Mesmo os que são oriundos de famílias com situação financeira mais estável já não podem contar com elas, pela ausência dos vínculos.

A maioria das Comunidades trabalham com as chamadas vagas sociais, que são destinadas para as pessoas com baixa renda ou em situação de rua. Através do chamamento público o município está auxiliando com parte do custo de 80 vagas sendo 60 masculinas e 20 femininas em 4 CTs de Franca.

Desse total mencionado, a AMARJA tem 10 vagas, que recebem recursos municipais e 10 vagas que recebem recursos federais, mas ambos os valores ainda são insuficientes, sendo responsáveis por aproximadamente 30% do custo total do tratamento. Os outros 70% do custo são proveniente do “Programa Nota Fiscal Paulista”, de doações de Pessoas Jurídicas e Físicas e também de promoções como galinhadas, rifas e bazares por exemplo.

Para manter toda essa estrutura de colaboradores é necessário buscar recursos de diversas formas. Seria impossível manter os gastos básicos de água, luz, aluguel, alimentação e colaboradores sem esses recursos adicionais.

Mesmo executado todo esse trabalho que envolve equipe técnica preparada e bem estruturada, espaço físico com adequações voltadas para o tratamento da dependência química, ainda existem muitas críticas que são feitas a esse serviço, provavelmente essas críticas existam pelo fato de que os órgãos que compõe os espaços de discussões desconhecem serviços como os executados pela AMARJA.

#### **1.4 O Serviço Social e a crítica às CTs**

Em 2014 o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), abriu para consulta pública a Minuta da Resolução de Regulamentação das CTs. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que faz parte do CONAD, emitiu uma manifestação contrária a regulamentação. Em muitos pontos a pesquisadora concorda com a nota publicada, pois como vimos anteriormente ainda existem muitas instituições que não realizam um trabalho sério, orientado e devidamente fiscalizado. Porém, a regulamentação dispõe justamente de uma proposta para

adequação destes serviços realizados hoje em dia que não seguem um padrão adequado de tratamento.

A nota tece uma crítica ao financiamento público para as Organizações da Sociedade Civil (OSCs) que antes da Lei n. 13.019/14 (BRASIL, 2014) eram denominadas Organizações Não Governamentais (ONGs); a ausência da estratégia da Redução de Danos; a imposição de credos religiosos; a contradição quanto à ligação das instituições com a saúde e assistência social; a ausência da descrição da equipe mínima necessária para funcionamento; a ausência da ligação com o Conselho Municipal de Saúde (CMS); as atividades de laborterapia; a ausência dos procedimentos, prazos e sanções para fiscalizações das irregularidades nos estabelecimentos.

Estes pontos apresentados na nota publicada pelo CFESS (2014) são relevantes, e realmente a Resolução deixa a desejar em diversos aspectos.

Mas não podemos deixar de mencionar que este é um passo importante para que a população tenha acesso a serviços de qualidade.

Como sabe-se a Lei de Responsabilidade Fiscal impossibilita a contratação de mais profissionais em muitos municípios, e com a crescente demanda a terceirização tem sido cada vez mais recorrente a contratação de serviços básicos para atendimento à população. A crítica à terceirização dos serviços cabe muito bem em qualquer publicação que os Conselhos de Classe possam fazer, pois ela gera um sucateamento dos serviços pelos baixos valores repassados. Apesar de a expansão ser crescente, a qualidade poderia cair se as OSCs não buscassem outras parcerias para sua sobrevivência. Promoções e pedidos de doações são extremamente recorrentes entres essas empresas, tirando assim a responsabilidade do estado em suprir as necessidades da população.

Na nota o CFESS (2014, [p. 2]) coloca que:

A intenção de regulação, pelo Estado, das 'Comunidades Terapêuticas', assim, se constitui, em flagrante violação à concepção do SUS, que tem como pressupostos, dentre outros, a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; [...].

A luta contra a terceirização é importantíssima, mas porque se contrapor aos serviços prestados pelas CTs? O Sistema único de Saúde (SUS) terceiriza diversos tipos de serviços, pois as unidades hospitalares e ambulatoriais não são

suficientes para atender a demanda existente. Em Franca mesmo temos a contratação de laboratórios, cirurgias e até leitos em hospitais particulares. Se a saúde mental também não tem o suporte necessário para realizar os atendimentos qual o problema em contratar serviços especializados para a promoção do atendimento integral da população? Antes de ir contra, a contratação de serviços vem de encontro com a lei, pois mesmo que não da forma ideal, mas ela assegura a população o atendimento que deve ser oferecido.

Sobre a ausência da estratégia de Redução de Danos, frisamos que se trata de propostas diferentes, as CTs realmente trabalham com a abstinência total de drogas ilícitas e álcool, sendo permitido por algumas apenas o uso de tabaco, enquanto que a redução de danos propõe a diminuição do uso e a alteração de substâncias, trocando drogas “pesadas” por drogas “leves”. Utilizando do próprio argumento do CFESS que traz a garantia constitucional do Estado Democrático de Direito, deve se, assim então, assegurar à pessoa com dependência química a garantia de serviços para que ele possa escolher entre recursos que auxiliem tanto na redução do consumo de drogas quanto à abstinência total. As Comunidades Terapêuticas oferecem apenas internação voluntária que é quando a pessoa tem o desejo de se tratar, e defendemos que aquelas que não ofereçam o serviço mínimo devam se adequar antes de fazer acolhimentos. Dessa forma compreende-se como necessário a regulamentação das CTs, mas com críticas à forma como a resolução que foi lançada coloca.

Muito pode e deve ser melhorado para assegurar o mínimo necessário para a orientação de serviços de qualidades como o que foi apresentado nesta pesquisa através da AMARJA.

A regulamentação traz benefícios notáveis, pois orienta e direciona a fiscalização, o repasse de verbas públicas dá a segurança de melhorias que são feitas nesses espaços que realizam o acolhimento como se pode verificar nesse recente artigo:

Segundo os dados do SENAD não ocorreu, nos últimos cinco anos, nenhuma denúncia de maus-tratos aos residentes das Comunidades Terapêuticas regulamentadas por este órgão do Estado e, ressaltando, **as CTs realizam atualmente 80% dos tratamentos dos dependentes químicos no Brasil**, oferecendo uma possibilidade de reinserção social, evidenciando com isto um modelo de acolhimento com eficácia comprovada em ambientes de tratamento saudáveis e conforme dispõem os princípios 4º, 5º e 8º do NIDA (National Institute Drug Abuse)

para o tratamento efetivo da dependência química, o Marco Regulatório das CTs publicado em 2015 e a RDC 29/2011. (HAUER, 2016).

A Comunidade Terapêutica pesquisada nesta dissertação é uma destas que possui convênio com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e passa por constantes fiscalizações e vistorias. Percebe-se assim, que as adequações que são feitas para a celebração de convênios e os recursos que chegam dão um retorno positivo nas melhorias para o atendimento à população, permitindo adequação de espaço e contratação de mão de obra qualificada, os quais não acontecem na maioria das vezes por falta de recursos.

Fechar portas e deixar usuários sem atendimentos não é a melhor opção, as CTs vêm apresentando resultados significativos no tratamento voluntário como verificaremos no decorrer da pesquisa através do trabalho da AMARJA.

Diante do exposto, cabe neste momento, olhar um pouco para as Políticas já existentes, o decorrer de sua evolução para compreender assim qual o rumo que este tipo de trabalho tem seguido no Brasil, isso facilita a pensar de uma forma crítica para os serviços existentes.

## **1.5 Políticas públicas sobre drogas**

Cada dia mais compreender as políticas públicas destinadas a cada seguimento direciona a outro olhar sobre os mais variados temas, aqui um breve resumo para mostrar o quão amplo é o debate o campo das políticas neste aspecto relacionado ao uso de drogas e ao desenvolvimento da dependência química nos revelará ou apenas confirmará isso. Mas não será trabalhada cada lei específica visto que algumas merecem maior destaque de análise dada sua amplitude.

A primeira Lei brasileira sobre drogas foi a Lei n. 6.368 de 21 de outubro de 1976 (BRASIL, 1976), conhecida como a Lei de Drogas que só foi revogada em 2006 como veremos. Essa lei dispunha sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

Silva (2011, p. 113) faz a seguinte crítica sobre essa Lei:

Observa-se que a Lei 6.368, aprovada em 1976, sob os auspícios da ditadura, se inscreve no compute da determinação dos deveres numa tentativa de culpabilização dos sujeitos e desviá-los da resal compreensão

do papel do Estado. Diz a referida Lei em seu Art. 1º: “É dever de toda pessoa física ou jurídica colaborar na prevenção e repressão ao tráfico ilícito ou uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica.” (BRASIL, 1976) [...] Destacamos ainda que a colaboração exigida pela Lei não se propõe a conclamar indivíduos e instituições para desnudar as raízes materiais do uso de drogas no país, e nem poderia. Na verdade, ao manter a sociedade ofuscada pelo limbo do tráfico e do uso indevido de drogas, mantém-se também ofuscadas as reais determinações do problema que o próprio Estado gera, ao perpetuar as desigualdades na base produtiva, daí uma das razões pelas quais ele mesmo se encarrega de ocultar a gênese das contradições inerentes ao modo de produção capitalista que o sustenta.

Em 1986, a Lei n. 7.560 de 19 de dezembro cria o Fundo de Prevenção e de Combate às Drogas de Abuso (Funcab) (BRASIL, 1986).

Em 1993 ela sofre alteração e a Lei n. 8.764 de 20 de dezembro cria a Secretaria Nacional de Entorpecentes (BRASIL, 1993).

A Lei n. 9.294 de 15 de junho de 1996 que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, ela sofrerá duas alterações, a primeira através da Lei n. 10.167, de 27 de novembro de 2000 (BRASIL, 2000b) e outra através da Lei n. 10.702 de 14 de julho de 2003.

Em 1998 a Medida Provisória n. 1.669, de 1998 cria a Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SENAD).

Já em 1999, a Lei n. 9.804 é promulgada no dia 30 de junho e dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

O antigo Funcab passa a ser o Fundo Nacional Anti Drogas (Funad) através de uma Medida Provisória n. 2.216-37 de 31 de agosto de 2001.

Em 11 de janeiro de 2002, é criada a Lei n. 10.409, que dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão á produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde e dá providências.

Silva (2011, p.118) volta a fazer uma crítica dizendo que:

No que diz respeito à Lei n. 10.409/2002, observa-se que mais uma vez, o Estado se ausenta de seu papel, colocando-se como um estimulador das ações a serem realizadas pelas pessoas físicas e jurídica, cabendo á Senad e aos demais órgão explicitados pela referida Lei, requisitar às autoridades sanitárias a realização de inspeção.

O destaque é aqui para a Resolução n. 03/GSIPR/CH/Conad, de 23 de agosto de 2005, que aprova a Política Nacional sobre Drogas (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2005).

A partir desta data, os marcos legais se ampliam cada vez mais, visto que o problema das drogas também é crescente e as políticas vêm acompanhando esta demanda.

Em 2006, outro marco importante a Lei n. 11.343 de 23 de agosto cria o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas (Sisnad) – estabelecem crimes e penas, normas e diretrizes da política sobre de drogas, é com este marco que a antiga Lei de Drogas é revogada. A SENAD e CONAD passam a ser entes integrados neste sistema com sua publicação, sua principal finalidade é articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; e a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

Acompanhando as críticas de Silva sob as ações legais, já existem aqui algumas modificações:

[...] e é apenas nessa (Lei 11.343/2006), que 30 anos após a promulgação da primeira, o Estado se coloca definitivamente no processo, o que pode representar um avanço, sob o ponto de vista legal e operacional [...] Entretanto, comparando com as legislações citadas anteriormente, mais uma vez, o papel do Estado aparece reduzido, e neste caso, destaca-se que o papel do Estado consiste em atuar na prevenção ao uso e na repressão ao tráfico. (SILVA, 2011, p. 119).

Em seguida pode-se pontuar Leis e Decretos importantes que surgem a partir desde momento no Brasil e que vão trazer grandes mudanças inclusive nos hábitos das pessoas que usam de drogas lícitas como o álcool e o tabaco:

Decreto n. 6.117 de 22 de maio de 2007 que dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências.

Lei n. 11.705 de 19 de junho de 2008 (Lei SECA) que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4o do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências (BRASIL, 2008a).

Decreto n. 6.488 de 19 de junho de 2008 (BRASIL, 2008b), que regulamenta os arts. 276 e 306 da Lei n. 9.503, de 23 de setembro de 1997 - Código de Trânsito Brasileiro, disciplinando a margem de tolerância de álcool no sangue e a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia para efeitos de crime de trânsito.

Decreto n. 6.489 de 19 de junho de 2008 que regulamenta a Lei n. 11.705, de 19 de junho de 2008, no ponto em que restringe a comercialização de bebidas alcoólicas em rodovias federais.

Além dos importantes marcos legais em nível federal cabe aqui dar destaque a três marcos estaduais, sendo o último deles uma importante política no âmbito de todas as esferas políticas por atender a demanda e forte crescimento do uso do crack no Estado de São Paulo.

Lei estadual n. 13.541 de 07 de maio 2009 (SÃO PAULO, 2009) que proíbe no território do Estado de São Paulo, em ambientes de uso coletivo, públicos ou privados, o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco.

Lei estadual n. 14.592 de 19 de outubro de 2011 que proíbe vender, ofertar, fornecer, entregar e permitir o consumo de bebida alcoólica, ainda que gratuitamente, aos menores de 18 (dezoito) anos de idade, e dá providências correlatas.

Decreto n. 59.164 de 09 de maio de 2013 que institui o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço, e dá providências correlatas. Este programa tem grandes ações no Estado principalmente no que se refere ao tratamento, atuando principalmente na Cracolândia da Capital.

Destaca-se então para a Política Nacional sobre Drogas, a principal política que é norteadora das ações em nível nacional. Ela traz orientações gerais e diretrizes dentre os principais eixos de ação quando o assunto é drogas.

Ela surge da reorganização da Política Nacional Antidroga e foi aprovada em 27 de outubro de 2005, momento de grandes avanços como visto anteriormente no panorama das políticas dentro marco legal brasileiro.

Iniciando com 19 pressupostos já é certo que ela na sua finalidade buscou amplitude, visando tratar todos os pontos sobre a drogadição. A ênfase apenas para o primeiro pressuposto que é buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas, isso mesmo a busca pelo nosso ideal de sociedade deve ser uma busca

incessante, e este pressuposto quebra todo e qualquer viés que as antigas políticas voltadas apenas para o combate poderiam trazer, avanço considerável quando são analisados os estigmas postos aos usuários de SPA.

Na segunda parte da Política Nacional sobre Drogas nos são apresentados os seus objetivos, que analisaremos a seguir, iniciando também a reflexão sobre o papel da família enquanto importante grupo social, principalmente quando se refere a temática trabalhada no artigo.

O primeiro objetivo é conscientizar a sociedade brasileira sobre os prejuízos sociais e as implicações negativas representadas pelo uso indevido de drogas e suas consequências, realmente a consciência sobre os prejuízos que a pessoa que faz o uso de drogas tem pode ser uma grande aliada quando o intuito é a redução do consumo das substâncias.

Depois se tem como ponto a educação e a informação, aliadas à capacitação e formação de pessoas em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz de redução da demanda, da oferta e de danos, usando do conhecimento de casos de sucessos juntamente com dados científicos, levando em consideração a realidade local.

O terceiro objetivo é voltado para a questão da prevenção sobre o uso indevido de diversas substâncias, este objetivo é que deverá subsidiar as ações de incentivos aos programas de prevenção, assim como estimular a divulgação das ações já existentes.

Depois são apresentados objetivos que focam no tratamento de pessoas com transtornos decorrentes do uso de SPA. Sendo um específico para criação de tratamentos e outro colocando a necessidade de avaliar e acompanhar os tratamentos já existentes, ficando entendido que se refere principalmente aos tratamentos ofertados por comunidades terapêuticas ou clínicas, e que dispõe de um plano singular de atendimento, ou seja, atendimentos não padronizados, mas que devem seguir as normas mínimas exigidas para funcionamento, colocando ainda que essa avaliação e acompanhamento visem promover os tipos de tratamentos que tiverem resultados.

Essa política tem um objetivo importante que é referente à redução de danos reduzir as consequências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para a pessoa, a comunidade e a sociedade, sendo que a redução de danos fica claro neste objetivo, beneficia não só o usuário, mas toda a sociedade.

Outro é difundir o conhecimento sobre os crimes, delitos e infrações relacionados às drogas ilícitas e lícitas, prevenindo-os e coibindo-os por meio da implementação e efetivação de políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida do cidadão.

Infelizmente o tráfico, roubos e furtos, latrocínios e diversos outros crimes estão intrinsecamente ligados ao uso de drogas, então não se pode pensar numa sociedade sem estes crimes enquanto as pessoas continuarem a usar de forma abusiva as SPA, quando desenvolvida a dependência química a pessoa se torna capaz de diversos atos ilegais para manter o uso que será cada vez mais frequente.

O próximo objetivo que é o combate ao tráfico e os crimes conexos é outro ponto para se refletir, pois a cultura do dinheiro fácil faz com que cada vez mais os jovens, principalmente os de periferias, tenham como meta de vida ser grandes e famosos traficantes. A sociedade do consumo faz com que os olhos destes brilhem com as possibilidades, falsas possibilidades, de ter tudo o que desejam através do comércio de drogas. O objetivo do combate dá ênfase à vigilância nas fronteiras, pois o Brasil por ser um país de grande extensão ainda encontra mais essa barreira. Além do combate esse mesmo objetivo ainda visa a implementação de programas socioeducativos específicos, para promoção da saúde e reparação de danos causados à sociedade.

Depois se tem o seguinte objetivo: assegurar, de forma contínua e permanente, o combate à corrupção e à lavagem de dinheiro, como forma de estrangular o fluxo lucrativo desse tipo de atividade ilegal, que diz respeito ao tráfico de drogas.

Outro objetivo importante é o que se refere ao Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), que vem com o intuito de o manter atualizado, “de forma contínua, para fundamentar, dentro de outras finalidades, o desenvolvimento de programas e intervenções dirigidas à redução de demanda (prevenção, tratamento e reinserção psicossocial), redução de danos e de oferta de drogas”, sendo o OBID uma grande ferramenta principalmente para os que trabalham e estudam sobre a temática.

Os próximos objetivos da política são voltados para a pesquisa, levantamentos e estudos que devem garantir a inovação dos métodos e programas vigentes assim como contribuir na avaliação e criação de novos métodos.

O penúltimo objetivo visa instituir em todos os níveis governamentais “sistema de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde”, é claro que para garantir o funcionamento destes sistemas é necessário também, garantir o financiamento necessário as ações, e por isso, o último objetivo da política é assegurar também em todos os níveis governamentais a dotação orçamentária para as ações preconizadas na política.

Enfim, após análise de cada item dos objetivos da Política Nacional sobre Drogas, fica claro que a família não tem um enfoque especial nela, aliás, ela é citada apenas uma vez. Após apresentar os objetivos são abordados cinco temas principais: prevenção; tratamento, recuperação e reinserção social; redução de danos sociais e à saúde; redução de oferta e estudos, pesquisas e avaliações.

Para cada um destes temas são colocadas as orientações gerais e as diretrizes.

No item Prevenção, nas orientações gerais, existe o único tópico em que é falado sobre as relações familiares:

1.1.3 As ações preventivas devem ser pautadas em princípios éticos e pluralidade cultural, orientando-se para a promoção de valores voltados à saúde física e mental, individual e coletiva, ao bem-estar, à integração socioeconômica e a valorização das relações familiares, considerando seus diferentes modelos. (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2005).

Essa única citação em todo o texto faz refletir sobre esse papel, pois em diversos outros estudos as famílias têm ganhado destaque quando o assunto é drogas. Não só na prevenção ao uso, mas durante o tratamento daqueles que já desenvolveram a dependência química.

A análise dos dados, o conhecimento aprofundado sobre os fatores de risco e proteção são partes que direcionarão a pesquisa na busca dos resultados dos objetivos propostos, a reflexão sobre as relações a familiares e o desenvolvimento da doença, são pontos significativos e por isso inicia-se a narrativa pelo eixo temático das famílias, com o capítulo a seguir.

## **CAPÍTULO 2 AS FAMÍLIAS**

Em cada momento histórico, em cada contexto, a família vem sendo construída e possui mobilidade e, por estar sempre em movimento, tal como a sociedade, fica complicado tecer uma única concepção de família, pois ela depende do contexto no qual a família está inserida. (OLIVEIRA, N. H. D., 2009, p. 31).

Quando falamos em famílias, a tendência é defini-la. E é difícil usar termos científicos sem defini-los. Esta pesquisa trata-se do assunto famílias de forma científica, apresentando definições, mas sem criar rótulos.

Como coloca Nayara Oliveira (2009), nessa citação, usar uma única concepção de família limitaria muito qualquer estudo aplicado no tempo histórico presente. As variáveis encontradas e assumidas atualmente nos conceitos empregados tentam abranger a diversidade que temos.

Essa diversidade está ligada ao respeito pelo entendimento do outro, pois as concepções podem ser individuais e devem ser respeitadas.

No campo da ciência afunilamos alguns conceitos para conseguir atingir os objetivos da pesquisa. Assim, começa-se falando sobre a família, trabalhando as configurações familiares. Compreender estes núcleos será fundamental para relacionar o tema famílias à questão da dependência química.

Num segundo momento busca-se olhar para as famílias enquanto fator de risco e proteção para o uso e abuso de SPA e em consequência para o desenvolvimento da dependência química, sendo este olhar fundamental para que não seja voltado para o viés da culpabilização, pois também serão apresentados os demais eixos ligados a estes fatores.

## **2.1 Configurações familiares**

Ao refletir sobre a pergunta: “o que é família para mim”, “o que é família para você”, tem-se como referência a configuração familiar que fora vivenciada no decorrer de histórias de vidas. É comum, por exemplo, pessoas que tenham animais de estimação, incluí-los na sua composição familiar, as pessoas que não tem animais podem achar um absurdo que os incluam como membros da família. Sendo assim o conceito é variável.

Além da percepção individual ser importante, os aspectos históricos são fundamentais para compreensão não apenas de conceitos como também a aceitação das diferenças.

A família é um grupo que passou por um processo histórico forte para sua formação. Influenciada pelo Estado, pela Religião e pela própria ordem de formação da apropriação bens, que com o passar do tempo levou ao sistema capitalista.

Segundo Engels (1995, p. 63):

A evolução da família nos tempos pré-históricos, portanto, consiste numa redução constante do círculo em cujo seio prevalece a comunidade conjugal entre os sexos, círculo que originariamente abarcava a tribo inteira. A exclusão progressiva, primeiro dos parentes próximos, depois dos parentes distantes e, por fim, até de pessoas vinculadas apenas por aliança, torna impossível na prática qualquer matrimônio por grupos; como último capítulo, não fica senão o casal, unido por vínculos ainda frágeis – essa molécula com cuja dissociação acaba o matrimônio em geral.

Esses vínculos que se distanciam são claramente realizados pela apropriação do capital que precisa concentrar-se nas mãos de poucos para sua perpetuação.

Engels deixa claro em sua obra, a qual recomenda-se a leitura, intitulada “A origem da família, da propriedade privada e do Estado”, que a forma da família “tradicional” se fazer na sociedade deu-se por necessidades econômicas. O homem precisava ter certeza da hereditariedade de seus filhos para que o acúmulo da riqueza ficasse entre seus pares, isso só foi possível através da monogamia, que nem sempre foi uma prática comum como nos tempos de hoje. Colaborando com esse ideário temos a influência da Igreja Católica que apresenta a todos a importância de formar famílias à imagem da Sagrada Família de Nazaré, composta por homem, mulher e filhos, que vivam de forma controlada a sua sexualidade.

Com o passar do tempo, e já com a chegada do capitalismo a família ainda foi se modificando, também para atender interesses econômicos. A mulher foi ganhando um novo espaço na sociedade, teve que sair para o mercado de trabalho e, isso trouxe alterações sociais, a liberdade das mulheres em relação a seu corpo com o advento das pílulas anticoncepcionais, a legalização do divórcio, o acesso a educação de nível superior, todos esses fatores influenciaram na composição familiar nos últimos séculos.

Nayara Oliveira (2009, p. 28) afirma que a mulher, conquistando o mercado de trabalho, conseqüentemente, conquista certa independência, essa nova

condição da mulher em relação ao seu papel ocupado na família é alcançada também pelos avanços tecnológicos:

As intervenções da tecnologia na concepção de família podem ser vistas sob a forma de anticoncepção ou reprodução assistida. Ambas as opções implicam noções de escolha – seja para evitar uma gravidez indesejada, ou ao contrário, para provocá-la através de meios “não naturais”. (OLIVEIRA, N. H. D., 2009, p. 30).

Pode-se sintetizar dizendo que, a abertura para a ampliação do papel social exercido pela mulher transforma a família de tal forma que se abre para a oportunidade de compreendê-la como compreendemos na contemporaneidade.

Quando o lugar da mulher na sociedade muda, a família também se transforma.

Na década de 1970 o movimento feminista se difunde, questionando o lugar da mulher, propondo igualdade de direitos para as mulheres, principalmente no que diz respeito ao trabalho e à família e colabora, também para rever o papel feminino, a dominância masculina, a tarefas domésticas e o cuidado com os filhos (ROMANELLI, 1991). Nesse processo de transformação, além da difusão de ideias feministas, questionando o lugar social da mulher e seus direitos, a grande novidade foi a pílula anticoncepcional, que separou radicalmente a sexualidade da reprodução, deslocando o controle da reprodução biológica do homem para a mulher. (PORRECA, 2007, p. 61).

Completando essa ideia Petrini (2003, p. 64) coloca que:

A família contemporânea passa por um momento de transição. São abandonados modelos “tradicionais”, que atribuíam o primado ao marido, reservam às mulheres tarefas preferencialmente domésticas, pensavam a relação entre pais e filhos dentro de certa visão da autoridade e da disciplina, davam grande importância aos aspectos institucionais da convivência familiar, e assim por diante. Foram dados muitos passos no sentido de criar novos padrões de comportamento nas relações familiares, no campo da sexualidade, da procriação, da paternidade e da maternidade, da relação entre pais e filhos, do trabalho e da repartição das tarefas domésticas. Não se trata, agora, de olhar com saudades os modelos antigos de convivência familiar, mas de consolidar passos que constituam efetivamente um crescimento humano para todos os membros da família e para o grupo familiar no seu conjunto.

Tendo ciência desse processo a análise dentro da perspectiva familiar se torna mais clara, mas mesmo assim não altera a condição e necessidade de apontar uma definição de família como referência para as análises que necessitam serem feitas.

Por isso, para nossa pesquisa consideramos e analisamos os núcleos familiares conforme a definição adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no último censo realizado em 2010:

A família é considerada um dos principais eixos da sociedade. Em 2010, o censo feito pelo IBGE considerou que família é o grupo de pessoas ligadas por laços de parentesco que vivem numa unidade doméstica. Essa unidade doméstica pode ser de três tipos: unipessoal (quando é composta por uma pessoa apenas), de duas pessoas ou mais com parentesco ou de duas pessoas ou mais sem parentesco entre elas. O Censo 2010 mostrou que a maioria das unidades domésticas (87,2%) são formadas por duas ou mais pessoas com laços de parentesco. (IBGE, 2017).

Esse último recenseamento trouxe dados interessantes sobre as mudanças que as famílias têm passado com o decorrer dos anos:

As pessoas que vivem sozinhas representam 12,1% do total e as pessoas sem parentesco são 0,7%. Na comparação entre 2000 e 2010, houve um crescimento na proporção pessoas morando sozinhas, que passaram de 9,2% para 12,1%. Também houve um aumento de famílias tendo a mulher como responsável (de 22,2% para 37,3%). (IBGE, 2017).

O aumento do número de pessoas morando sozinhas e a atribuição da responsabilidade, para a mulher, sob a família são informações que confirmam o que já fora escrito anteriormente, a mudança dos papéis, a individualidade mais atenuada, tudo isso reflete socialmente e poderemos ver como isso se relaciona com o desenvolvimento da dependência química.

Essa definição do IBGE atende bem as nossas necessidades, pois no instrumental utilizado pelo Serviço Social na AMARJA para entrevista com a família é considerado para fins de análise os residentes no mesmo domicílio.

Essa perspectiva de análise acontece, pois na maioria das vezes é para esta residência que o aluno atendido retornará após alta, e também é nesta residência que costuma passar os finais de semana durante as saídas terapêuticas.

O Anexo B traz o modelo de ficha para estudo socioeconômico realizado na instituição.

Para analisar a formação da família nos documentos pesquisados será preciso separar os núcleos através de suas configurações, assim serão chamadas de famílias nucleares aquelas compostas por pai, mãe e filhos;

famílias extensas aquelas que são compostas pelo chefe de família, seus filhos e mais parentes como mãe, tios, sobrinhos e/ou netos; famílias monoparentais femininas as compostas por mãe e filhos; monoparentais masculinas as compostas por pai e filhos e unipessoais quando for uma pessoa que reside sozinha. As famílias homoafetivas não aparecem na pesquisa, mas é uma configuração que faz parte da sociedade e por isso é relevante citá-la, defini-se como famílias homoafetivas aquelas compostas por casais do mesmo sexo, com filhos ou não.

No recorte temporal apresentado na metodologia no capítulo 1 deste trabalho, foi escolhido para análise o primeiro semestre de 2016. Neste período foram realizados 92 atendimentos, sendo que destes foram concluídos um total de 30 processos de triagens que resultaram nas internações.

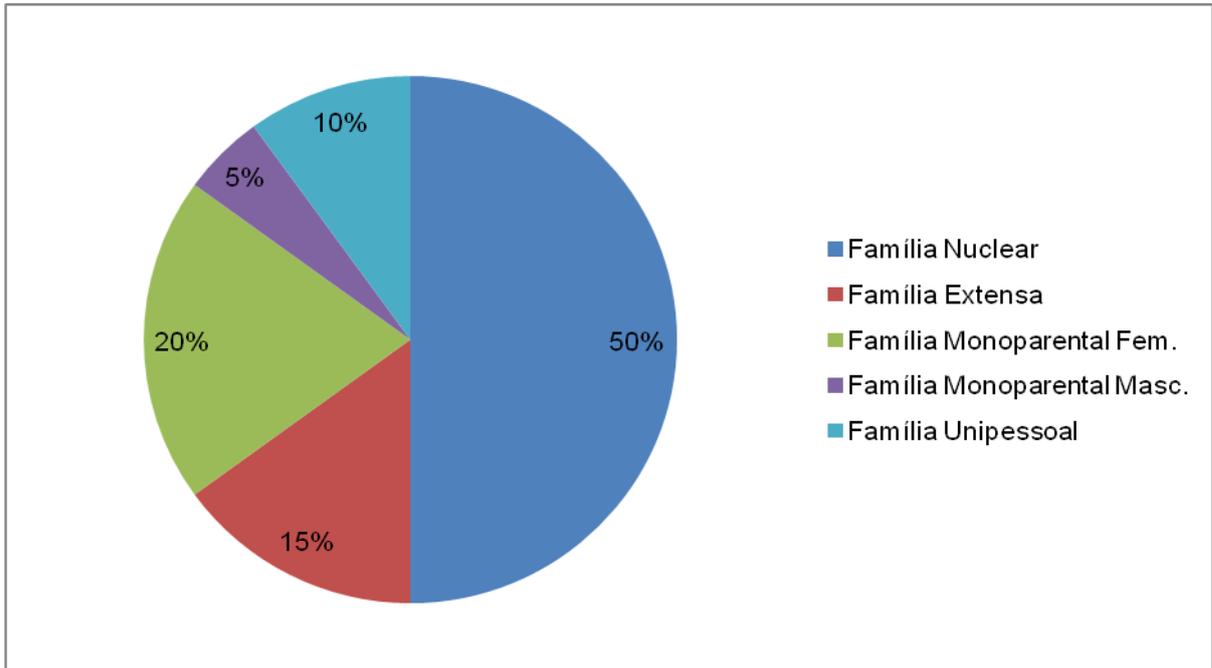
Esse processo de triagem adotado pela AMARJA dura em média cerca de 21 dias, contando a partir do primeiro atendimento até o momento da internação

Refletindo a cerca dos números apresentados, das 30 internações realizadas, 10 pessoas se encontravam em situação de rua durante a triagem e no início do tratamento. Destes 10, apenas em um caso a instituição não conseguiu contato com familiar de forma alguma.

Isso demonstra que mesmo as pessoas que chegam à situação de rua têm famílias, e a condição de estar na rua está ligada a quebra dos vínculos familiares.

No total de casos analisados 40% deles tinham como responsável a mãe. Reforçando assim, a reflexão que fizemos anteriormente sobre o papel que a mulher tem ocupado na sociedade sendo a responsável e provedora do lar. Esse dado se torna mais interessante, pois 50% desses alunos viviam em família nuclear, ou seja, com pai, mãe e irmãos. Vamos analisar no gráfico abaixo essa realidade apresentada:

Gráfico 1. Configurações Familiares



Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza.

Esse gráfico quebra o paradigma de que as famílias ditas como “desestruturadas” são responsáveis pelos “desajustes” sociais que encontramos na contemporaneidade, entre eles a drogadição. Sabe-se que ausência dos pais no desenvolvimento dos filhos podem causar abalos em sua formação, mas este isoladamente não é um fator direto que leva à dependência química.

Esse modelo familiar foi, e ainda tenta ser, imposto por uma hegemonia dominante, desde que se concebeu a ideia de família enquanto grupo de pessoas observa-se as mais diversas formações ou como optamos por chamar, configurações. É mais rentável para o mercado pensar em um modelo de família único e fica mais fácil culpabilizá-las quando não se segue esse modelo.

Durante décadas foi imposto para o homem e a mulher assumir papéis familiares como se fosse para estes “instintivos” e “naturais”, onde na realidade essas atribuições mais serviam para atender ao sistema que para fazer bem às suas famílias.

Observa-se ainda que as mudanças ocorridas nos últimos anos vieram na verdade atender a uma necessidade do mercado, e não a necessidade das pessoas enquanto seres sociais.

Esse é um assunto polêmico, pois com as atuais mudanças ocorridas nas famílias e com a visão enquanto pesquisadora de que não devemos criar rótulos, não deve-se também questionar o lugar do homem e da mulher na família. As famílias são livres para decidir entre si os lugares a serem ocupados, mas o que observamos na sociedade ainda é a cobrança pelo exercício da autoridade paterna no seio familiar. Sarti (2007, p. 63), coloca bem sobre essa reflexão:

O fato de o homem ser identificado com a figura da autoridade, no entanto, não significa que a mulher seja privada de autoridade. Existe uma divisão complementar de autoridades entre o homem e a mulher na família que corresponde à diferenciação entre casa e família. Casa e família, como mulher e homem, constituem um par complementar, mas hierárquico. A família compreende a casa; a casa está portanto, contida na família [...]

Em consonância com a precedência do homem sobre a mulher e da família sobre a casa, o homem é considerado o chefe da família e a mulher a chefe da casa. Essa divisão complementar permite, então, a realização das diferentes funções de autoridade na família com o mundo externo.

Essa concepção de autoridade e divisão de funções entre os sexos é histórica, e este é um dos motivos que leva a mulher ainda ser a responsável pelos filhos, como apresenta os acolhimentos realizados pela AMARJA. Ela, mesmo com todos os avanços da concepção de família ainda é quem cuida da casa, dos filhos e também auxilia nas despesas, mas de todas as funções e papéis assumidos pela mulher o de maior responsabilidade é a maternidade.

A distribuição da autoridade na família fundamenta-se, assim, nos papéis diferenciados do homem e da mulher. A autoridade feminina vincula-se à valorização da mãe, num universo simbólico em que a maternidade faz da mulher, tornando-se reconhecida como tal, senão ela será uma potencialidade algo que não se completou. (SARTI, 2007, p. 64).

A autora faz essa reflexão, pois ainda hoje no ideário social da maioria das pessoas a mulher tem que ser mãe para ser completa. Fica assim a responsabilidade do cuidado e da educação, isso em situações problemáticas como a referente ao uso de drogas pode fazer com que a mulher se sinta culpada, pois ficou em toda sua vida contida o ideal de que seria sua responsabilidade o sucesso dos filhos.

Se o sucesso na educação dos filhos é mérito da mulher o fracasso também é sua culpa. Pensamento lógico, porém irreal.

O lugar que tem assumido o homem na família quando se trata da responsabilidade com os filhos precisa ser analisado, alguns autores ligam a ausência do pai como um fator que está associado ao uso de drogas:

A ausência real do pai, ou o desempenho de seu papel, tem sido citada como importante fator causador de desajustes que podem levar ao uso de drogas. O pai presente, porém “ausente” é aquele que não cumpre a função paterna, principalmente dentro do que a sociedade e a família espera. Um pai que não exerce o papel de autoridade, representando a lei e a ordem no seio familiar. São pais que, por falta de autoridade, podem se tornar omissos ou, por outro lado, excessivamente autoritários. (BATISTA NETO, 2009, p. 139).

Ponto de vista interessante que é trabalhado por Batista Neto, pois estar fisicamente na família não garante a presença e o exercício do papel esperado.

Como verificado na instituição pesquisada cuja maioria dos atendidos tinham famílias constituídas por pai e mãe, mas o exercício da função paterna pode ter falhado segundo essa linha de pensamento.

Porém, o próprio Batista Neto (2009, p.141) relembra que não é possível usar um fator isolado e analisarmos como absoluto:

Ressalta-se que o mais importante nesse contexto é a vulnerabilidade emocional adquirida pela criança, que aliada com a genética, o ambiente e outros fatores familiares, poderão conduzir a criança a um funcionamento mal-adaptativo no seu meio social e familiar.

A forma como as famílias têm vivido influenciam mais ou menos, dependendo da intensidade com que os fatos ocorridos no desenvolvimento dos filhos possam ter acontecido. Situações de conflitos ou outras atitudes marcantes interferem no crescimento emocional e psicológico. Tais eventos familiares são comuns em qualquer classe social, e a forma de lidar com traumas e frustrações está mais ligada a uma questão pessoal do que familiar. Em toda relação em grupo é comum desentendimentos e desajustes entre os pares:

Diversos estudos indicam a associação que existe entre desajustes familiares e dificuldades emocionais nas crianças e adolescentes. A afirmação de que toda criança ou adolescente desajustado, teve ou tem uma família desajustada, parece conter uma boa dose de verdade. Por outro lado, a de que nem toda família desajustada produz uma criança ou adolescente desajustado é ainda mais verdadeira. (BATISTA NETO, 2009, p. 138).

Sobre o uso de SPA, muitas vezes corre-se o risco de culpabilizar a família se esta for analisada isoladamente:

Vários autores referem que a família pode funcionar tanto como fator de proteção como de risco em relação ao uso abusivo de drogas. Entretanto, é fundamental evitar culpabilizar diretamente à família em relação ao problema, uma vez que a compreensão dos diferentes contextos onde estão inseridos tanto a família quanto o indivíduo e as drogas são fundamentais para a reflexão deste fenômeno de características biopsicossociais e interacionais. (SILVEIRA; SILVA, 2013, p. 211).

Antes de continuar a reflexão sobre as relações familiares e o desenvolvimento da dependência química e compreender melhor como isso se dá através dos dados obtidos na análise documental realizada na AMARJA torna-se necessário fazer uma pausa para conhecer melhor os fatores de risco e proteção que auxiliaram para que essa reflexão não tome os caminhos da culpa.

## **2.2 Fatores de risco e proteção**

Segundo Oliveira, Oliveira e Kerr-Corrêa (2013, p.69):

Chamamos de fatores de proteção todos aqueles que diminuem o risco de alguém tanto iniciar quanto aumentar o uso de drogas como também ajudam na diminuição ou interrupção desse uso. Chamamos de fatores de risco as razões ou situações que aumentam a possibilidade de uma pessoa se envolver com o uso de crack e outras drogas. Tanto os fatores de proteção como os de risco, podem ser observados em diferentes contextos da vida da pessoa e existem vários aspectos que podem interferir diretamente no “tamanho” deste risco.

Dentre os fatores de risco e proteção há 3 grupos para análise que são fundamentais e complementares, que são os fatores individuais, familiares e sociais.

Se pensar na família enquanto fator de risco e proteção isoladamente tendemos a culpabilizá-la. Porém, quando analisa o conjunto de fatores completos percebemos que muitas vezes a família é tão vítima quanto o indivíduo que faz o uso de SPA. Isso não tira do grupo familiar a responsabilidade em oferecer aos seus a base sustentável para desenvolver pessoas seja afetivamente, seja socialmente.

Damos destaque aqui aos fatores familiares por este ser nosso objeto da pesquisa, mas a todo momento iremos correlacionar com os demais fatores. Para fazer essa análise apresentamos os quadros elaborados por Oliveira; Oliveira e Kerr-Corrêa para o Curso de Capacitação para Comunidades Terapêuticas desenvolvido à distancia com parceria entre SENAD e Universidade Estadual Paulista (UNESP) em 2013:

Quadro 1. Fatores de proteção

<b>Contexto pessoal</b>	<b>Contexto familiar</b>	<b>Contexto social</b>
Boa autoestima. Religiosidade. Aceitação de regras sociais.	Bom relacionamento familiar. Pais e/ou familiares presentes e participativos. Monitoramento das atividades dos jovens e adultos. Pais e/ou familiares que transmitam regras claras de comportamento para os jovens.	Bom envolvimento com as atividades escolares e/ou no ambiente de trabalho. Amigos não usuários de drogas e não envolvidos em atividades ilegais. Frequencia de locais com baixa disponibilidade ou oferta da droga. Forte vínculo com instituições (escola, igreja, etc.). Inserção em atividades culturais. Maneiras não estigmatizada de lidar com o consumo de drogas. Oportunidades para trabalhar. Atividades de lazer e esporte. Bom nível sócioeducacional.

Fonte: Oliveira; Oliveira e Kerr-Corrêa (2013).

Quadro 2. Fatores de risco

<b>Contexto pessoal</b>	<b>Contexto familiar</b>	<b>Contexto social</b>
Baixa autoestima. Isolamento social. Não aceitação das regras sociais. Pouca informação sobre drogas. Comportamento agressivo/impulsivo. Predisposição genética. Aumento ou redução da disposição para realização das atividades cotidianas. Hábito de usar álcool ou outras drogas para celebrar bons momentos e ou atenuar sentimentos que geram sofrimento. Pouca capacidade de lidar com as exigências interpessoais. Dificuldade em expressar sentimentos. Vivência de abusos na infância. Transtornos de personalidade.	Falta de envolvimento afetivo familiar. Ambiente familiar conflituoso. Educação familiar frágil. Consumo de álcool e/outras drogas pelos pais ou outros familiares. Modelos de comportamento negativos.	Pouco envolvimento com os estudos e trabalho. Envolvimento em atividades ilícitas. Amigos usuários de drogas ou com comportamento inadequado. Propagandas de incentivo ao consumo de álcool e outras drogas veiculadas nos meios de comunicação. Pressão social para o consumo. Poucas oportunidades de trabalho, lazer e esportes. Pertencer a grupos que enfrentam situações de vulnerabilidade social. Inserção em cultura que aceita/tolera o uso de álcool e outras drogas. Baixo nível sócio-educacional.

Fonte: Oliveira; Oliveira e Kerr-Corrêa (2013)

Como pode-se observar são diversos os fatores apresentados pelas autoras, eles estão interligados e isso facilita a compreensão do quão complexo é o desenvolvimento da dependência química e porque acontece. Conhecer esses fatores também nos auxilia a entender porque determinados jovens que vivem no mesmo núcleo social e familiar podem desenvolver a doença e outros que vivem nestes mesmos núcleos não. Isso se dá por ocasião dos fatores individuais e a forma como cada pessoa lida com determinadas situações.

As autoras Silveira e Silva (2013, p. 215) também apresentam um quadro com fatores familiares associados aos fatores de risco:

Quadro 3. Fatores de risco associados ao uso e/ou abuso de drogas precoce entre jovens

- Ausência de vínculos que unem pais e filhos
- Monitoramento parental insuficiente ou deficitário
- Educação autoritária associada a pouco zelo e afetividade nas relações
- Atitude permissivas dos pais com relação ao uso de drogas
- Uso de drogas pelos irmãos mais velhos
- Consumo abusivo de drogas pelos pais
- Uso de drogas pelos irmãos
- Medidas disciplinares confusas, ambíguas ou não efetivas

Fonte: Silveira e Silva (2013, p. 215).

É possível observar que os diversos autores trabalham pontos em comum no que se refere às famílias enquanto associação dos fatores de risco e o papel desenvolvido por este grupo de convívio.

A postura familiar e o desenvolvimento de seu papel estão relacionados também a influencia social que esta recebe, principalmente quando nos referimos a ausência de vínculos e a presença dos pais, quanto ao consumo de SPA pelos mesmos.

O mercado de trabalho dentro da lógica do capital chega a ser cruel, pois exige cada vez mais horas de trabalho e o afastamento do lar, oferece as classes baixa poucas opções de lazer sendo o mais acessível muitas vezes o consumo de álcool em casa como forma de “relaxar” após um longo dia de trabalho.

Esta situação ocasiona mais conflitos familiares, as dificuldades do dia a dia e o cansaço do trabalho deixam as regras e limites mais brandos dentro dos lares, além de outros diversos tipos de situações ocorridas na família:

Atitudes negativas dos pais para com os filhos, como agressões físicas ou morais, negligência, omissões, autoritarismo, ausência de limites ou de autoridade, desqualificações, humilhações, envolvimento dos filhos em relacionamentos conjugais conturbados e que podem resultar em separações conflituosas, tem uma influência inegável na saúde mental da família e dos seus membros, tornando-os mais vulneráveis ao uso de drogas. (BATISTA NETO, 2009, p. 139).

A forma como crianças e adolescentes vivenciam, suas relações familiares influenciarão diretamente na vivencia em comunidade e nas suas relações

sociais, além de a formação individual estar ligada a sua educação, que é recebida pelos pais e/ou responsáveis. Desta lógica vem o ideário de estudar as famílias, por concebê-la como importante nesse processo.

Interessante que estes mesmo fatores de risco são apresentados em outros comportamentos disfuncionais entre adolescentes:

As pesquisas apontam que muitos fatores de risco relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas são os mesmos observados em outros comportamentos de risco, como evasão escolar, comportamento sexual de risco, incluindo gravidez na adolescência além de bullying e comportamentos violentos na adolescência. (OLIVEIRA; OLIVEIRA; KERR-CORRÊA, 2013, p. 70).

É importante colocarmos que os fatores de risco e proteção não são iguais para todos os grupos. Para os adolescentes mais especificamente, por ser uma fase de mudanças, eles se acentuam mais e ficam muito ligados as emoções, e para eles este é um momento de transformação também nas relações familiares como Silva (2011, p. 36) na adolescência, as relações interfamiliares se modificam, uma vez que os adolescentes têm a necessidade de serem mais independentes, de terem respeitadas e realizadas suas escolhas e vontades.

Silva (2011, p. 130) ainda reforça colocando que:

Entre os diversos fatores que desencadeiam o uso de drogas pelos adolescentes, os mais importantes são as emoções e os sentimentos associados a intenso sofrimento psíquico, como depressão, culpa, ansiedade exagerada e baixa autoestima, trazendo riscos adicionais aos que ocorrem com adultos em função de sua vulnerabilidade.

Infelizmente muitos lares não são o porto seguro de crianças e adolescentes, e é possível vivenciar neste ambiente os mais diversos conflitos possíveis.

Outra situação específica que difere os fatores de risco e proteção está ligada a questão de gênero, homem e mulheres são educados de formas diferentes, as crianças ainda não são tratadas com igualdade de gênero. Além disso, biologicamente a mulher se difere muito do homem e isso causa reações diferentes também em relação ao consumo de SPA:

Do ponto de vista biológico, as mulheres tem respostas diferentes dos homens ao consumo de álcool e outras drogas e por isso podem sofrer consequências clínicas muito mais rapidamente. As mulheres apresentam:

- Mais gordura corporal;
  - Menor massa muscular;
  - Menor quantidade no estomago da enzima álcool-desidrogenase, responsável pelo metabolismo do álcool;
  - Alterações no metabolismo e flutuações hormonais, próprias das funções fisiológicas reprodutivas, como também, por ingestão de anticoncepcionais e/ou terapias de reposição hormonal;
  - Maior presença de transtornos psiquiátricos como a ansiedade, depressão, bulimia, transtornos de personalidade e baixa autoestima.
- É por isso que as mulheres geralmente ficam embriagadas com mais facilidade de que os homens, ingerindo a mesma quantidade de bebidas alcoólicas. Essa resposta biológica diferenciada também as tornam mais vulneráveis que os homens a desenvolverem doenças decorrentes do uso de drogas, como doenças hepáticas, cardiovasculares e neurológicas. (OLIVEIRA; OLIVEIRA E KERR-CORRÊA, 2013, p. 73).

Furtado et al. (2013, p. 156) confirma essa mesma afirmação:

Do ponto de vista biológico, estudos apontam a hipótese de que as mulheres são metabolicamente menos tolerantes ao uso de bebidas alcoólicas. Mediante a ingestão de quantidades equivalentes, o álcool apresenta maior impacto negativo no organismo feminino do que no organismo masculino. Um dos motivos parece ser a maior dificuldade de metabolização do álcool pela mulher (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2000), pois há menor volume de água corporal, menor atividade da enzima álcool desidrogenase e maior proporção de gordura corpórea. Estes fatores as levam a sentir os efeitos das bebidas alcoólicas mais rapidamente que os homens, precisando de menores quantidades para conseguir os mesmos efeitos.

Ligado aos fatores biológicos a mulher ainda sofre com os estigmas e a necessidade de estar dentro do “padrão” de beleza imposto pela sociedade. O sexo feminino também é um grupo mais sujeito a violência seja doméstica, sexual, emocional, etc. Ter um companheiro que também faz uso de SPA é outro fator que podem influenciar.

Idade, sexo, a forma de vivenciar as relações, entre outros pontos importantes deem ser analisados quando se percebe o desenvolvimento da dependência química independente da situação que se encontra. Um fator importante que é muito comentado no senso comum é a questão da classe social. Como pode-se observar, ela não aparece como fator de risco, nem como de proteção. Isso ocorre porque o uso de drogas independe disso. As drogas estão presentes em todas as classes sociais e como pesquisadora e assistente social será dedicado um item específico deste trabalho sobre este assunto.

### 2.3 Famílias, pobreza, riqueza, enfim... a classe social

Torna-se importante dedicar um item deste capítulo com este assunto, pois no imaginário popular ainda reside à ideia de que o uso de drogas, principalmente o crack, é mais comum por pessoas de classes baixas.

Estariam as famílias pobres e que residem em periferias mais propensas ao uso de SPA e por consequência mais propensas ao desenvolvimento da dependência química?

Para responder estas perguntas é necessário entender um pouco mais do significado que o pobre ou a situação de pobreza tem nos moldes econômicos contemporâneos.

Sarti (2007, p. 42) trata sobre a definição de pobreza, colocando-a como algo relativo, pois corremos o risco de reduzir muito seu significado social e simbólico em uma tentativa de classificação.

A autora ainda coloca que:

Houve uma espécie de círculo vicioso na imagem dos pobres nas ciências sociais: ou foram desqualificados (alienados, massa amorfa) ou glorificados numa tentativa algo ingênua de contrapor-se à sua identificação, por parte das elites, com a “classe perigosa”, assim, o pobre (tal como o negro) passou a ser detentor de uma virtuosidade, um saber ou uma sensualidade que escapavam aos outros humanos, o que acaba redundando num preconceito social (ou racial) às avessas. (SARTI, 2007, p. 46).

É por questões como estas, que a pobreza estaria ligada ao uso de drogas, a própria autora fala em outro momento no mesmo livro que a visão sociológica do pobre está relacionada a negatividade (SARTI, 2007, p. 36) e pelo uso de drogas também ser considerado algo negativo, se une as questões e obtém uma “verdade”.

Vale observar que os fatores de risco o uso e abuso de SPA estão ligados a oferta de atividades culturais, físicas, atividades escolares, etc. É verdade que a população em situação de pobreza tem menos acesso a todos estes itens. Mas como observa-se, não se pode deter em apenas um fator para correlacionar o desenvolvimento da doença.

Nesses casos, é correto tratar de vulnerabilidades e não de pobreza em si. A família pode ser pobre e não estar em vulnerabilidade, assim como uma família pode ser rica e vivenciar diversas situações de vulnerabilidades.

Vannucchi, Cordeiro e Diehl (2011, p. 424) trabalham o termo vulnerabilidade, que foi proposto por outro pesquisador da área, Ayres, que trabalha o termo em três eixos diferentes, que contribuem no entendimento da vulnerabilidade seja do indivíduo ou seja da coletividade podendo ser maior ou menor:

Vulnerabilidades individuais: aspectos relacionados a comportamentos e trajetórias pessoais.

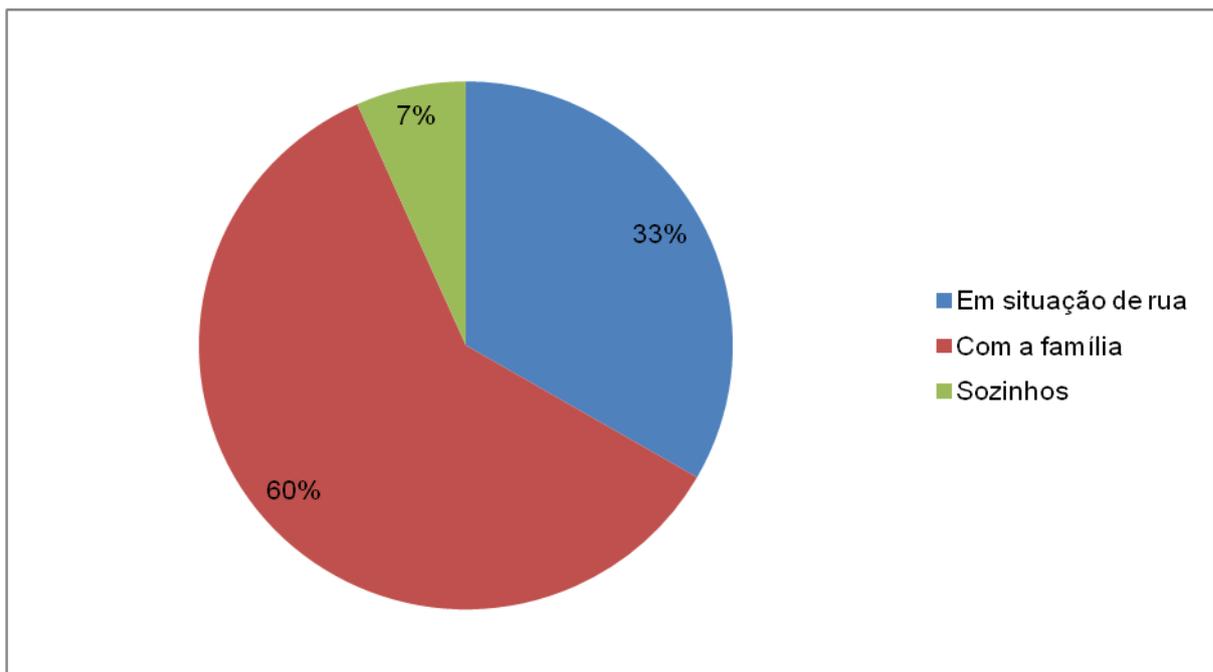
Vulnerabilidades sociais: aspectos relacionados a condições sociais e de vida (classe social, escolaridade, condições de moradia, acesso a bens de consumo, lazer e alimentação, estigmas e preconceitos sociais).

Vulnerabilidades programáticas: aspectos que dizem respeito às políticas públicas, serviços e/ou programas públicos destinados aos indivíduos.

Essa perspectiva permite ir além das vulnerabilidades dos sujeitos para analisar as práticas necessárias na saúde e nas políticas públicas.

É possível por meio da pesquisa observar de pronto uma situação de vulnerabilidade significativa, que são as pessoas em situação de rua:

Gráfico 2. Condições de habitação



Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza

Essa porcentagem equivale a 1/3 das internações realizadas no período selecionado para análise. As pessoas em situação de rua, não só representam um grupo em vulnerabilidade, mas também pertence ao grupo das minorias:

O termo minorias diz respeito a determinado grupo social e humano que esteja em inferioridade do ponto de vista quantitativo em relação a um grupo dominante. Minorias podem ser étnicas, religiosas, culturais ou linguísticas. Não necessariamente indica que minorias sejam perseguidas ou exterminadas pelo grupo dominante, embora existam na história, numerosos casos de perseguições minorias. (VANNUCCHI; CORDEIRO; DIEHL, 2011, p. 423).

Estes mesmos autores ressaltam que a população em situação de rua fazem parte de um processo social complexo.

O aumento de pessoas nessa situação aumentou significativamente com a alta da inflação vivenciada na década de 1980 no Brasil, que trouxe como consequência a diminuição da oferta de trabalho e dos salários, os trabalhadores ficaram ainda mais empobrecidos chegando à miséria.

Nas ruas é muito comum o uso de álcool e outras drogas:

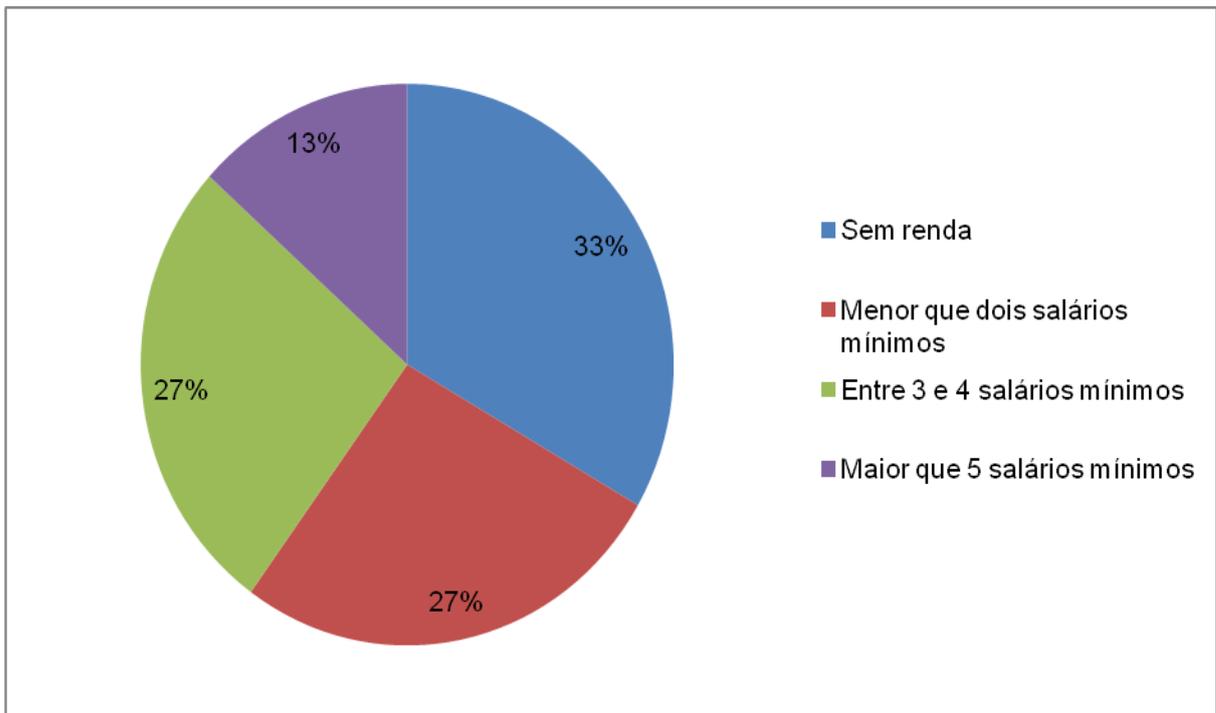
O álcool e as drogas fazem parte da realidade das ruas, seja como alternativa para minimizar fome e o frio e estratégia para dormir, seja como elemento de socialização entre os membros dos grupos de rua. Snow e Anderson (1998) afirmam que o uso de substâncias psicoativas é considerado, há muito tempo, uma das dimensões culturais que compõe o estilo de vida de quem vive na rua. Portanto, estar em abstinência é um grande desafio para essas pessoas, mesmo que disso dependa a própria sobrevivência. (VANNUCCHI; CORDEIRO; DIEHL, 2011, p. 424).

Essa reflexão leva a pergunta: “Todo indivíduo em situação de rua usa algum tipo de substância?” E a resposta é: Não. Os pesquisadores citados anteriormente apresentam um estudo realizado por Heckert sobre a “prevalência de transtornos mentais na população em situação de rua, onde se observou que 81,9% apresentava uso nocivo/dependência de álcool” e que “31,3% tinha transtornos decorrentes do uso de outras substâncias”.

No grupo pesquisado as 10 pessoas que estavam em situação de rua chegaram a esta condição devido ao uso de SPA, o rompimento dos vínculos familiares ou a escolha de viver “livremente” sem as regras da casa são as principais causas.

As pessoas que estão em situação de rua não apresentam nenhum tipo de fonte de renda, e a AMARJA por se tratar de uma OSC, por não cobrar nada em contrapartida pelo tratamento, recebe para acolhimento pessoas de baixa renda. Aquelas famílias que tem melhores condições financeiras optam por um tratamento particular. Porém alguns casos fogem a regra como é possível verificar no gráfico:

Gráfico 3. Renda familiar



Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza.

A porcentagem de pessoas sem renda equivale a quantidade de pessoas em situação de rua, estes são os únicos que não apresentam fonte de renda nenhuma. As demais famílias são todas de classe baixa, e apenas 13% delas apresentam uma renda superior a 5 salários.

O uso de drogas não é algo exclusivo das pessoas pobres. Inclusive o ultimo levantamento sobre uso de álcool e outras drogas entre estudantes brasileiros<sup>3</sup> mostrou bem isso:

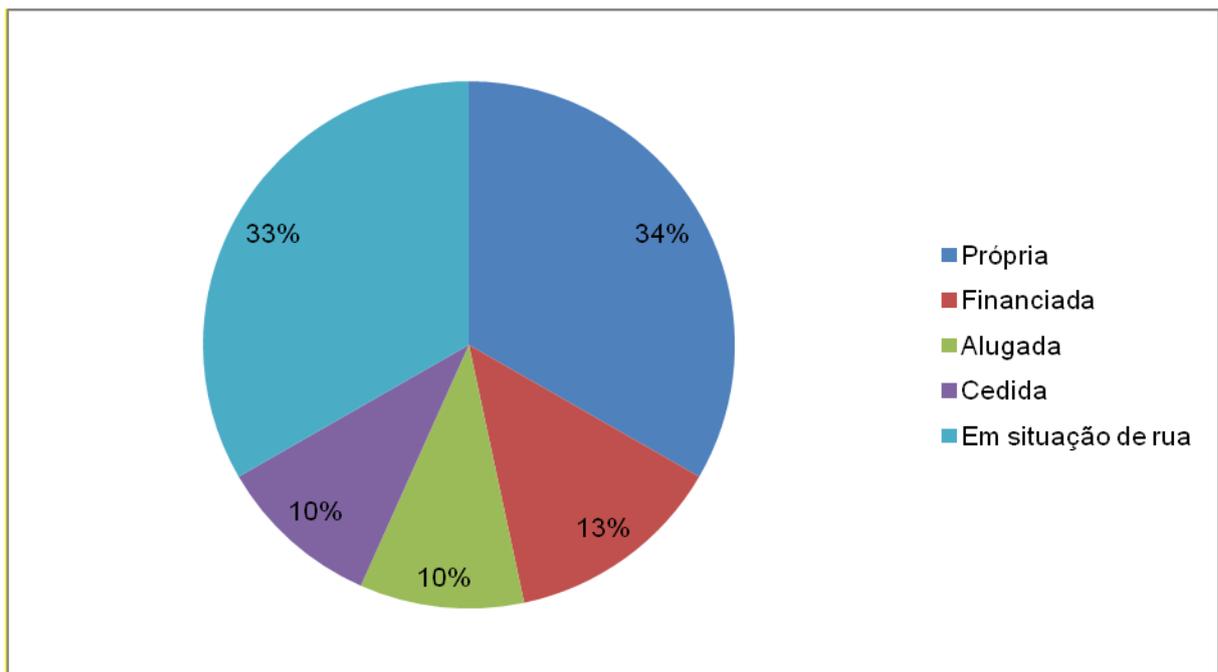
<sup>3</sup> O presente estudo é um levantamento epidemiológico, de corte transversal, que representa o universo de estudantes do 6º ao 9º ano do ensino fundamental II (anteriormente denominadas 5ª a 8ª séries do ensino fundamental) e 1º ao 3º ano do ensino médio, de escolas públicas e particulares das 27 capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal. Foi realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em parceria com Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em 2010.

O total de estudantes com relato de uso no ano de qualquer droga (exceto álcool e tabaco) foi de 9,9% para a rede pública e 13,6% na rede particular. As drogas mais citadas pelos estudantes foram bebidas alcoólicas e tabaco, respectivamente 42,4% e 9,6% para uso no ano. Em relação às demais, para uso no ano, foram: inalantes (5,2%), maconha (3,7%), ansiolíticos (2,6%), cocaína (1,8%) e anfetamínicos (1,7%). (CEBRID, 2010, p. 25).

Esse estudo mostra que o uso por SPA é significativamente maior entre estudantes da rede particular, sendo que estes apresentam melhores condições financeiras e pertencem a uma classe social mais elevada quando analisamos numa perspectiva do mundo do capital.

Analisando ainda a questão da moradia, muitas famílias tem casa própria ou financiada, sendo uma minoria os que vivem de aluguel ou em casas cedidas.

Gráfico 4. Moradia



Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza.

A análise da moradia auxilia a reflexão sobre a situação de vulnerabilidade de cada família. A certeza de ter onde residir auxiliar na segurança e conforto.

No tratamento para os acolhidos é importante essa reconstrução dos vínculos, principalmente entre aqueles que vivem sob o mesmo teto.

## 2.4 Construção e reconstrução de vínculos

É possível notar nas pesquisas que existe algo mais importante do que a moradia, se a casa é própria ou não, se tem renda ou não tem, se a renda é alta ou não é entre outras coisas ligadas a bens materiais. As pesquisas mostram serem importantes os vínculos que se constituem ou que se quebram com o desenvolvimento da doença.

A desestruturação social da família, quer seja por divórcios ou por razões econômicas ou por produto direto da pobreza e da falta de cultura, é um fenômeno que encontramos em todos os países, em proporções diferentes, de acordo com suas condições sócio-econômico-culturais. Mas onde vamos encontrar drogadição é naqueles meios nos quais a família e os membros que a compõe formam uma pseudomutualidade. (KALINA et al., 1999, p. 182).

Essa pseudomutualidade se refere à ausência de vínculos, Kalina continua em sua obra tratando dessa transformação da família e dessa desestruturação que não se refere às configurações, mas sim aos percalços que se vivencia no seio familiar indiferente da composição de seus membros.

Silveira e Silva (2013, p. 215) apontam nesta mesma perspectiva:

Estudos apontam que não existem uma relação linear entre abuso de álcool dos pais e de seus filhos, mas sugerem claramente que os padrões de comportamento dos pais e a construção dos vínculos familiares são em grande parte responsáveis pelas atitudes futuras dos filhos. Isto significa que, embora o consumo de substâncias pelos pais esteja relacionado ao maior risco de os filhos se tornarem usuários, é atitude permissiva dos pais que tem maior peso nesta equação.

O processo de construção dos vínculos desde a infância pode ser ponto chave na formação dos vínculos familiares saudáveis. A família enquanto primeiro grupo social o qual pertence os indivíduos tem esse caráter formador.

Cabe a família proporcionar que a criança aprenda a lidar com limites e frustrações. Crianças que crescem num ambiente com limites e regras claras geralmente são mais seguras e sabem o que podem e devem ou não fazer. Quando se deparam com um limite sabem lidar com a frustração (Silva & De Micheli, 2010). Desta forma, no âmbito familiar, estudos evidenciam como fatores que protegem o adolescente ao uso de drogas: a relevância dos vínculos familiares; o apoio da família ao processo de aquisição da autonomia pelo adolescente; o monitoramento dos pais frente ao processo de crescimento e desenvolvimento do adolescente; o estabelecimento de normas e regras claras para os comportamentos sociais, incluindo o uso de drogas. (SILVEIRA; SILVA, 2013, p. 216).

As relações familiares que se dão ou que são construídas através dos vínculos apresentam essa característica de segurança para seus membros nas mais diversas situações que poderão acontecer no decorrer da vida. As famílias estão perdendo com o passar do tempo essas características, e, quando analisadas as vulnerabilidades que vivenciam, foi possível refletir sobre a questão da violência, desemprego, as faltas de oportunidades entre outras situações. Essas questões mostram parte das fragilidades pelas quais as famílias passam.

Como oferecer apoio e segurança, equilíbrio mental e físico, oportunidades e carinho quando não se tem ou não se teve nada disso?

A própria Constituição Brasileira, no seu art. 226 (BRASIL, 2006), chama para a responsabilidade a família enquanto grupo social sendo que tem sido ofertado muito pouco quando se fala em garantias de direitos a estas. Um país onde a educação está sendo sucateada, os direitos trabalhistas estão sendo retirados, as oportunidades de trabalho ficam cada vez mais escassas, o acesso a moradia já quase não existe, a saúde pública não suporta a demanda, a terceirização é cada vez mais comum e se tornará a principal forma de contratação com a recente aprovação de lei que legitima essa prática, é esse país o mesmo que coloca total responsabilidade nas famílias quando fala que “A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”, que proteção podemos observar acontecer?

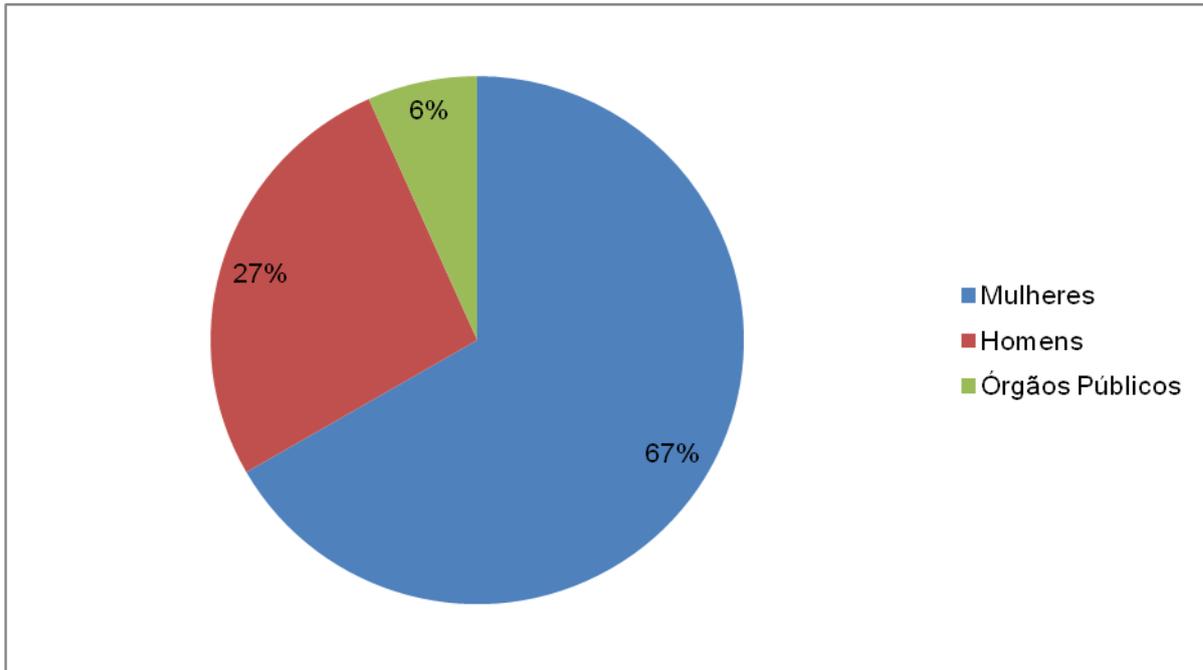
Essa reflexão nos auxilia a olhar para a família sem culpabilizá-la e sem tirar sua responsabilidade.

Pode-se perceber que cada um é responsável em exercer bem seu papel na sociedade, e exercer bem para nós neste contexto significa fazer o que se consegue fazer, sem ser cobrado por algo que não deu conta ou não teve respaldo do Estado para enfrentar.

Muitas vezes a mulher toma o papel a frente dessas situações familiares por ela ser a única responsável naquele momento de fazer algo pelos seus.

O número de pessoas do sexo feminino que são responsáveis pelos seus parentes em internação é significativo, mesmo quando a responsabilidade não está vinculada ao parentesco isso ainda sobrecarrega para a figura feminina, a análise feita através do gráfico seguinte representa bem, esse papel social que ainda é imposto para a mulher:

Gráfico 5. Responsáveis



Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza.

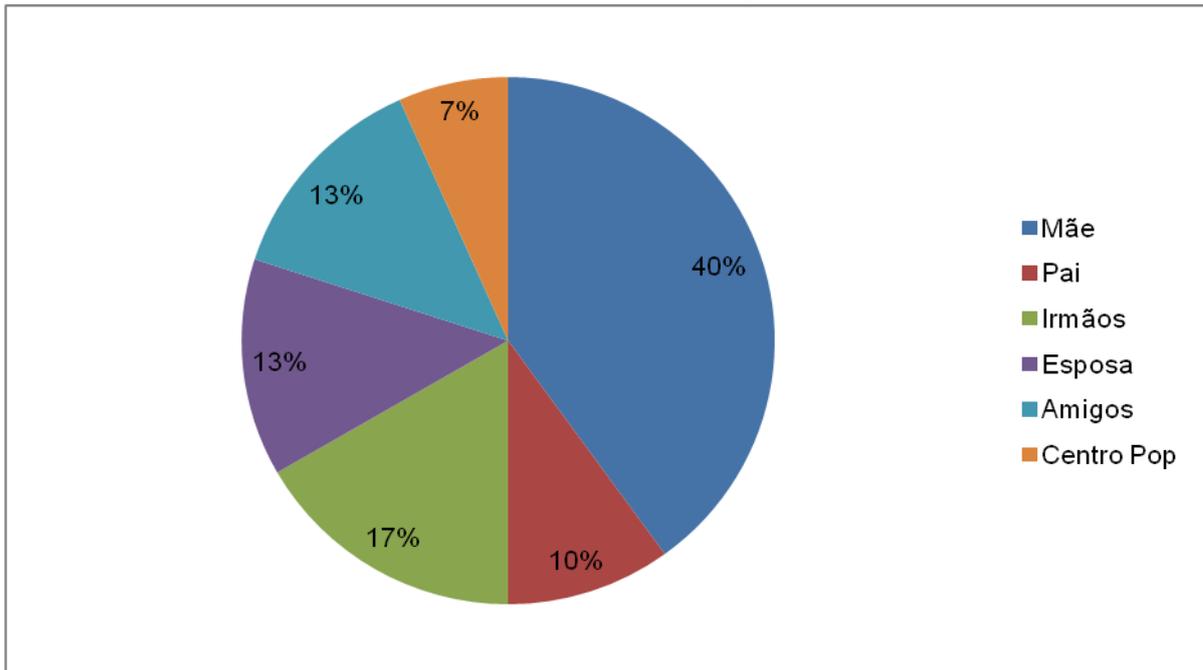
É comum verificar que os filhos tem um vínculo maior com a mãe e não com o pai. Nos registros analisados dos 8 homens responsáveis apenas 3 eram os pais, os demais ou são amigos ou irmão. Outro fato interessante é que nos órgãos públicos a referência é sempre de uma mulher, nos casos apresentados eram as assistentes sociais.

Sobre o parentesco destes responsáveis observa-se o destaque para a mãe e em seguida para os irmãos, as demais categorias não foram tão expressamente significativas.

Esse resultado é reflexo do papel socialmente imposto para a mulher, responsável pelo cuidado de casa e dos filhos. Essa responsabilidade poderia ser compartilhada visto que na maioria dos casos analisados as famílias eram nucleares, ou seja, a figura do pai fazia parte do dia a dia destas famílias.

Nos órgãos públicos, como Centro Pop, Abrigo, CRAS, a responsabilidade e contato sempre acontecia com assistentes sociais, estas ficavam responsáveis em ser referencia para o tratamento do usuário encaminhado, no caso das pessoas em situação de rua esses órgãos enviam, roupas e materiais de higiene pessoal durante o período de tratamento.

Gráfico 6. Parentesco dos responsáveis



Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza.

No período analisado não houve nenhum registro de filhos responsáveis pelos pais, porém a participação destes no tratamento, quando eles têm uma idade adequada, podem ser muito importantes e motivadoras para seu tratamento. Os vínculos com os filhos se rompem mais facilmente devido à situação que vivenciam em casa, ou inclusive pela ausência da presença paterna, que com a dependência química se torna comum.

Além dos vínculos familiares que, como analisados, se caracterizam como possíveis protagonistas para relações saudáveis ou não, quando se fala da dependência química e famílias existe outro debate, que será abordado agora, que é a questão da hereditariedade genética para o desenvolvimento da doença.

## 2.5 O debate genético

Muitas pessoas questionam sobre a probabilidade genética quando desenvolvem a doença. Já fora discutido que o surgimento dela não pode ser relacionado apenas a um fator, mas sim a um conjunto de fatores os sociais, os familiares e os individuais. Porém, não se pode passar por esta pesquisa sem discutir um pouco sobre a herança genética que é carregada enquanto fator individual e familiar.

Individual porque os genes são únicos. Ninguém possui a mesma combinação genética, mesmo os irmãos, por isso somos diferentes uns dos outros fisicamente. Familiar porque essa formação ocorre através da mistura e combinação transmitida pelos pais e familiares como por exemplo os avós, tios, primos.

Aprofundar nesse tema não é a intenção dessa pesquisa, pois ela vai além da capacidade formativa da pesquisadora, cabendo a medicina esse papel, mas enquanto pesquisadora e trabalhadora da área da dependência química é preciso apreender um pouco do assunto e promover a reflexão.

Os pesquisadores Negrão, Cordeiro e Vallada Filho (2011, p. 59) explicam que é comum vermos que a dependência química é mais presente em uma família do que em outras e que isso está ligada ao DNA (ácido desoxirribonucleico). Infelizmente não é simples verificar através de exames a propensão genética de cada pessoa para doenças crônicas como diabetes, pressão alta e a própria dependência química. Eles ainda afirmam que a dependência de álcool e cocaína tem herdabilidade maior que várias doenças físicas, a herdabilidade é um termo utilizado para expressar a quantificação da suscetibilidade genética obtida em estudos com gêmeos.

Sobre esse tema eles ainda dizem que:

Um aspecto primordial é ter sempre em mente eu as dependências químicas são, em sua origem, doenças resultantes da relação entre acervo genético do indivíduo e pelo menos um fator ambiental, o consumo da substância de uso ou de abuso. Ou seja, evolutivamente é impossível pensar em uma predisposição para essa ou aquela dependência, mas é possível prever o quanto o contato de certos indivíduos com a substância psicoativa leva a padrões mal-adaptativos de consumo. Nesse sentido, parece ser consenso entre os pesquisadores da área que o quadro é complexo, no qual múltiplos genes interagem com fatores ambientais ao longo de diferentes estágios do desenvolvimento da dependência química. (NEGRÃO; CORDEIRO; VALLADA FILHO, 2011, p. 59).

Para deixar mais clara a ligação da herdabilidade para dependências químicas em estudos de gêmeos adaptaram uma tabela desenvolvida por outros pesquisadores Agrawal e Lynskey onde observa-se a medida com porcentagem da variância total em relação às substâncias mais consumidas no Brasil. Ainda ressaltam que as porcentagens apresentadas contem taxas mais altas do que as que surgiram em outros estudos de doenças crônicas como a diabetes melito tipo 2 e a colite ulcerativa.

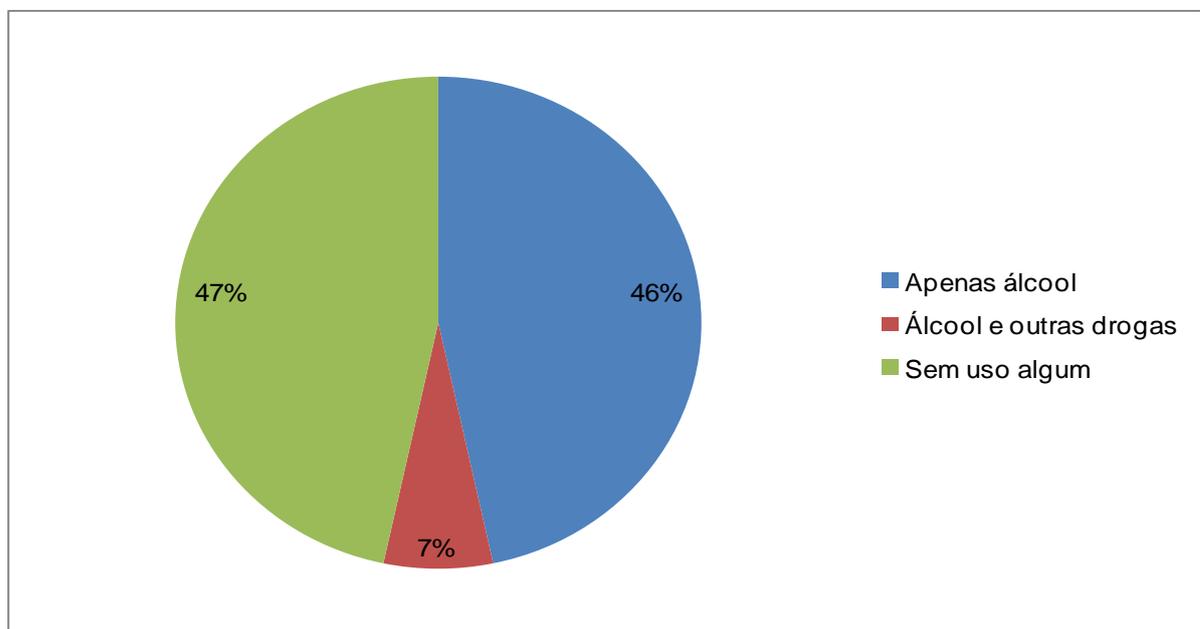
Quadro 4. Herdabilidade para dependências químicas em estudo de gêmeos

Substância	Herdabilidade (%)
Álcool	50 a 70
Cocaína	79
Maconha	34 a 78
Nicotina	53 a 72

Fonte: Negrão, Cordeiro e Vallada Filho (2011, p. 60) – adaptada de Agrawal e Lynskey.

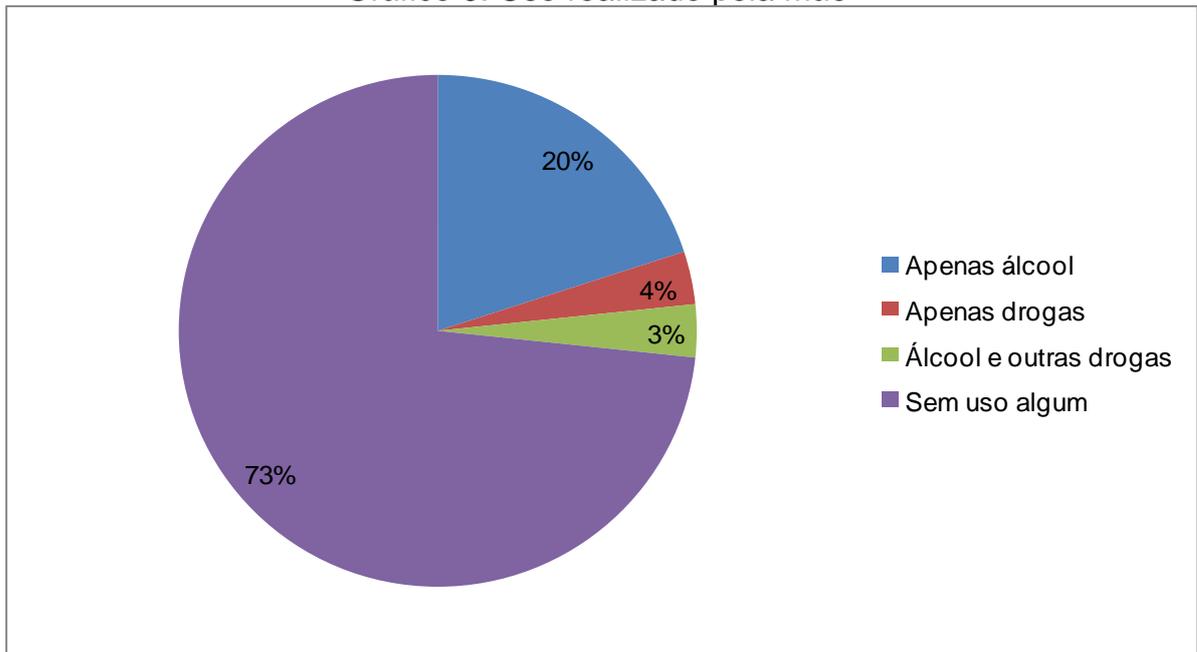
Esse estudo levou a refletir sobre a correlação da hereditariedade entre os alunos da AMARJA. Para isso, foi verificado no roteiro de entrevista que é realizada entre psicóloga e futuro acolhido/aluno no item História Familiar a pergunta: “Algum de seus parentes apresentou o que você chamaria de um problema significativo com álcool, uso de drogas ou psiquiátrico algo que recebeu ou deveria receber tratamento?”, e o resultado foi o seguinte:

Gráfico 7. Uso realizado pelo pai



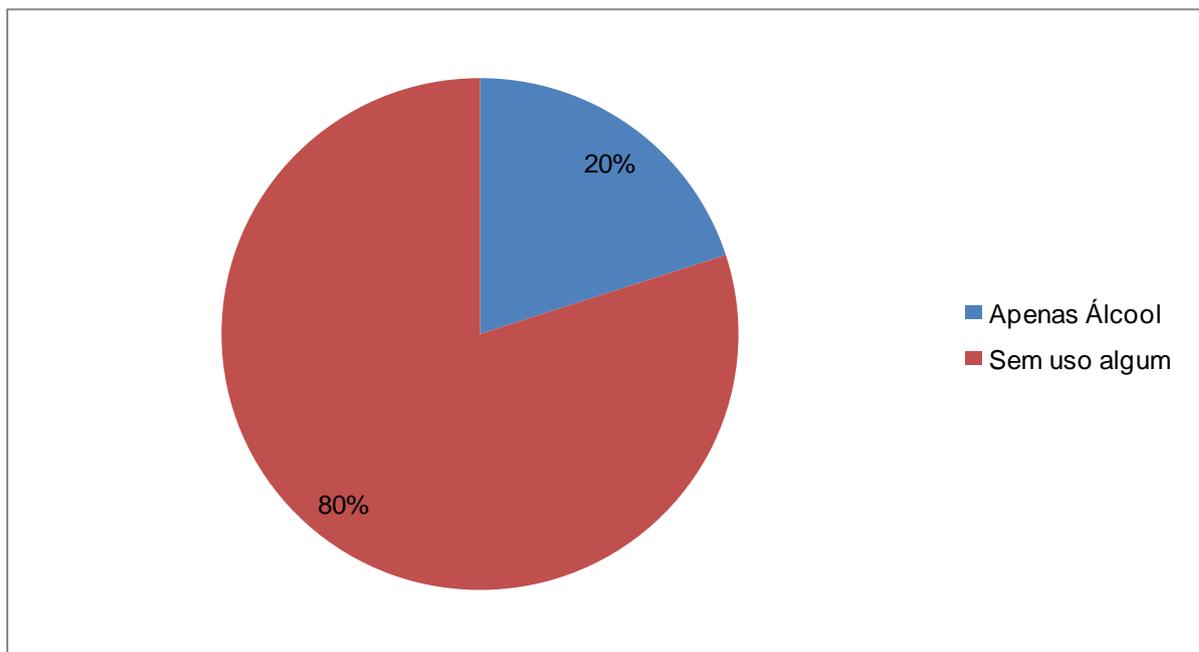
Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza.

Gráfico 8. Uso realizado pela mãe



Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza.

Gráfico 9. Uso realizado por avós



Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza.

Foi possível observar nos registros analisados nessa pesquisa que a correlação da dependência química com fatores genéticos é muito pequeno. Apenas o uso de álcool realizado pelo pai foi significativo e conforme os critérios

da herdabilidade as substâncias do álcool tem ligação genética para o desenvolvimento da doença de 50 a 70%. As mães e os avós apresentaram índices de uso baixo não sendo tão significativos esses valores.

Sobrepõe se então a ideia que os fatores sociais ligados ao ambiente e outros fatores familiares como falta de vínculos, monitoramento ineficiente e ausência de regras são mais presentes, fora os fatores individuais.

Mas é importante entendermos que a influencia genética é algo que ciência já comprovou e que nenhuma dependência de substância é gerada exclusivamente por essa predisposição, existem diversos determinantes para que ela ocorra. Batista Neto (2009, p.182) ressalta que o ambiente familiar e o social, aliados à genética, têm papel importante no comportamento e atitude das pessoas, por isso a necessidade de analisar sempre a totalidade e não um fator isolado.

Para que a análise seja mais profunda, essa relação é necessária para compreender melhor algumas questões sobre a dependência química e como a droga age no sistema nervoso central, suas diferenciações e como surge o uso na vida do indivíduo para depois refletir também sobre a co-dependencia familiar, outro assunto que envolve a família e o desenvolvimento da doença, e essa é a proposta para o próximo capítulo.

## **CAPÍTULO 3 O DESENVOLVIMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

O uso de drogas consiste num fenômeno social que constantemente está na pauta das discussões de políticos, estudiosos das mais diversas áreas e da sociedade em geral. Isso se deve, entre outros fatores, ao seu devastador efeito societário, à sua indistinção quanto às classes sociais e, principalmente, por ser mais uma das contradições presentes no sistema do capital. (SILVA, 2011, p. 56).

Este capítulo trata da dependência química como doença, uma vez que está devidamente classificada pela OMS como fora apresentado no Capítulo 1 desta pesquisa. Porém, não se pode deixar de vê-la como uma expressão da questão social que perpassa por toda uma estrutura societária pautada na mercantilização, onde o ser humano é impelido a colocar à disposição do mercado suas forças produtivas, e se vendo em um círculo sem saída e busca refúgio em um mundo paralelo e ilusório.

### **3.1 O uso de drogas**

O uso de drogas é algo que data muitos anos, aliás, milhares de anos. Esse uso milenar se dá pelo fato de que as drogas têm diversas finalidades. Suas substâncias são responsáveis por diferentes reações no organismo. Desde uso medicinal e até mesmo religioso, seu consumo é comum em diversos grupos sociais.

Desde a Pré-história, por exemplo, diferentes povos utilizavam plantas e substâncias específicas para provocar alterações de consciência por vários motivos e, com o passar do tempo, esse uso se manteve conforme as necessidades culturais e do contexto.

Para o uso do álcool, existem sinais arqueológicos de consumo para redução da dor e alívio dos males físicos desde a antiguidade, há cerca de 6.000 anos antes de Cristo (a.C.). O seu emprego como medicamento também foi mencionado em escrituras da Mesopotâmia em 2.200 a.C. Registros de mais de 4.000 anos a.C. na Suméria, atual Irã, relatam o uso da flor da papoula, conhecida como “planta da alegria”, de onde é retirado o ópio, utilizado para permitir o “contato com os deuses”. (OLIVEIRA; KERR-CORRÊA, 2013, p. 61).

Outros pesquisadores como Batista Neto (2009, p. 25) relatam que o uso da planta utilizada para fazer os cigarros de maconha, a Cannabis, era usada há 4.600 anos a.C., sendo que além de serem utilizadas em ritos religiosos ou mágicos, ela fornecia matéria prima para fibras e manufaturas e também servia como remédio.

Existe ainda hoje um mito sobre o uso de drogas, pois em nossa sociedade algumas são aceitas, são legais, e outras não são aceitas, e por isso, são consideradas ilegais.

O álcool é uma substância que em nosso país é comum o uso, desde ritos religiosos como em festas, comemorações e em medicamentos e perfumaria, assim como o tabaco, estas duas SPA estão inseridas no cotidiano familiar e apesar de serem proibidas para menores de 18 anos é fácil o acesso a elas.

Os efeitos gerados pelo uso das substâncias são variáveis e dependem de três fatores as características da(s) substância(s), do estado psicológico do consumidor e do universo sociocultural que compartilha (ABREU; MALVASI, 2011 p. 67), estes irão determinar em cada individuo como serão afetados.

Por isso, dentro de uma perspectiva sociológica compreende-se que ao analisar a dependência química é necessário fazê-la de uma forma ampla, baseada não só nas relações, mas também nos processos que envolvem seu desenvolvimento e posterior diagnostico enquanto doença.

Abreu e Malvasi (2011, p. 67) colocam que:

As conexões entre fatores socioculturais e dependência podem ser traçadas em diversas direções e justificadas por diferentes perspectivas. Há recortes de dimensões em diferentes entre os aspectos transculturais, sociais e ritualísticos da dependência química. Cada um desses recortes sugere diferentes aproximações e abordagens, metodologias de pesquisa específica e informações qualitativamente diversas.

Para aprofundar a pesquisa nessa direção que aponta para a compreensão do desenvolvimento da dependência química como uma doença.

Esta feralmente inicia de relações complexas e surge com a congruência de diversos fatores, é preciso olhar um pouco para as drogas, ou como cientificamente chamamos as substâncias psicoativas.

São consideradas substâncias psicoativas todas aquelas que atuam no sistema nervoso central (SNC), dentre essas substâncias um grupo específico é formado por drogas que geram abuso e/ou dependência, são as drogas psicotrópicas (SANCHEZ; SANTOS, 2013, p. 19). Elas agem em uma parte do nosso cérebro que é responsável pela sensação de prazer e recompensa, por isso, quando uma pessoa faz uso tem o desejo consumi-las novamente, e assim sucessivamente até a perda do controle.

Porém, apesar da sensação do prazer e local de ação serem os mesmos, as SPA têm ações diferentes no SNC, sendo classificadas de modos diferentes: as que estimulam, as que deprimem e as que perturbam o SNC.

Conforme a descrição feita por Silveira e Silveira (2014, p. 70):

Drogas que diminuem a atividade mental, também chamadas de depressoras. Afetam o cérebro, fazendo com que funcione de forma mais lenta. Essas drogas diminuem a atenção a concentração, a tensão emocional e a capacidade intelectual. Exemplos: ansiolíticos (tranquilizantes), álcool, inalantes (cola), narcóticos (morfina, heroína).

Essas são as drogas que deixam a pessoa mais “lenta”, “sonolenta” e “devagar”.

Drogas que aumentam a atividade mental são chamadas de estimulantes. Afetam o cérebro, fazendo com que ele funcione de forma mais acelerada. Exemplos: cafeína, tabaco, anfetaminas, cocaína e crack. As anfetaminas, assim como os outros estimulantes, costumam ser utilizadas, ainda, como medicação para diminuir o apetite. Podem ser utilizadas, ainda, como medicação para algumas doenças (déficit de atenção e outras doenças neurológicas). (SILVEIRA; SILVEIRA, 2014, p. 71).

As SPA que estimulam o SNC são as que deixam a pessoa “ligadona”, “elétrica”, tiram o apetite e também o sono. E por fim Silveira e Silveira (2014, p. 71) tratam sobre as drogas perturbadoras, aquelas que deixam a pessoa fora da realidade, tendo alucinações, delírios, com sintomas próximos ao de uma pessoa com psicose:

Drogas que alteram a percepção são chamadas de substâncias alucinógenas (ou psicodislépticas), provocando alterações no funcionamento do cérebro. Exemplos: LSD, ecstasy, maconha e outras substâncias derivadas de plantas e cogumelos (ayahuasca, ibogaína, sálvia, mescalina, psilocibina, por exemplo).

Apesar dessa classificação, as drogas podem misturar os sintomas, sendo essa classificação existente para fins pedagógicos, exemplo disso é o ecstasy uma droga alucinógena e estimulante (SANCHEZ; SANTOS, 2013, p. 20). Outras substâncias podem variar conforme a quantidade ingerida, por exemplo, a maconha que apesar de produzir alucinações também pode deprimir.

Essas drogas são consideradas de abuso pelo excesso de uso que geram devido a grande sensação de prazer que causam.

Sabe-se que a pessoa está abusando da substância quando tem:

- Uso recorrente resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa;
- Uso recorrente em situações nas quais isso representa perigo físico;
- Problemas legais recorrentes relacionados à substância;
- Uso continuado, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância. (SANCHEZ; SANTOS, 2013, p. 21).

Para diagnóstico da dependência química, utilizam-se os critérios estabelecidos pela OMS em 2008 na 10ª revisão sobre a Classificação Internacional de Doenças.

Sanchez e Santos (2013, p. 21-22) colocam que:

A dependência ocorre quando o consumo de determinada substância é compulsivo, ou seja, o comportamento do usuário está fundamentalmente voltado para o impulso de ingerir a droga, continuamente ou periodicamente, com a finalidade de obter um estado de alteração da consciência, prazer, evitação ou diminuição de sintomas de abstinência e cuja intensidade é capaz de ocasionar problemas sociais, físicos e/ou psicológicos.

Assim como o abuso de drogas tem suas características a dependência química também pode ser diagnosticada conforme alguns requisitos aqui apresentados, e neste caso, para ser considerada dependente, a pessoa precisa apresentar apenas três dos seis itens elencados a seguir:

1. Forte desejo ou compulsão para consumir a substância;
2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos do seu início, término ou níveis (quantidade) de consumo;
3. Estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar esses sintomas de abstinência;
4. Evidência de tolerância, em que quantidades crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar os efeitos originalmente produzidos por doses baixas;
5. Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa; aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou consumir a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
6. Persistência no uso da substância, a despeito da evidência clara de consequências manifestadamente danosas. (SILVEIRA; SILVEIRA, 2014, p. 93).

É importante ressaltar que nem todas as pessoas que consomem drogas se tornaram dependentes químicos, a maioria dos jovens usam a droga por curiosidade fazendo o que se chama de uso experimental ou ocasional, quando se usa apenas uma vez, ou fazem uso esporádico, de vez em quando, apenas um grupo menor passa a usar drogas de forma intensa, em geral quase todos os dias, com consequências danosas (dependência) (SILVEIRA; SILVEIRA, 2014, p. 97). Porém, não é possível distinguir quais destes que fazem o uso que vão desenvolver a dependência química, e o fato de não ter a doença não significa que a pessoa não terá outros prejuízos, inclusive outros problemas de saúde.

### **3.2 O início do uso**

As pesquisas apontam que quanto mais cedo se inicia o uso, maior é a chance de a pessoa desenvolver a doença, isso acontece porque a parte afetada pelo uso da substância no cérebro ainda está em desenvolvimento e nosso organismo só completará essa etapa por volta dos 25 anos.

Estudos revelam que durante a adolescência o sistema límbico, área do cérebro ligada às emoções e impulsos, se desenvolve mais rapidamente do que o córtex pré-frontal, região responsável pela avaliação de riscos e benefícios, bem como pelos processos decisórios. Esta região somente alcança seu amadurecimento por volta dos 25 anos. A falta de sincronia entre dois centros explica o comportamento irresponsável e impulsivo de muitos adolescentes. É bem possível que adolescentes mais susceptíveis, genética e psicologicamente, fiquem mais vulneráveis ao uso de drogas frente à imaturidade cerebral. (BATISTA NETO, 2009, p. 101).

Essa questão da formação física do organismo do ser humano faz com que cada vez mais os jovens iniciem precocemente o uso de drogas, e isso é preocupante se pararmos para analisar os prejuízos que o consumo dessas SPAs geram na formação daqueles que a utilizam.

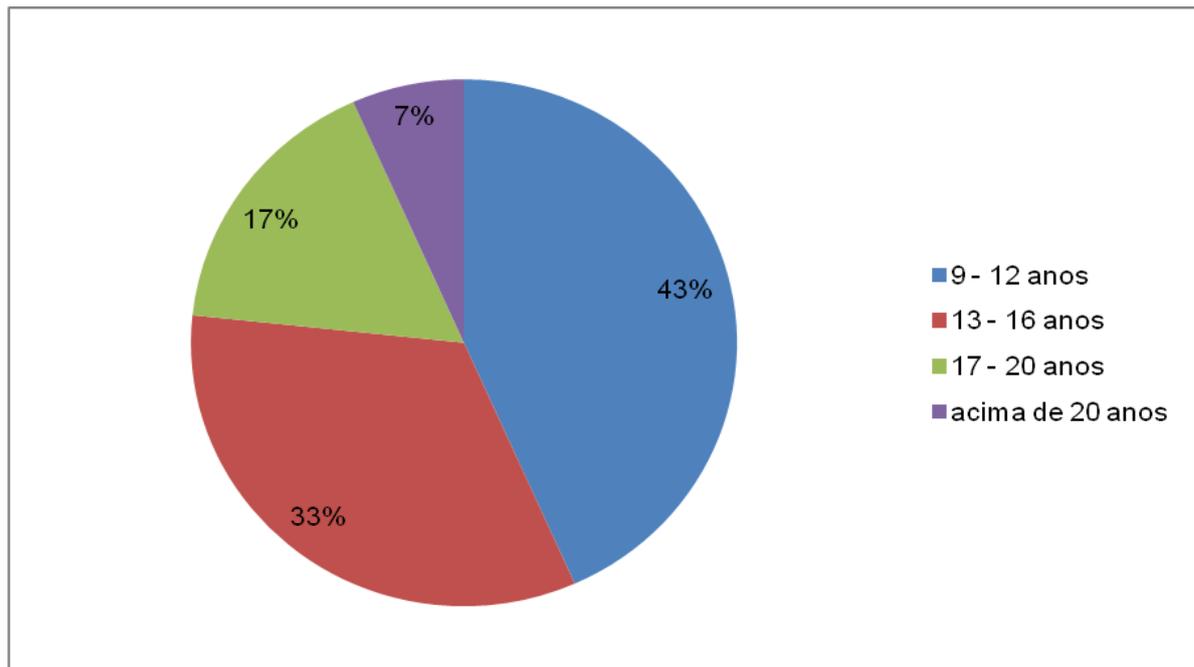
Cada vez mais pesquisas na área estão se dedicando a entender este comportamento de risco do jovem e do adolescente, para assim direcionar ações evitando o abuso de drogas.

Vejam os que o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) afirma que, em aproximadamente metade dos casos, o uso de droga se inicia entre 10 e 12 anos de idade. [...] As constatações e tendências apontadas por diversos estudos nos ajudam a compreender como as vulnerabilidades do adolescente – decorrentes do processo de transformação biopsicossocial natural desta fase, mas que é condicionado pelas fragilidades de uma sociedade firmada sobre a exploração do homem pelo homem - se expressam na atualidade, de maneira mais severa, atingindo o adolescente numa idade cada vez menor, quando não ainda criança. [...] quanto mais cedo um adolescente inicia o uso de uma substância, maior a probabilidade da variabilidade e da quantidade do uso. (SILVA et al., 2011, p. 85-86).

Nos dados analisados nesta pesquisa confirmou-se a afirmativa chegando a um número muito significativo referente ao início do uso de SPA.

Os acolhidos na AMARJA estão entre os que começam na infância ou adolescência a fazer uso de drogas, como demonstra o gráfico a seguir.

Gráfico 10. Idade referente ao início do uso de drogas



Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza.

Somados os grupos 9-12 com 13-16 anos temos um número que ultrapassa a média apresentada por Silva et al. (2011) de 50%, nessa pesquisa a porcentagem relativa ao período considerado crítico para início do uso chegou à 76%.

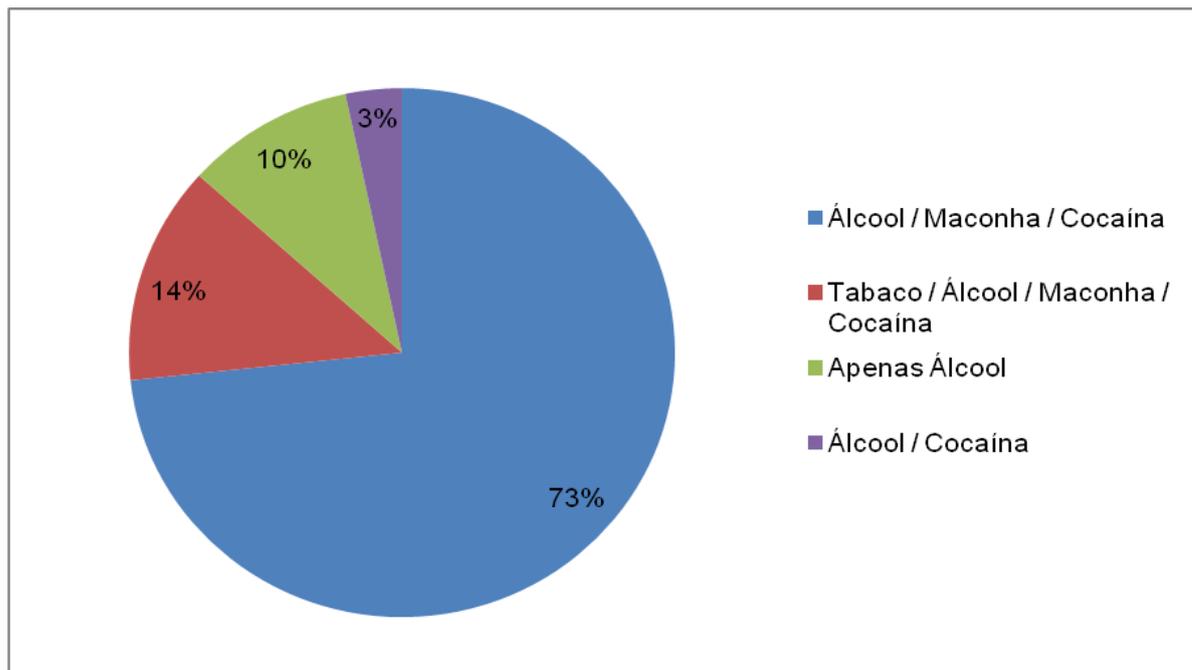
Isso mostra que é verdadeira a premissa sobre a relação do desenvolvimento da dependência química com início precoce do uso de drogas.

Batista Neto (2009, p. 37) explica essa relação do uso precoce com o desenvolvimento da doença:

O abuso de álcool na juventude faz com que o jovem fique cinco vezes mais propenso a se tornar dependente na idade adulta. Durante a adolescência o cérebro sofre mudanças dramáticas. Uma das áreas ainda em maturação é o córtex pré-frontal, associado à tomada de decisões e responsável pelo controle dos desejos e emoções. O fato de essa região do cérebro ainda estar em desenvolvimento nos adolescentes os coloca em risco maior de optar por decisões irresponsáveis, como experimentar drogas e continuar a abusar delas.

Como foi colocado, normalmente o consumo inicia-se através do álcool, que é uma droga lícita e de fácil acesso mesmo sua venda sendo proibida para pessoas com menos de 18 anos, como apontam os dados apresentados a seguir.

Gráfico 11. O início do uso – sequência de drogas utilizadas



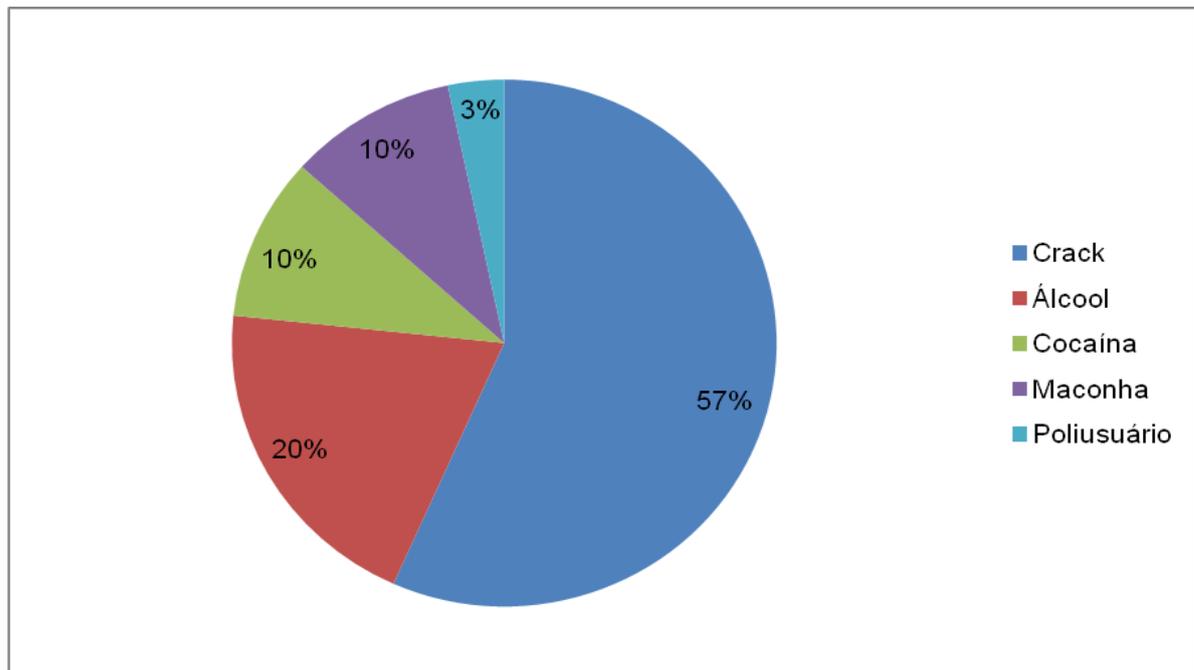
Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza.

É comum o primeiro contato acontecer no seio familiar, em festas, churrascos, e por ser socialmente aceito, não se percebe o risco de um adolescente com determinado perfil desenvolver a dependência química. Após usar o álcool passam para maconha em um ou dois anos, e em seguida a cocaína chegando então ao crack. Esses dados foram levantados através da avaliação psicológica onde a terapeuta traça o perfil do “Uso de drogas/álcool”.

Após o levantamento do histórico do uso das substâncias, a psicóloga que faz a avaliação (no caso é a terapeuta individual), faz uma questão ao futuro acolhido: “Qual a substância que é o principal problema?”. Através dessa questão é possível avaliar segundo a percepção de quem iria se tratar qual a droga que lhe representa maior dificuldade para se manter sem o uso. É comum através da progressão da doença notar também a progressão referente ao consumo de SPA, uma vez que o organismo desenvolve tolerância e é necessário aumentar as quantidades ou buscar drogas com efeitos mais rápido e intenso.

O gráfico a seguir qual a droga de maior predominância entre aqueles que buscaram tratamento:

Gráfico 12. Principal substância



Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza.

Fundamentados nos gráficos 10. O início do uso – sequência de drogas utilizadas e 11. Principal substância, podemos afirmar que no caso das pessoas que buscaram tratamento na AMARJA no período analisado 73% iniciaram o uso de substâncias através do álcool e maconha passando posteriormente para a cocaína e 57% chegaram ao crack, anteriormente comprovou-se que 76% iniciaram o uso na adolescência ou ainda na infância, tais dados permitem afirmar que as pessoas que

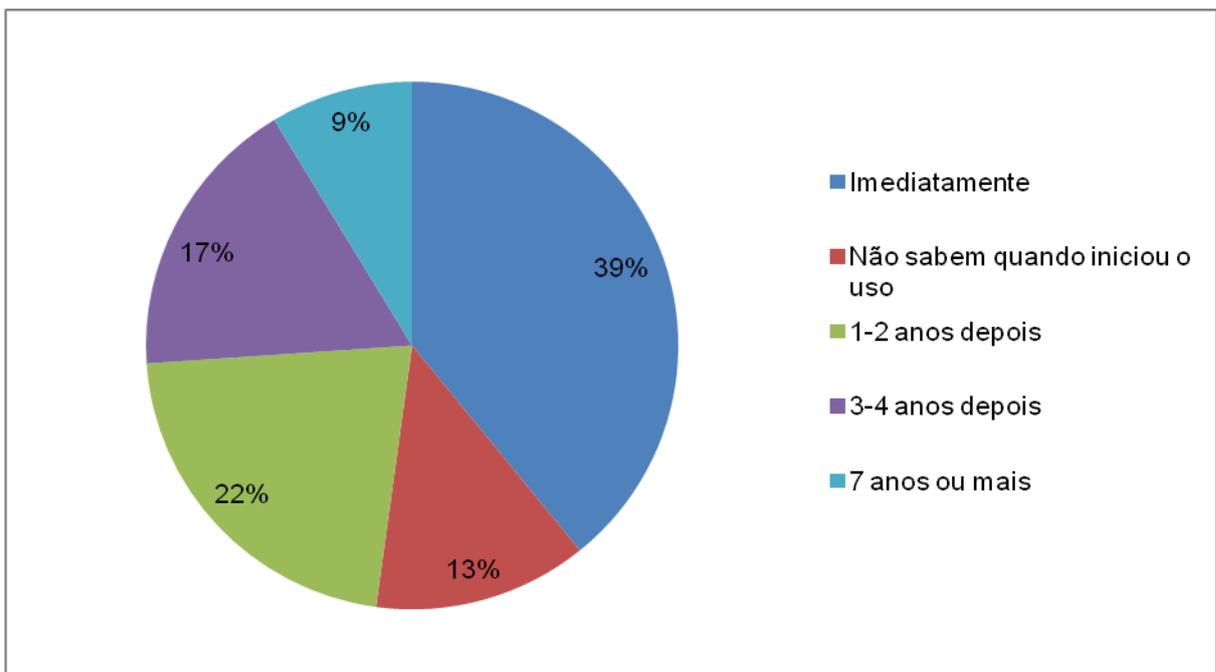
desenvolvem a dependência química em grande maioria realizaram o uso precoce de substâncias iniciando pelo consumo de álcool e maconha.

O CEBRID em 2010 já apresentava que 80% dos adolescentes iniciavam o uso por curiosidade, é possível ver desta forma que o diálogo com essa faixa etária é fundamental para desfazer essa curiosidade, ter acesso a informações sobre os prejuízos que as drogas ilícitas e lícitas podem causar ao ser humano. É importante também para que saibam fazer escolhas.

Sendo assim é necessário passar conhecimento para eles, fomentar o diálogo dos pais com filhos sobre esse assunto que é muitas vezes velado nas famílias, pouco abordado nas escolas e visto na sociedade só quando o problema está instalado.

A ausência do diálogo e a ausência do conhecimento sobre como lidar com a situação de doença é algo que também reflete no momento do tratamento. Nos casos analisados, a maioria das famílias relatou descobrir imediatamente o uso de drogas por parte do seu familiar, porém, não saber como lidar com essa situação pode ser determinante para que através de uma tomada de atitude cesse a progressão ou até mesmo impeça a instalação da doença em si.

Gráfico 13. Tempo que a família levou para descobrir o uso de SPA



Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza

O percentual de 39% é um valor significativo, pois existe um mito popular de que os pais ou responsáveis demoram a perceber o uso por desconhecer os sintomas, relacionam a mudança de comportamento a adolescência e ignoram os possíveis sinais que apresentam.

Neste momento, cabe uma análise conjuntural para não correr o risco de mais uma vez se deparar com a possibilidade de culpabilizar os pais pela “ignorância” referente à percepção do uso de drogas pelos seus filhos.

### **3.3 O adolecer na sociedade capitalista**

Olhar para as transformações biopsicossociais dos adolescentes, seu ímpeto pelo complexo e desafiador, por não ter ainda desenvolvido uma parte do seu córtex frontal é imprescindível para compreender o fenômeno dos dados analisados na pesquisa documental realizada na AMARJA onde 76% dos acolhidos iniciaram o uso de substâncias ainda nesta faixa etária, porém, não se pode parar só na questão individual e familiar sem lembrar que estes estão inseridos em um contexto social que perpassa uma ideologia burguesa.

É essa ideologia que afasta os pais ou responsáveis do convívio próximo de seus filhos e que fazem cada vez mais o ser humano procurar por prazeres fáceis e de baixo custo, num momento de alienação que obscurece o fenômeno do uso de drogas e as suas consequências (SILVA et al., 2011, p. 85). É nesse campo que a adolescência se fertiliza para o consumo de drogas, os efeitos gerados pelas substâncias se configuram como libertadores de conflitos nesta etapa da vida.

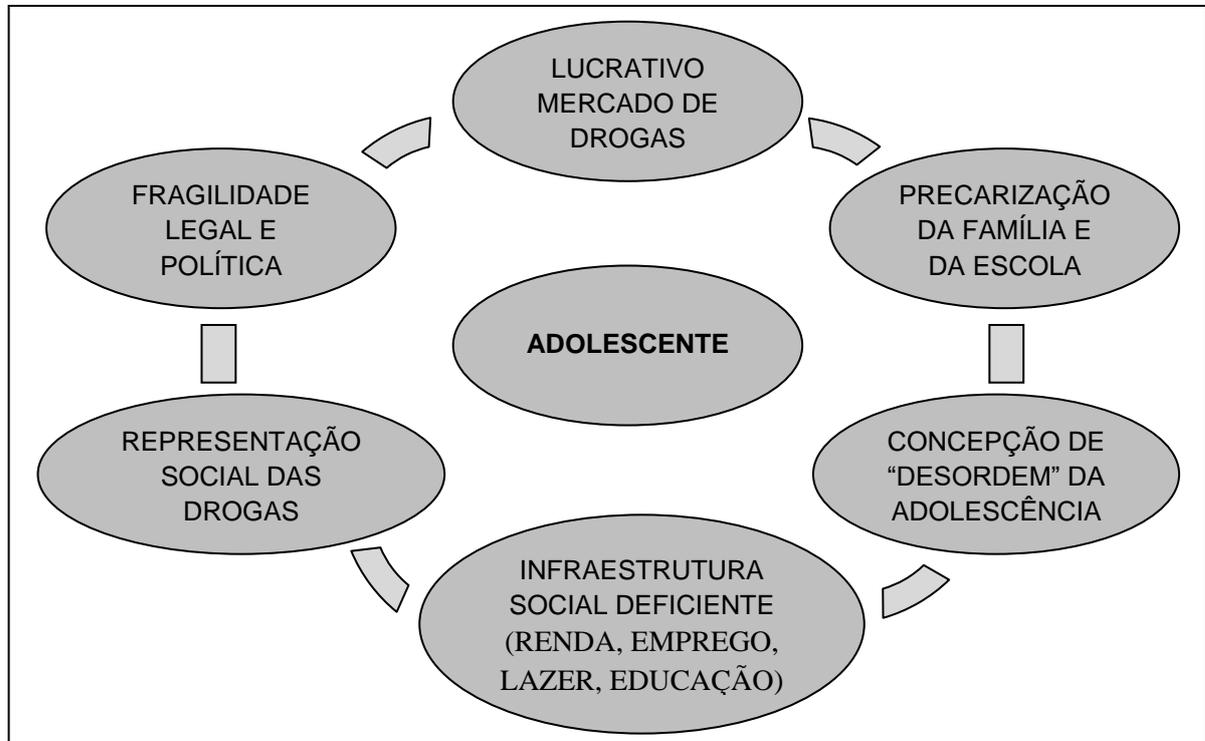
Silva et al. (2011, p. 83) coloca que “[...] nesta sociedade, a esfera legal e política encontram-se fragilizadas, a família e a escola evidenciam um processo de precarização de vínculos e funções sociais ao passo que o mercado de drogas se fortalece e torna cada vez mais lucrativo.”

Os autores ainda representam essas esferas da questão, que incide nos adolescentes, através de figuras que mostram a condição deles dentro deste contexto, onde uma estrutura social é capaz de modificar e transformar os seres humanos enquanto seres individuais e enquanto família.

Os eixos temáticos que apresentam a figura não são isolados, são distintas porém indissociáveis, mas vez ou outra uma situação pode se sobrepor, gerando assim predominância de um eixo que poderá ser ou não temporal.

Vejam os a figura:

Figura 1. Inter-relações entre esferas sociais e o adolescente na sociedade capitalista



Fonte: Silva et al., 2011, p. 84.

Após apresentar essa figura os autores refletem dentro de um contexto da totalidade concreta, onde dão "ênfase na predominância da determinação da esfera econômica, com maiores implicações no momento histórico" (SILVA ET AL., 2011, p. 84). O contexto atual realmente perpassa por uma conjuntura jamais vivenciada desde a origem das últimas substâncias como CRACK e LSD, hoje tão presentes e de tão fácil acesso para os jovens.

As substâncias vêm acompanhando essas mudanças sociais e se transformando para não perderem seu espaço num mercado capitalista tão competitivo. É possível usar como exemplo, a própria maconha, que conforme análise é uma das primeiras drogas que os adolescentes consomem. "Por exemplo, a maconha nos anos 1970 continha menos de 0,2% de THC (Delta 9 – tetrahydrocannabinol) e 20 anos após contém uma média de 6%, chegando a 14%." (SILVA ET AL., 2011, p. 84). Essa substância o THC é a responsável pelo "barato" que a maconha gera, além desta existem mais outras centenas de substâncias na planta.

Essas alterações atendem ao mercado que precisa se manter ativo e atendem aos anseios de uma geração que precisa de tudo com muita imediatividade.

O último estudo realizado pelo Cebrid (2010), o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras foi realizado em 2010 e trouxe números que nos mostram que a realidade em todo país está complicada.

Ao analisar os dados coletados na AMARJA e um estudo tão complexo como este realizado no Brasil, leva a compreender que a realidade em no município de Franca não é diferente, compreendendo também que se algo não for feito com os adolescentes de hoje, daqui há alguns anos, parte deles estarão passando por tratamentos assim como os acolhidos que foram sujeitos de nossa pesquisa.

Em uma das tabelas apresentadas neste levantamento podemos observar o quão grande é o consumo de SPA entre os estudantes:

Tabela 1. Uso de diferentes drogas psicotrópicas entre 50.890 estudantes de ensino fundamental e médio das redes públicas e privadas das 27 capitais brasileiras, de acordo com os tipos de uso, com análise comparativa entre as duas redes de ensino.

Tipo de droga	Tipos de Uso%	
	Pública	Privada
Maconha	5,8	5,1
Cocaína	2,8	1,5
Crack	0,7	0,2
Anfetamínicos	2,1	2,7
Solventes / Inalantes	8,1	10,9
Ansiolíticos	4,6	7,9
LSD	0,8	1,6
Energético com álcool	14,8	17,7
Tabaco	17,9	13,1
Álcool	59,3	65,0

Fonte: CEBRID., 2010, p. 27. Adaptação Tabela 1.5.

Esses valores são significativos quando postos dentro do contexto no qual é a proposta desta pesquisa, por reafirmar fatores que levam pessoa a desenvolver a dependência química. Percebe-se também que alguns tipos de substâncias têm

maior índice de consumo entre os estudantes de escolas particulares, como é o caso do álcool, LSD, solventes e inalantes, ansiolíticos, entre outras mostrando assim que mesmo entre crianças e adolescentes o uso de drogas não é apenas um fator ligado a pobreza, ao contrário os jovens vem cada dia mais mostrando uma “ostentação” através do tipo de droga consumida, entre eles se tornou “chic” tomar vodkas e whiskys caros.

Neste estudo, que foi significativo pela sua extensão no território brasileiro avaliou-se predominantemente a faixa etária de 13 a 15 anos, que equivaleram a 41, 1% do total de 50.890 estudantes.

Ainda como resultado deste levantamento foi apontado que 25,5% dos estudantes referiram ter feito uso de drogas em algum momento da vida, ou seja, 1 entre 4 crianças e adolescentes fizeram uso e esses números tendem a aumentar com a facilidade em se obter as substâncias principalmente o álcool.

Em uma sociedade capitalista, em que consumir, ter bens e produtos é sinal de valor, não se estranha entre os jovens de classe média ou baixa se busque essa ilusão gerada pelo próprio sistema como forma de mantê-lo.

Silva et al. (2011, p. 70) faz uma colocação sobre essa perspectiva mercadológica do uso de drogas e as classes sociais:

Podemos considerar que o consumo de drogas, de certo modo, pode ser apresentado como uma expressão da “questão social”, porém temos que considerar que: não é um fenômeno exclusivo da população jogada ao pauperismo e consiste num fenômeno historicamente anterior ao sistema capitalista, embora sua relação com a pobreza, desemprego e violência seja claramente perceptível.

São essas condições sociais que influenciam diretamente as famílias e as impedem de exercer efetivamente seu papel enquanto fator de proteção.

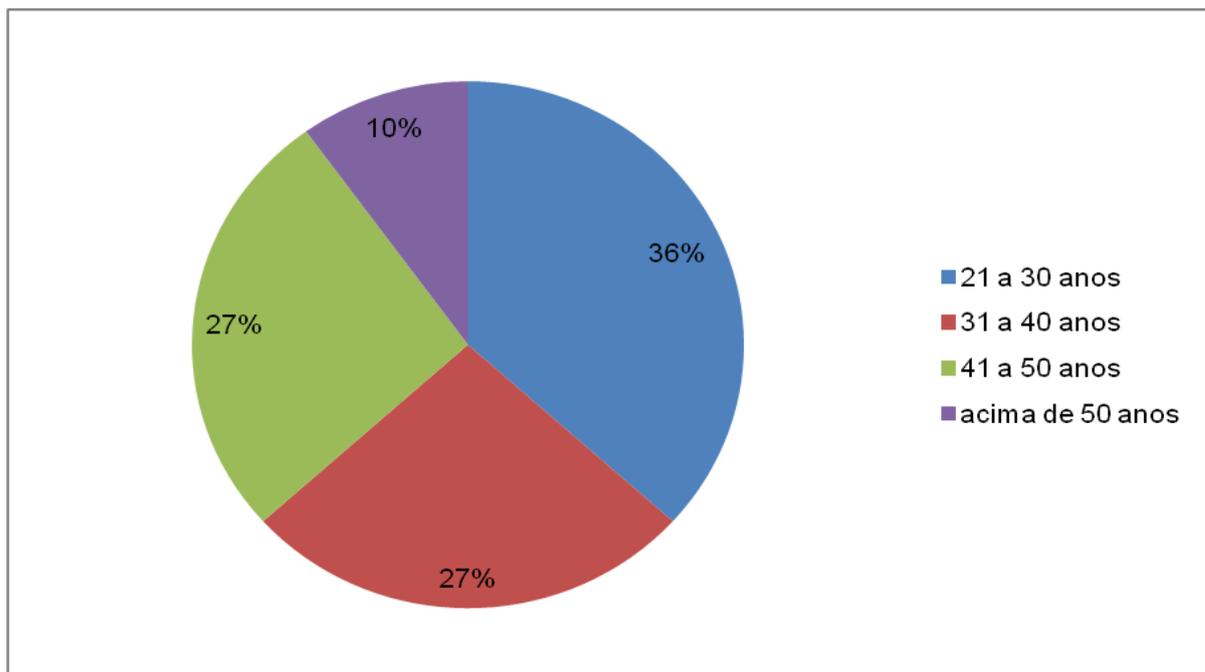
São desafios constantes e apesar dessa clareza sobre o acesso as drogas não estar vinculado a uma ou outra classe social, é possível verificar que o motivo que tem levado as crianças, adolescentes e jovens a usá-las se diferem sim por circunstâncias econômicas como coloca ainda Silva et al. (2011, p. 58), em sua obra que foi além da dependência química enquanto doença, mas conseguiu analisá-la como expressão da questão social:

Embora o uso de drogas por adolescentes não seja exclusivo de uma determinada classe social, as razões e circunstâncias parecem ser peculiares a cada grupo social. Ou seja, se nas regiões mais pauperizadas, o uso de drogas por adolescentes pode estar mais relacionado às

condições econômicas precárias e à falta de perspectivas e oportunidades de melhores condições de vida, entre os adolescentes mais ricos, o excesso de liberdade, o diálogo familiar comprometido, a influência dos ambientes frequentados parecem constituir fatores importantes para o uso de drogas.

Infelizmente, as pessoas que desenvolvem a doença têm buscado recursos para lidar com ela cada vez mais tarde, foi possível perceber por meio da análise de dados, de pesquisa bibliográfica e do levantamento nacional que ainda adolescentes o consumo de drogas é grande, porque buscar por tratamento tão tarde? No recorte temporal desta pesquisa a predominância da idade dos acolhidos está na faixa dos 21 a 30 anos, representando 36% sendo mais significativo observar a idade média dos 31 a 40 e dos 41 a 50, que apesar de apresentarem uma porcentagem menor (27%), juntas representam mais da metade dos acolhidos como se pode observar no gráfico a seguir:

Gráfico 14. Idade dos acolhidos



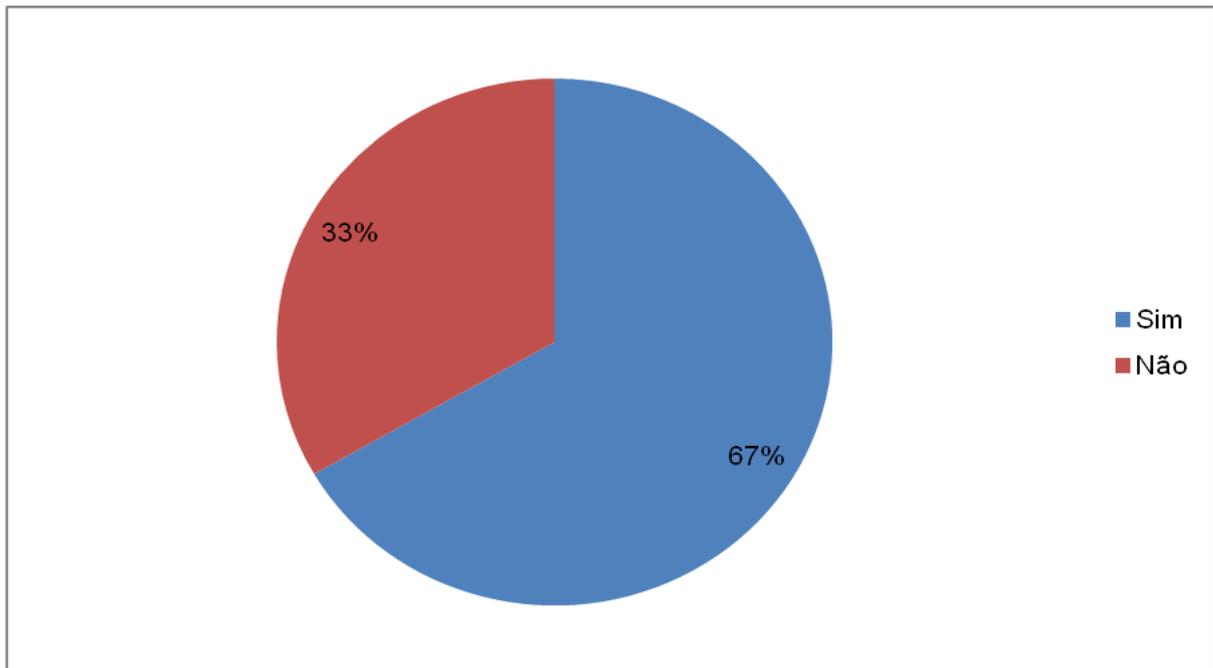
Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza.

Essa busca tardia pelo tratamento pode dificultar os resultados devido ao desgaste proporcionado pela doença, a maioria já perdeu o trabalho, carro, casa e outros bens materiais, perdem os vínculos familiares, vivenciam momentos de violência verbal e física, chegam a cometer crimes para manter, até um ponto em que se perde a identidade e dignidade.

Iniciar o tratamento precocemente, no início do abuso ou dependência, pode ter muita influência no prognóstico da doença. É mais difícil tratar alguém que foi dependente de droga por muito tempo do que quem usa a droga há, por exemplo, dois ou três anos. Há um equívoco quando muitos consideram a desintoxicação da droga como um tratamento. O que se pretende, nesses casos, é simplesmente livrar o organismo da substância. (BATISTA NETO, 2009, p. 173).

No capítulo 2 deste trabalho verificou-se que 33% dos acolhidos se encontravam em situação de rua quando buscaram o tratamento. Dos 30 acolhidos, 2 estavam presos e vieram direto da penitenciária para o tratamento, isso equivale a 6%, a maioria deles já tiveram passagem pela polícia em decorrência a situações ligadas ao uso de drogas:

Gráfico 15. Passagem pela polícia



Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza.

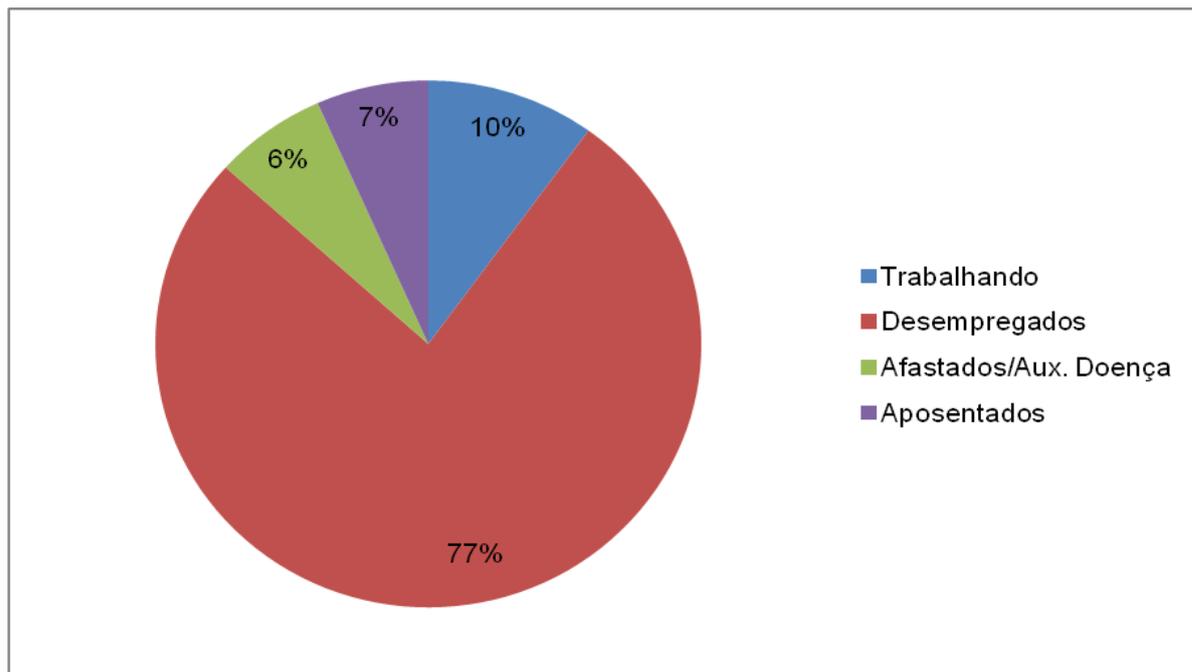
Esse dado é revelador das condições vivenciadas pelas pessoas que tem dependência química e buscam o tratamento. Uma porcentagem de 67% retrata a situação de violência pelas quais eles e suas famílias vivenciam no decorrer de suas vidas, assim cada vez mais distante fica a possibilidade de transformação, sendo necessário um trabalho conjunto que ressignifique a vida deles e de suas famílias.

Normalmente quando chegam ao ponto de solicitar um tratamento através de internação é porque já não conseguem mais se ver na sociedade fazendo o uso

recreativo das substâncias como acreditavam poder. As perdas que se tem são fundamentais para que os sujeitos percebam os danos causados pelas drogas e reconheçam que precisam de um tratamento que seja capaz de fazer esse processo de reencontro do sentido de si mesmo e de seus valores. Enxergar-se como ser humano com múltiplas capacidades.

Imagina em uma sociedade capitalista onde se compreende que o “trabalho dignifica o homem” qual é a posição de alguém que não tem trabalho, que quando consegue uma oportunidade não consegue manter-se nele. Essa é a realidade destes que enfrentam uma doença e seus preconceitos sociais, 77% dos acolhidos estavam desempregados no momento em que procuraram a internação como meio de tratamento, apenas 10% estavam empregados.

Gráfico 16. Situação de trabalho



Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza.

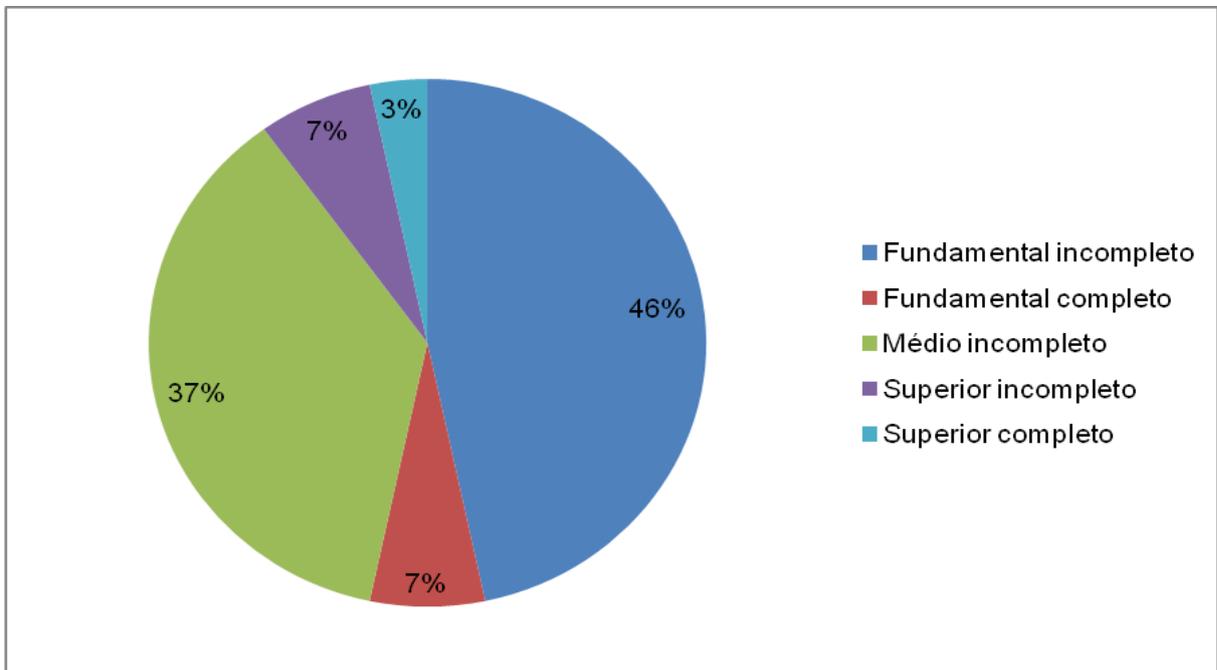
Essa situação de trabalho é marcante e pode ser decisória para a busca de tratamento, pois é com as perdas que o usuário de SPA percebe que sozinho já não consegue mais e que é preciso ajuda profissional para retomar seu caminho.

A tendência mercadológica do sistema vigente ainda visa desqualificar a mão de obra de trabalhadores como eles, que costumam ter registros de curtos períodos na carteira de trabalho, ou sequer essa comprovação de experiência alguns terão,

sendo que desses muitos serão submetidos a trabalhos exaustivos, mal remunerados o que pode se caracterizar como um fator de risco para permanecer em uso ou fortalecer o processo de recaída para aqueles que já se encontram em manutenção do tratamento.

Por iniciarem o uso ainda na infância ou adolescência muito deles não chegam a concluir os estudos, este fato também os desqualifica no mercado de trabalho, na análise realizada o seguinte resultado é apresentado para o item nível de escolaridade:

Gráfico 17. Nível de escolaridade



Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza.

Além de gerar dificuldades para recolocação no mercado de trabalho o abandono escolar ainda no ensino fundamental é sinal de que a dependência química já estava instalada já no período da adolescência. É comum a pessoa com a doença ir deixando aos poucos suas atividades e tarefas e vivem em função da droga.

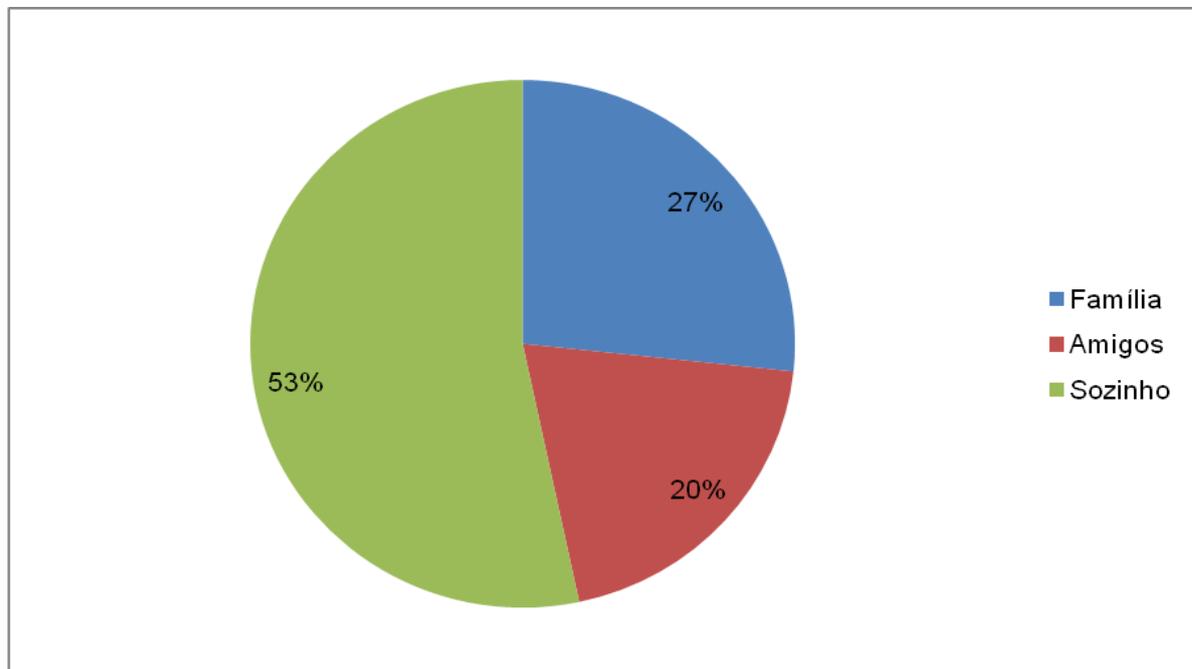
Batista Neto (2009, p. 173) coloca que:

O uso repetido de drogas muda a forma como o usuário se relaciona com o mundo. Além de alterar as emoções, comprometer a capacidade de cognição e os reflexos motores, o drogadicto organiza sua vida em função das drogas. Assim, uma das principais dificuldades no tratamento do usuário de drogas diz respeito à sua rede social. A pessoa que usa qualquer tipo de droga, gradativamente vai organizando sua vida social, amizades e

atividades, em torno da droga. Largar a droga significa para ela perder os amigos, abandonar seus momentos de lazer, ficar sem ter que fazer.

Foi perceptível essa relação com a droga também através dos dados analisados na ficha de avaliação psicológica da AMARJA, quando se é perguntado para os futuros alunos “com quem você passa a maior parte de seu tempo livre?” e em seguida se pergunta “Está satisfeito em passar seu tempo livre dessa maneira?”. Não foi surpreendente que a maioria passe seu tempo sozinho e que não estava satisfeito com essa situação.

Gráfico 18. Com quem passa o tempo livre

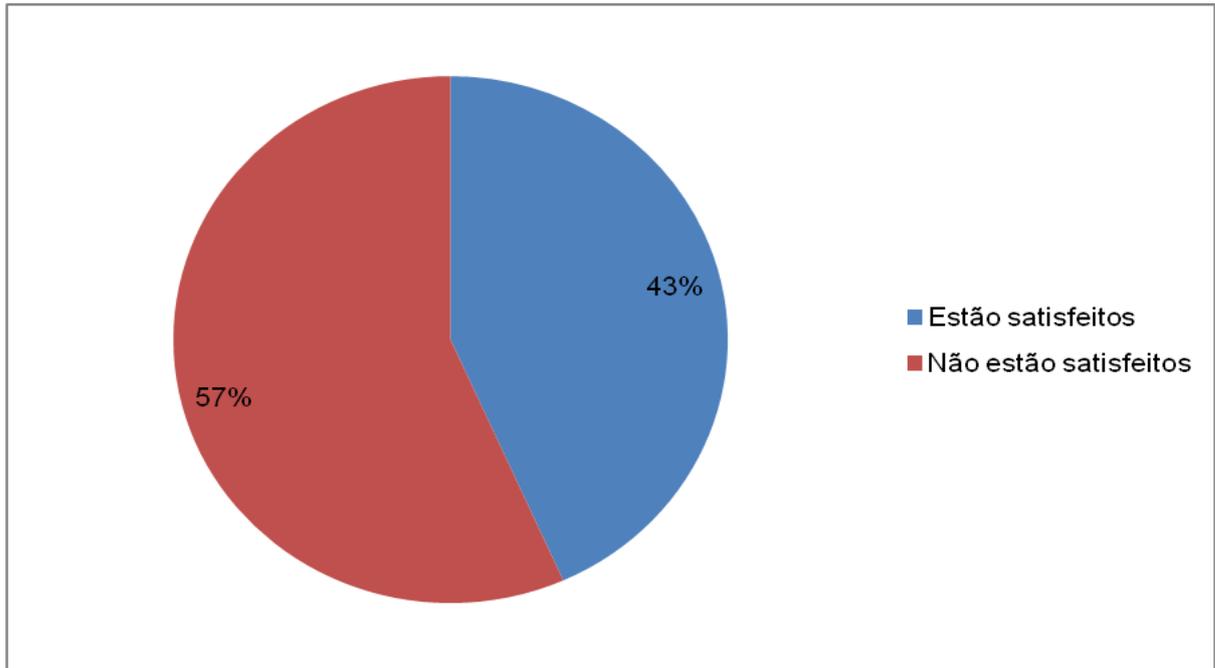


Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza.

Essa desconexão com a família, a ausência de um círculo de amizades saudáveis aliadas a dificuldade em se manter no trabalho demonstram a ausência das relações sociais equilibradas. Esse desequilíbrio deve ser percebido pelo usuário da substância, somente assim ele buscará pelo tratamento e considerará este como relevante para a retomada de sua vida.

Neste sentido a análise dos dados nos permitiu comprovar esta colocação sobre a percepção das perdas e quebras de vínculos, pois a maior parte deles não estavam satisfeitos com a situação em que passavam seu tempo livre.

Gráfico 19. Satisfação com a forma que se passa o tempo livre



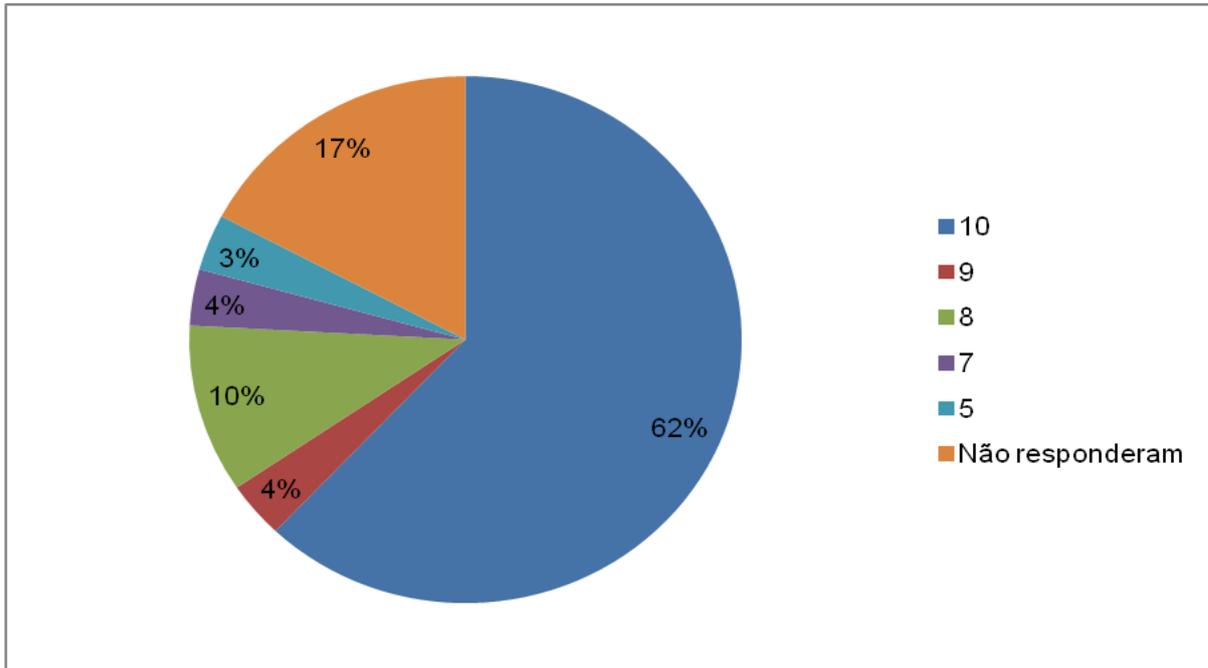
Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza.

A porcentagem apresentada é significativa, pois equivale a mais da metade dos acolhidos no período analisado. Estar insatisfeito com algo é como abrir uma porta para a mudança. Aqueles que se mantiverem satisfeitos com a forma em que vivem dificilmente estarão dispostos a buscar a mudança de vida.

Lembrando que a internação é uma das formas de se tratar as pessoas, sendo indicada apenas em casos onde o usuário de SPA já não consegue mais sozinho fazer o controle do uso ou manter-se abstinente.

Alguns casos a pessoa chega a desacreditar de si mesmo e da eficiência de um tratamento profissional. Mas estes ainda são minoria, os demais acreditam no tratamento como mostra a análise seguinte. Nesta pergunta eles deveriam responder de 0 a 10, onde 0 seria nenhum e 10 muito importante, “qual a importância do tratamento para você?”:

Gráfico 20. Importância do tratamento



Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza.

Esse percentual relativo a importância do tratamento os coloca em condição favorável para um processo terapêutico de sucesso, pois o primeiro passo deve partir da própria pessoa, quando algo se configura como importante para cada um de nós o interesse em vivenciá-lo também se torna presente, podendo assim surgir a mudança.

É possível compreender, até este momento, que o desenvolvimento da dependência química está ligado a diversos fatores, sendo que em alguns casos um fator pode ser mais determinante que outro, sendo perceptível o início do uso na adolescência por ser esta uma fase da vida que deixa o ser humano mais suscetível a novas experiências por nesse período ter menos consciência dos riscos e consequência.

Tendo passado pela reflexão sobre a família, compreendido melhor o fenômeno da dependência química aqui nos resta olhar um pouco para o tratamento e a inserção da família nesse processo.

### 3.4 O tratamento

No capítulo 1 desta pesquisa foram conceituadas as Comunidades Terapêuticas, suas origens, dificuldades e os desafios que se enfrenta para

legalização desta atividade. Foi refletido sobre a crítica existente a este serviço e os motivos pelos quais manter essa visão crítica é importante. Também foi neste capítulo que a AMARJA foi apresentada, Comunidade Terapêutica, na qual essa pesquisa foi realizada. Esta oferece um tratamento diferenciado dentro do mínimo exigido pelas legislações pertinentes, onde se encontra uma equipe completa que realiza um tratamento interdisciplinar único na região em que está localizada.

Porém, olhar para a teoria por si só não é o suficiente para uma pesquisa de cunho investigativo como a proposta neste trabalho, entende-se que é preciso conhecê-lo e avalia-lo em sua prática o que subsidiará inclusive futuros trabalhos deste segmento.

A crítica posta às CTs não se enquadra em trabalhos estruturados e organizados como o que a AMARJA realiza, e através da análise de alguns dados pode-se compreender o papel do tratamento realizado aos acolhidos e suas famílias.

A instituição selecionada faz um trabalho único entre as CTs de Franca e região devido a percepção de que o trabalho com as famílias é primordial para o processo de resocialização das pessoas que estão com dependência química. Com os dados é possível verificar se afirmações como as feita pelo por Kinoshita, ex-coordenador do Setor de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, como em uma reportagem publicada na “Em Discussão” (Fazendas.. 2011, p.63), que nenhuma CT supera o índice de 30% de recuperação, nessa mesma reportagem duas famosas CTs do Brasil, Padre Haroldo e Fazenda Esperança, afirmaram ter 40% e outra 42%, sucessivamente, de sucesso no tratamento.

Scaduto, Barbieri e Santos (2014, p. 155) ao escreverem sobre os possíveis resultados provenientes de tratamentos em CTs que:

Monte Serrat (2002) ressalta que as CT não são o único método para tratar usuários abusivos de substâncias psicoativas; outras estratégias são descritas em Figlie e Laranjeiras (2004) e Lima (2001). Além disso, Monte Serrat (2002) também afirma que as taxas de recuperação variam entre 30% e 35%. Por sua vez, Hser, Joshi, Anglin e Fletcher (1999) referiram taxas de abstinência de internos de um programa de internação entre 50% e 60% um ano após o final do tratamento.

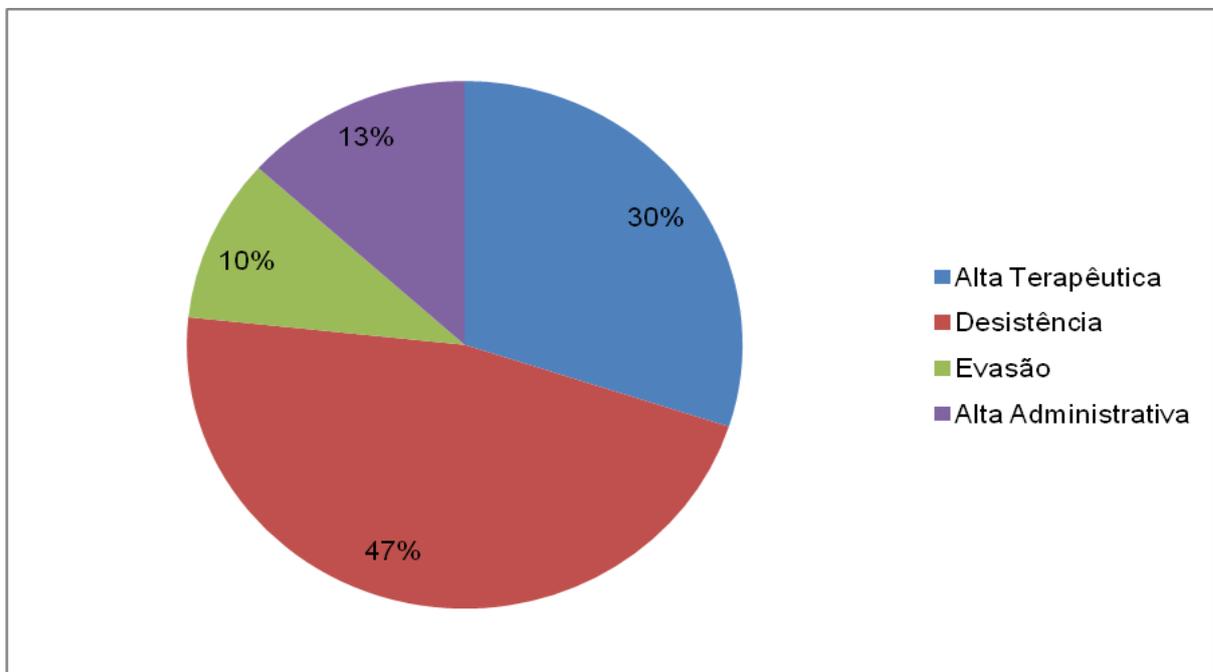
Nessa mesma direção, Hser *et al.* (2001) afirmam que, até o momento, não há modalidade de tratamento que seja comprovadamente mais eficaz para o abuso de substâncias psicoativas. Além disso, a adesão ao tratamento e a manutenção da recuperação se constituem em desafios de longo prazo.

O índice de 30% torna-se, desta forma um consenso científico mais provável de se estabelecer em relação aos índices possíveis.

Afirmar que não são possíveis valores maiores também é muito delicado, pois em determinados momentos essas instituições podem aumentar os valores comprovados de sucesso no tratamento, sendo necessário avaliar e desenvolver ações para que a cada dia esses índices superem novos recordes.

Na AMARJA o índice de pessoas que concluem o tratamento está dentro do apontado como média que são os 30% referentes a Alta Terapêutica, nomenclatura utilizada referente ao término do tratamento por ter concluído o processo terapêutico necessário para sua reinserção social e familiar.

Gráfico 21. Formas de desligamento da CT



Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza

Além da Alta terapêutica a AMARJA utiliza outros 3 termos para realizar o desligamento do acolhido conforme os termos indicados pela SENAD: Desistência, que é quando a pessoa por livre vontade desiste de ficar em tratamento por internação; Evasão, quando o acolhido vai embora da CT sem comunicar, antes era popularmente utilizado o termo fuga; e por fim a Alta Administrativa que é quando o acolhido é desligado da CT por decisão da equipe sem ter concluído o tratamento terapêutico. Nesses casos normalmente acontece por dificuldades em adaptar-se às regras da casa ou agressão física e verbal, esse tipo de alta era conhecido como exclusão do tratamento. Essas novas nomenclaturas vem de encontro da ideia de

construção de espaços mais humanizados, onde a pessoa se sinta partícipe das escolhas realizadas dentro do que é proposto no seu plano de atendimento individualizado.

Tendo explicado os termos, conforme a análise, ao verificar a categoria de formas de desligamento do tratamento observa-se que a taxa de desistência ainda é alta e necessita de algo que possa mudar essa realidade.

Compreende-se que o momento em que ocorrem essas desistências, alta administrativas e até mesmo as evasões tem ligações com o momento da doença em que a pessoa está vivenciando, obviamente relacionada aos seus fatores ambientais e costumes de cada um.

É possível afirmar que a Dependência Química é uma doença cíclica, ela passa por estágios e a psicologia trabalha essa questão dentro do modelo transteórico desenvolvido por Prochaska em 1979. Vejamos segundo Orsi e Oliveira (2006, p. 66) o que é esse modelo:

O modelo transteórico está focado na mudança intencional, ou seja, na tomada de decisão do indivíduo, ao contrário de outras abordagens que estão focadas nas influências sociais ou biológicas no comportamento. Nesse sentido, as pessoas que modificam comportamentos adictivos tendem a se mover através de uma série de estágios, que envolvem emoções, cognições e comportamentos, independentemente de estarem ou não em tratamento (Velicer, Prochaska, Fava, Norman & Redding, 1998). Os estágios de motivação para a mudança representam a dimensão temporal do modelo transteórico, e permitem que entendamos quando mudanças particulares nas atitudes, intenções e comportamentos tendem a acontecer. Inicialmente foram idealizados quatro estágios: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. Posteriormente, foi verificado que entre o estágio da contemplação e o da ação, as pessoas passavam por uma fase de planejamento da ação. Esse período foi denominado determinação e passou a ser incluído como o terceiro estágio (Prochaska et al., 1992). Para os autores, a implicação mais importante de suas pesquisas foi a descoberta da necessidade de, inicialmente, acessar o estágio de prontidão para a mudança do cliente e só então adequar as intervenções terapêuticas a ele (Prochaska et al., 1992). É importante ressaltar que a motivação para a mudança pode (e parece ser) influenciada tanto pela presença de sintomas psiquiátricos quanto pelo grau de intensidade da dependência.

Tendo compreendido o que é esse modelo e visto que ele é composto por fases, é possível conhecê-las rapidamente, por meio desse conceito desenvolvido por Prochaska ainda em 1979 que trabalha esse processo de mudança:

Quadro 5. Processo de Mudança

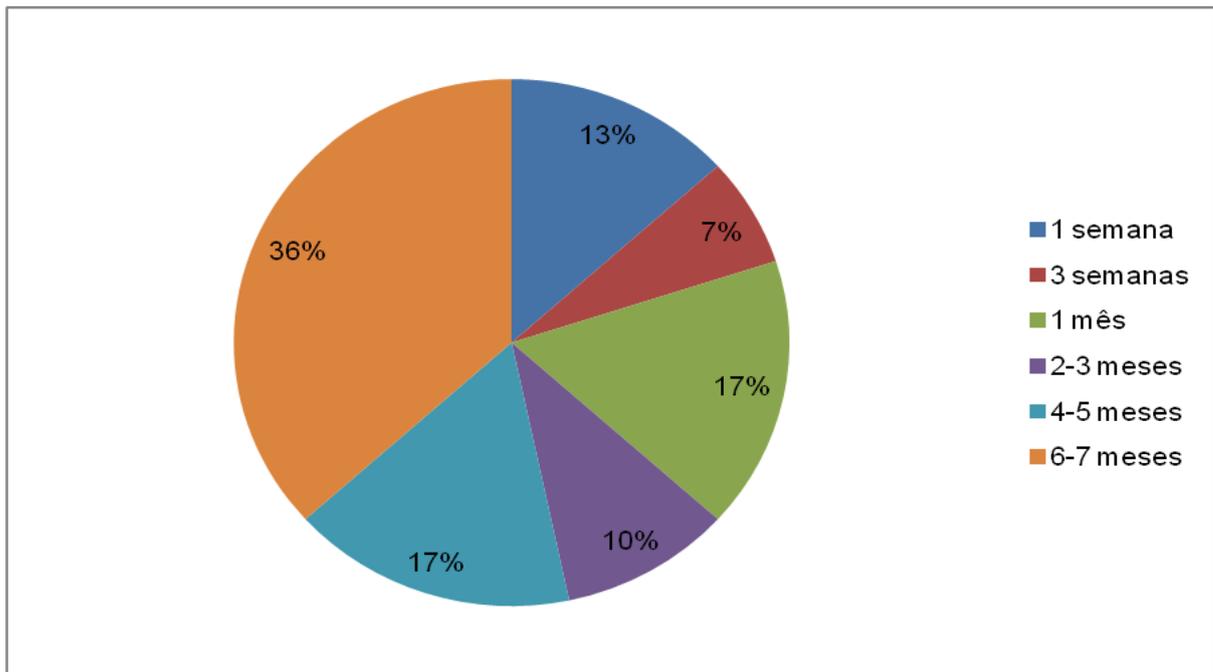
<b>Estágio Motivacional</b>	<b>Descrição do Processo de Mudança</b>
<b>Pré-contemplação</b>	A pessoa não tem intenção de mudar de comportamento em um futuro previsível. Não apresenta ainda a consciência de que há um problema a ser enfrentado. Dificilmente procura por ajuda ou psicoterapia e quando o faz, encontra-se usualmente pressionado por outras pessoas (familiares, patrão, autoridades judiciais, entre outros). Característica principal deste estágio: a resistência em reconhecer ou modificar um problema ou um padrão comportamental.
<b>Contemplação</b>	Nesse estágio, as pessoas têm um maior nível de conscientização de seu problema, podem pensar seriamente em enfrentá-lo, considerar a possibilidade de mudar, embora, ao serem questionadas sobre a mudança, normalmente a recusam, ou nenhum esforço efetivo é feito neste sentido. Esta etapa caracteriza-se pela ambivalência, que pode definir-se como um estado mental no qual coexistem sentimentos contraditórios sobre continuar com o problema ou deixá-lo. Dependendo da situação, pode-se permanecer por um longo período de tempo neste estágio.
<b>Preparação ou Determinação</b>	Etapa que combina intenção e algum esforço na mudança de comportamento. Verificam-se algumas iniciativas para a mudança que não chegam a ser efetivas. Na maioria das vezes a pessoa neste estágio já fez mais de uma tentativa de mudança, sem sucesso. Pessoas nesse estágio pretendem tomar medidas imediatamente.
<b>Ação</b>	Estágio no qual as pessoas modificam o comportamento e ou experimentam o ambiente, a fim de superar os problemas. O enfrentamento da situação-problema requer um esforço efetivo em termos de tempo e de energia para superá-la. As tentativas para a mudança são evidentes e modificações de um problema de comportamento tendem a ser mais visíveis e reconhecidas externamente. De acordo com especialistas um critério empírico para a classificação de uma pessoa neste estágio seria a alteração bem sucedida de um comportamento por um espaço de tempo que pode variar entre 1 dia e 6 meses.
<b>Manutenção</b>	Fase em que se trabalha para prevenir recaídas e consolidar os ganhos obtidos durante a ação. A pessoa tem que, não apenas modificar seu comportamento ou atitude, mas mantê-los durante um período de tempo razoável. A manutenção era vista como um estado estático, porém, é uma continuação, não uma ausência da mudança. Para problemas crônicos de comportamento, esse estágio se estende de seis meses a um prazo indeterminado. Característica principal: estabilidade do novo padrão de conduta e a ausência de recaídas, à custa de um esforço contínuo por parte da pessoa, para impedir o retorno aos padrões anteriores e para consolidar os possíveis ganhos. Existem certos padrões de comportamento que demandam manutenção durante toda a vida, visto que implicam contínuo esforço para sua estabilidade e para a não ocorrência de recaídas.
<b>Recaída</b>	O progresso nos estágios não costuma acontecer de forma linear, sendo as recaídas e o retorno aos padrões antigos de comportamento os mais frequentes. O fenômeno das recaídas estará presente tanto na etapa de ação quanto na de manutenção e o importante é espaçá-las cada vez mais no tempo até que a pessoa alcance a mudança de estilo de vida em suas diferentes vertentes – individual, social, interpessoal, familiar.
<b>Término</b>	Indica o momento em que as mudanças obtidas encontraram estabilidade suficiente para que o indivíduo se sinta seguro de que o padrão de comportamento anterior não retornará ou quando a situação-problema for totalmente superada.

Fonte: Adaptado de Orsi e Oliveira (2006, p. 69).

Essa teoria de mudança pode ser utilizada para qualquer processo vivenciado pelas pessoas, mas quando analisada com o olhar voltado para a dependência química é possível entender o momento em que cada pessoa quando está em tratamento.

Ao analisar agora os índices de permanência e desistência no tratamento da AMARJA, é possível fazer uma interface a esta teoria e visão cíclica da doença:

Gráfico 22. Tempo de permanência no tratamento



Fonte: elaborado por Adriana Pereira Souza.

A AMARJA tem obtido excelentes resultados no tratamento, pode-se observar que o maior índice de período de permanência é o referente a 6-7 meses, média de tempo que se leva para concluir o período de internação. Porém verifica-se também que a maior parte não consegue vivenciar o ciclo completo do processo de mudança, pois a recaída pode ser inserida em qualquer uma das etapas, contemplação, preparação, ação e até mesmo na manutenção. É possível afirmar ainda que 13% dos acolhidos entram na casa ainda no estágio da Pré-contemplação que é fase em que “a pessoa não tem intenção de mudar de comportamento”, isso se dá por falta de consciência do que ela tem enfrentado com a doença e não se interessa pelo tratamento por este ser muitas vezes “forçado” pela família. Como apresentado no Quadro 5.

A característica principal deste estágio é a resistência em reconhecer ou modificar um problema ou um padrão comportamental, por isso alguns permanecem tão pouco em tratamento. Para estes é necessário um processo de triagem mais longo para que possam fazer a mudança de fase e assim permanecerem na CT por um tempo mínimo necessário.

Outra questão a ser abordada enfim é a codependência, situação na qual o adoecimento da família também se torna perceptível, mostrando assim a necessidade do tratamento também para os membros que a compõe.

### **3.5 A Codependência**

Existe um fenômeno familiar ligado a dependência química que é necessária a percepção das equipes de saúde sobre sua existência para que o mesmo possa ser trabalhado, este fenômeno é a codependência. Familiares e amigos podem desempenhar um papel fundamental motivando e incentivando as pessoas que tem problemas relacionados ao uso de SPA (SILVEIRA; SILVA, 2013, p. 219).

Mas afinal o que é a codependência?

A codependência é considerada uma doença emocional, que pode afetar toda a família do usuário de álcool e drogas. Uma pessoa se torna codependente quando passa a desenvolver sua rotina e suas relações pautadas nos problemas do outro que, nesse caso, é o usuário.

A codependência pode ser entendida como um comportamento problemático, desajustado ou doentio associado à vida, ao trabalho ou a outra situação qualquer de proximidade de uma pessoa que apresenta o problema da dependência química. Assim toda a vida do codependente fica atrelada à possível situação gerada pelo uso de crack, álcool ou outras drogas dessa pessoa, ficando na expectativa de quando e como será a próxima crise e como lidará com ela. (SIMÃO; SMAIRA, 2013, p. 226).

Podemos dizer então que uma pessoa se tornará codependente quando passar a querer controlar situações, pessoas e até mesmo comportamentos, por acreditar que dessa forma, poderá controlar suas próprias emoções, sentimentos, tais como: culpa, insegurança, raiva, medo, frustração e vergonha (SIMÃO; SMAIRA, 2013, p. 226). Isso faz com que as relações mudem por completo, e os bons sentimentos deem lugar para situações de manipulação, mentiras e desavenças.

Moraes et al. (2009) apresentam uma definição simples e ao mesmo tempo completo sobre o codependente, deixando claro as dificuldades que passam as pessoas que sofrem emocionalmente com esta doença:

Codependente é aquela pessoa que permitiu a si mesma ser afetada por outra e por seus problemas e que perdeu o amor próprio, a capacidade de se afirmar e de cuidar de si mesma [...] o codependente tende a assumir toda a responsabilidade para com o dependente químico, ele passa, também, a ser a principal referência para os outros integrantes da família quando o assunto envolve a dependência química daquele membro usuário. Dessa forma, passa a receber cobranças dos outros e de si próprio. As cobranças são referentes aos problemas causados pelo uso de drogas e, principalmente, pelas inúmeras tentativas, muitas vezes frustradas, de busca de solução.

Essa pressão vivenciada pela família faz com que a dependência química atinja a todos ao redor, pai, mãe, esposa ou namorada, filhos, amigos e outros. Porém, é comum que uma pessoa crie essa ligação mais forte de codependência.

Quem vivencia esse papel, acredita sempre que está ajudando ou protegendo o dependente químico sem saber que seu comportamento não é saudável sendo necessário romper um ciclo (SIMÃO; SMAIRA, 2013, p. 226).

Verifica-se um valor de alta terapêutica referente a 30% na AMARJA, sendo que destes foi possível realizar terapias familiares em 100% dos casos, reforçando assim a ideia de que é necessário o atendimento familiar para as pessoas que realizam tratamento por internação. Foi possível resgatar vínculos familiares de 40% das pessoas que estavam em situação de rua, respeitando a particularidade de cada núcleo familiar e o tempo necessário para que cada um pudesse reestabelecer relações saudáveis.

Ainda que muitas famílias que convivem com a presença do álcool e das drogas tenham características semelhantes, deve ser considerada a história de vida de cada uma e suas particularidades. Tratar famílias com membros dependentes químicos é uma necessidade, visto que elas também adoecem e sofrem. O apoio familiar é vital para reestruturação do dependente químico em qualquer estágio do problema. (PAYÁ, 2011, p. 319).

Este é um processo lento, que envolve a disponibilidade da família em estabelecer limites, mudar comportamentos, resignificando assim os papéis familiares.

Não se pode esquecer nunca que esta família codependente, é a mesma família que sobrevive a uma sociedade cada vez mais competitiva e mercadológica, onde tudo tem seu preço, seu valor e isso submerge muitas relações independente da realidade do ser humano, mas que atinge sempre mais aquela que vive uma situação de pauperismo e vulnerabilidades.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A família é uma instituição social historicamente condicionada e dialeticamente articulada com a sociedade na qual está inserida. Isto pressupõe compreender as diferentes formas de famílias em diferentes espaços de tempo, em diferentes lugares, além de percebê-las como diferentes dentro de um mesmo espaço social e num mesmo espaço de tempo. (JOSÉ FILHO, 2003, p. 153).

As famílias foram e continuam sendo o núcleo primário de formação dos sujeitos. Quando se amplia a visão e entendimento sobre o que é ser família, surge a possibilidade de afirmações como esta, pois não se limita a ligação consanguínea.

Usa-se o termo família sempre no plural, pois não se refere apenas a um núcleo formal e único, mas sim, a uma grande diversidade de formas de se viver em famílias. Dessa forma após essa pesquisa considera-se que família é ou são, pessoas, que desenvolvem um determinado envolvimento social capaz de gerar vínculos e/ou sentimentos.

Infelizmente tais vínculos e sentimentos se fazem e desfazem ao longo da vida, diversos fatores incidem sobre as relações familiares que geram esses processos de construção, de perda e de reconstrução do que as unem.

O debate sobre a questão das drogas perpassa esse momento histórico vivenciado por muitas famílias onde configurações das mais diversas formas ganham espaço em meio a preconceitos.

A visão conservadora acerca deste debate tende a culpabilizar os núcleos familiares pela propagação das mais diversas expressões da questão social, dentre estas a drogadição, esta que envolve o tráfico, o uso e abuso de drogas e a dependência química foco deste trabalho.

As análises feitas no primeiro capítulo sobre as políticas existentes sobre o tema mostraram a ausência da proteção e auxílio às famílias oferecendo o suporte necessário para que estas efetivamente cuidem de seus pares.

Famílias desassistidas por políticas públicas é uma triste realidade com a qual se depara toda sociedade brasileira. Não existem leis que possam garantir os direitos mínimos para as famílias atendidas seja na assistência, saúde ou educação, faltando assim até mesmo serviços básicos.

Além da realidade legislativa que evoluiu, mas que ainda deixa a desejar tem-se resultados significativos frente às categorias de análise apreendidas.

Durante a pesquisa confirmamos que a configuração familiar não será um determinante para as pessoas que usam drogas desenvolvam a dependência

química, nos documentos pesquisados 50% das famílias eram composta por pai e mãe. O que realmente causa impacto positivo nas relações familiares é o acompanhamento familiar que pode ser realizado por qualquer pessoa que tenha vínculo afetivo, o bom relacionamento, a participação na vida dos jovens e presença de regras e limites no ambiente familiar.

A falta do envolvimento da família na vida da criança ou adolescente se torna um fator de risco, pois deixa-o mais vulnerável e desprotegido diante das diversas situações que a transição da convivência familiar para a convivência social com outros pares gera.

Outra questão comumente apresentada e que perpassa as relações familiares é a questão socioeconômica, sendo este um fator normalmente estigmatizado pelo senso comum. É normal associar os problemas relacionados ao uso de SPA à pobreza.

Como colocado pelo CFESS (2016) no caderno sobre o estigma do uso das drogas, o proibicionismo que gerou a chamada “guerra às drogas” contribuiu para essa ligação moral entre o pobre, o proibido e o ilegal, pois uma ação armada em alguns locais que foram considerados perigosos estava direcionada ao extermínio da juventude pobre e negra, gerando um aumento também do encarceramento e atingindo a parte da classe trabalhadora.

As condições sociais apresentadas nos documentos analisados mostram uma situação econômica não muito favorável, porém isso ocorre pelo fato da AMARJA ser uma instituição que oferece 100% de suas vagas com gratuidade, dando a oportunidade para aqueles menos favorecidos de realizarem um tratamento com qualidade. Isso não significa que o uso de drogas seja algo exclusivo das classes pertencentes a situação de pobreza, e isso foi bem retratado no levantamento realizado pelo Cebrid, o que falta são políticas públicas voltadas para as crianças e adolescentes que garantam opções de atividades de lazer, atividades culturais, melhores condições de formação educacional para que a droga deixe de ser em muitos casos a única opção de diversão que tenham acesso.

A necessidade de estar inserido no mercado de trabalho faz com que os pais ou responsáveis se ausentem por maior tempo, ou seja, a deficiência de cuidado integral dos filhos é retrato de uma realidade que envolve a classe trabalhadora que tem se submetido a uma exaustiva rotina de trabalho como forma de manter sua subsistência.

Observou-se também que a responsabilidade pelo tratamento recai sobre a mulher. 67% dos casos o responsável era mulher, 27% homens e 6% órgãos públicos como o Centro Pop e Abrigo, sendo que nestes espaços o técnico de referencia para contato também era mulher, normalmente a assistente social.

Historicamente a mulher carrega consigo o rótulo de cuidadora e a imposição à maternidade reforçando o ideário de que a responsabilidade pela educação e criação das crianças devem ser delas.

Olhar para famílias que em sua maioria são nucleares e mesmo assim a mulher que se intitula responsável é que nos dá a certeza dessa reprodução social. Sendo este um fardo quando os filhos ou parentes apresentam então algum envolvimento com drogas, pois na opinião popular isso pode ser analisado como falha de conduta na criação.

Dessas mulheres 40% são mães, ou seja, o vínculo com a figura materna é mais forte, não se rompe tão facilmente, em segundo lugar vem os irmãos/ãs, que representem a obrigação da consanguinidade, pois em determinadas situações a única referência que as pessoas com dependência química podem ter são os irmãos/ãs, principalmente quando já aconteceu a morte dos pais.

Na relação do desenvolvimento da dependência química com os fatores genéticos, não foi percebido nenhum dado que comprove ou reforce essa teoria, nos casos analisados, mas essa perspectiva não pode deixar de ser analisada quando falamos sobre as famílias por ser este um fator cientificamente comprovado.

Analisou-se depois o início do uso, e reforçando o que a ciência já traz sobre isso 76% dos acolhidos na AMARJA, iniciaram o uso de substâncias entre 9 – 16 anos. Fase da curiosidade e período da vida em que o córtex frontal ainda encontra-se em desenvolvimento e por isso tamanha é a preocupação da saúde quanto ao uso precoce de SPA. Pode-se afirmar que quanto mais cedo ocorrer a fase de experimentação, maior será a possibilidade de se desenvolver a dependência química.

Muitos pesquisadores e trabalhadores da área da saúde contestam a informação de que a maconha seria a “porta de entrada” para outras drogas. Isso é real se nos referirmos a totalidade, pois em muitas situações a pessoa com dependência química nem chegará a utilizar drogas como a cocaína e o crack, porém 73% dos casos que foram analisados nesta pesquisa iniciaram o uso primeiro

com o álcool, passando para maconha e posteriormente para a cocaína, e quando chegam a necessidade de internação já estão utilizando o crack em 57% dos casos.

Observar o que acontece com o jovem no início da adolescência é fundamental para que se percebam possíveis mudanças de comportamento que serão responsáveis por denunciar o uso de SPA. Sempre analisando conjuntamente, afinal este adolescente está inserido em um contexto onde o ensino e escola é precarizado, a convivência familiar também é precária, existe uma insuficiência na estrutura social no que tange a renda, condições de moradia e altos índices de desemprego, tudo isso unido a uma pseudo representação social das drogas como algo bom e necessário para se reafirmar entre grupos, a fragilidade das políticas e ao mercado lucrativo das drogas.

A maior parte das pessoas que já desenvolveram a dependência química só buscará tratamento por volta dos 30. Essa idade reflete uma fase de vida que envolve mudanças, tomada de atitudes. Muitos famosos que eram usuários de drogas se suicidaram por volta dessa idade, pois ode ter sido a única forma na qual encontraram forças para realizar estas mudanças. Champignon, Amy Winehouse, Kurt Cobain, Janis Joplin, Marilyn Monroe, Jimi Hendrix e tantos outros foram os que na mesma fase da vida tiveram uma tomada de atitude. No caso dos acolhidos na AMARJA a atitude que conseguiram tomar foi a busca por tratamento. Considera-se assim que existe uma determinada idade que deixará as pessoas com dependência química mais propensa a mudança de vida.

Fala-se em mudança de vida, pois não se refere apenas a deixar o uso de drogas, mas deixar também comportamentos que levem ao uso de drogas ou que facilitem o uso. Os valores referentes a passagens pela polícia chegam a quase 70%, esse valor se refere a tráfico, furtos, roubos, todos referentes ao uso.

Esse tipo de comportamento pode afastar cada vez mais a pessoa do mercado de trabalho, e isso gera um índice de desemprego preocupante. Ter passagem na polícia unido a um baixo nível de escolaridade são fatores que vão interferir na recolocação do mercado de trabalho.

Todas essas questões vão dificultar o trabalho da equipe psicoterapêutica no tratamento, e por isso os índices de recuperação são considerados baixos.

A AMARJA apresentou um diferencial no seu trabalho por colocar a família sempre em evidência e por garantir a participação destes no processo de tratamento.

A reconstrução dos vínculos familiares, principalmente entre os que chegam em situação de rua garantiu um procedimento exitoso, nos casos em que a família não pode participar das atividades e terapias propostas não consegue fazer o trabalho de reinserção social adequada.

O apoio de seus familiares, sejam consanguíneos ou não, faz toda diferença no processo de mudança que foi apresentado no Quadro 5. no terceiro capítulo. Essa participação familiar se refere até mesmo ao tempo de permanência dos acolhidos na instituição.

Em muitos casos a família se encontra tão codependente que não consegue ter uma tomada de atitude na sua vida, e por isso é importante oferecer também para eles um acompanhamento profissional. Sem trabalhar a percepção dos familiares não se rompe o ciclo da doença dentro das fases da mudança.

No trabalho da AMARJA foi possível reconstruir vínculos com 40% daqueles que estavam em situação de rua.

Essa família não é protegida pelas políticas públicas que tratam sobre as questões de drogas no Brasil, são culpabilizadas e desprotegidas pelo estado.

Não se pode passar uma responsabilidade sem dar suporte necessário que garantam exequibilidade de cuidados esperados e muitas vezes impostos.

Como coloca Gelinski e Moser (2015, p.142):

A questão é que, mesmo com a tão propalada centralidade da família nas políticas sociais, o Estado vem se desvencilhando já há mais de trinta anos de uma série de responsabilidades e as vem repassando para as famílias, e isso a despeito do aumento da vulnerabilidade das mesmas, e não há sinais de que estejam sendo construídos sistemas de proteção sólidos para as gerações futuras.

De fato, observar as condições que as famílias têm de se submeter às responsabilidades que estão sendo impostas é um fator que deve-se atenção, pois os caminhos que a sociedade tem tomado não direcionam para facilitar esses processos. E o aumento da dependência química é fruto desse momento histórico que se passa em nossa sociedade.

As famílias não são culpadas pelo que acontece, e sim vítimas dessa sociabilidade que busca terceirizar até mesmo suas mazelas sociais, das quais o uso e abuso de drogas, assim como a dependência química, surge apenas como reflexo dessa realidade.

## REFERÊNCIAS

ABREU, C. C; MALVASI, P. A. Aspectos transculturais, sociais e ritualísticos da dependência química. In: DIEHL, A. et al. (Org.) **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed: 2011.

AGRAWAL, A., LYNSKEY M.T. Are the genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies. **Addiction**, Oxfordshire, v. 103, n. 7, p. 1069-1081, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3. ed. Lisboa: Ed. 70, 2004.

BARRETO, V. **A nova família: problemas e perspectivas**. Rio de Janeiro: Renovar. 1997.

BATISTA NETO, F. **Drogas: por que as pessoas usam? É possível prevenir?** Florianópolis: Insular, 2009.

BOLONHEIS-RAMOS, R. C. M.; BOARINI, M. L. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1231-1248, out. / dez. 2015, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n4/0104-5970-hcsm-22-4-1231.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

BRASIL. Lei n. 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 out. 1976. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6368.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei n. 7.560, de 19 de dezembro de 1986. Cria o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso, dispõe sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de drogas ou atividades correlatas, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1986. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7560.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7560.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.764, de 20 de dezembro de 1993. Cria a Secretaria Nacional de Entorpecentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 dez. 1993. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8764.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8764.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei n. 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9294.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9294.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRASIL. Lei n. 9.804, de 30 de junho de 1999. Altera a redação do art. 34 da Lei no 6.368, de 21 de outubro de 1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 jul. 1999. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9804.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9804.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar n. 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 maio 2000a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm)>. Acesso em: 7 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei n. 10.167, de 27 de dezembro de 2000. Altera dispositivos da Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2000b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L10167.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10167.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória n. 2.216-37, de 31 de agosto de 2001. Altera dispositivos da Lei no 9.649, de 27 de maio de 1998, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 set. 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/mpv/2216-37.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/2216-37.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei n. 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 jan. 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10409.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10409.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei n. 10.702, de 14 de julho de 2003. Altera a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4o do art. 220 da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jul. 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.702.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.702.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRASIL. Constituição Federal. In: FREITAS, J. C.(Org.). **Oito em um acadêmico**. Franca: Lemos & Cruz, 2006.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Alcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 maio 2007. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei n. 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que 'institui o Código de Trânsito Brasileiro', e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jun. 2008a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/l11705.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11705.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 6.488, de 19 de junho de 2008. Regulamenta os arts. 276 e 306 da Lei n. 9.503, de 23 de setembro de 1997 - Código de Trânsito Brasileiro, disciplinando a margem de tolerância de álcool no sangue e a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia para efeitos de crime de trânsito. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jun. 2008b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2008/Decreto/D6488.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Decreto/D6488.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei n. 13.019, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação; define diretrizes para a política de fomento, de colaboração e de cooperação com organizações da sociedade civil; e altera as Leis n<sup>os</sup> 8.429, de 2 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. (Redação dada pela Lei n. 13.204, de 2015). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 ago. 2014. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm)>. Acesso em: 15 abr. 2017.

CANDIDO, M. V.; BORGES, S. F. **Conflitos e mudanças na estrutura familiar perante as transformações socioeconômicas na década de 90**. 1999. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 1999.

CARVALHO, M. C. B. (Org.) **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC : Cortez, 1995.

CFESS. **Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas:** contribuições do CFESS para o debate. Brasília, DF, nov. 2014. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. **O estigma do uso de drogas.** Brasília, DF, 2016. (Assistente social no combate ao preconceito).

COLLANGE, C. **Defina uma família.** Trad. Mário Fondelli. Rio de Janeiro: Rocco. 1994.

DEMO, P. **Educar pela pesquisa.** Campinas: Autores Associados, 2003.

DENZIN, N. **O planejamento da pesquisa qualitativa:** teorias e abordagens. Trad. Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DONATTI, P. **Família no século XXI:** abordagem relacional. Trad. João Carlos Petrini. São Paulo: Paulinas, 2008. (Família na sociedade contemporânea).

DUARTE, P. C. A. V; DALBOSCO, C. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: KERR-CORREA, F; MAXIMIANO, V. A. Z. (Org.). **Capacitação para comunidades terapêuticas:** conhecer para cuidar melhor: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas. Brasília, DF: SENAD, 2013.

EM DISCUSSÃO. Dependência química crack assusta e revela um Brasil despreparado proliferação de cracolândias mobiliza Senado a buscar melhorias na assistência prestada pelo Estado e pela sociedade aos usuários de drogas. **Em Discussão**, Brasília, DF, ano 2, n. 8, ago. 2011. Disponível em: <[https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/Upload/201104%20-%20agosto/pdf/em%20discuss%C3%A3o!\\_agosto\\_2011\\_internet.pdf](https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/Upload/201104%20-%20agosto/pdf/em%20discuss%C3%A3o!_agosto_2011_internet.pdf)>. Acesso em: 7 mar. 2017.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

FARIA, D. F. Serviço Social: mediação e interdisciplinaridade. Elementos para reflexão. In: JOSÉ FILHO, M.; OLIVEIRA, C. A. H. S. (Org.). **Trabalho interdisciplinar:** construindo saberes. Franca: Ed. UNESP/FHDSS, 2010.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: Ed. UEC, 2002.

FRACASSO, L. As mudanças o processo de criação das Comunidades Terapêuticas. In: KERR-CORREA, F.; MAXIMIANO, V. A. Z. (Org.). **Capacitação para comunidades terapêuticas:** conhecer para cuidar melhor: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas. Brasília, DF: SENAD, 2013.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília, DF: Liber Livro, 2008. (Pesquisa, v. 6).

FREYRE, G. **Casa grande e senzala: formação da família brasileira sob o regime de economia patriarcal**. 10. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1961.

FUREGATO, A. R. F.; GATTÁS, M. L. B. Interdisciplinaridade: uma contextualização. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 323-327, set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a11v19n3.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2016.

FURTADO, E.F. et al. Abordagem com mulheres usuárias de álcool e outras drogas. In: ROZANI, T. M. (Org.). **Ações integradas sobre drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2013.

G1 MOGI E SUZANO. Suzano fecha 21 clínicas clandestinas do ano passado até outubro de 2016. **G1**, Mogi das Cruzes, 18 mar. 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sp/mogi-das-cruzes-suzano/noticia/2016/11/suzano-fecha-21-clinicas-clandestinas-do-ano-passado-ate-outubro-de-2016.html>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

G1 RIBEIRÃO E FRANCA. Região de Franca tem apreensão recorde de drogas em 2016, diz polícia. **G1**, Ribeirão Preto, 8 jan. 2017. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sp/ribeirao-preto-franca/noticia/2017/01/regiao-de-franca-sp-tem-apreensao-recorde-de-drogas-em-2016-diz-policia.html>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

GARCIA, L. et al. Política nacional de saúde mental e organização da rede de atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS). In: KERR-CORREA, F.; MAXIMIANO, V. A. Z. (Org.). **Capacitação para comunidades terapêuticas: conhecer para cuidar melhor: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas**, Brasília, DF: SENAD, 2013.

GELINSKI, C. R. O. G.; MOSER, L. Mudanças nas famílias brasileiras e a proteção desenhada nas Políticas Sociais. In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S. C.; CARLOTO, C. M. (Org.). **Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015.

HAUER, P. **Vamos falar sobre drogas?** Comunidades terapêuticas não são manicômios. Curitiba, 11 jan. 2016. Disponível em: <<http://acervo.paranaportal.com.br/blog/2016/01/11/comunidades-terapeuticas-nao-sao-manicomios/>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

IBGE. **Vamos conhecer o Brasil: 7 a 12**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/familias-e-domicilios.html>>. Acesso em: 14 fev.2017.

JOSÉ FILHO, M. (Pe.). **A família como espaço privilegiado para construção da cidadania**. Franca: Ed. UNESP/FHDSS, 2003.

\_\_\_\_\_.; DALBÉRIO, O. (Org.). **Desafios da pesquisa**. Franca: Ed. UNESP/FHDSS, 2006.

KALINA, E. et al. **Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

KALOUSTIAM, S. M. (Org.) **Família brasileira, a base de tudo**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 1994.

MINAYO, M. C. S. A construção do projeto de pesquisa. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Conselho Nacional Antidrogas. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Brasília, DF, 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional Antidrogas. Resolução n. 3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005, aprova a Política Nacional Sobre Drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 out. 2011. Disponível em: <<http://obid.senad.gov.br/obid/pessoas-sujeitos-drogas-e-sociedade/politica-nacional-sobre-drogas-1>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução do CONAD n. 1, de 19 de agosto de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 ago. 2015. Disponível em: <[http://www.lex.com.br/legis\\_27017500\\_RESOLUCAO\\_N\\_1\\_DE\\_19\\_DE\\_AGOSTO\\_DE\\_2015.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27017500_RESOLUCAO_N_1_DE_19_DE_AGOSTO_DE_2015.aspx)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. SENAD. CEBRID. UNIFESP. **VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras**. Brasília, DF, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC/Anvisa n. 101, de 30 de maio de 2001. Estabelece o Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 maio 2001. Disponível: <<http://www.mprs.mp.br/infancia/legislacao/id2174.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução RDC n. 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. **Diário Oficial da União**, 30 jun. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029\\_30\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html)>. Acesso em: 15 abr. 2017.

MORAES, L. M. et al. Expressão da codependência em familiares de dependentes químicos. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 34-42, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/160>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

NEGRÃO, A. B; CORDEIRO, Q.; VALLADA FILHO, H. P. Genética da dependência química. In: DIEHL, A. et al. (Org.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed: 2011.

OLIVEIRA, J. B.; KERR-CORREA, F. Os aspectos socioculturais do uso de crack, álcool e outras drogas. In: KERR-CORREA, F.; MAXIMIANO, V. A. Z. (Org.). **Capacitação para comunidades terapêuticas: conhecer para cuidar melhor: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas**, Brasília, DF: SENAD, 2013.

\_\_\_\_\_. Os fatores de proteção e os fatores de risco para o uso de crack, álcool e outras drogas. In: KERR-CORREA, F.; MAXIMIANO, V. A. Z. (Org.). **Capacitação para comunidades terapêuticas: conhecer para cuidar melhor: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas**, Brasília, DF: SENAD, 2013.

OLIVEIRA, N. H. D. **Recomeçar: família, filhos e desafio**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

\_\_\_\_\_. **Separação conjugal: uma exemplificação das práticas vivenciadas no Centro Jurídico Social da UNESP**. 2003. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2003.

OMS. **Organização Mundial da Saúde**. Genève, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

ON, M. L. R. O Serviço Social e a perspectiva interdisciplinar. In: MARTINELLI, M. L.; ON, M. L. R.; MUCHAIL, T. M. (Org.). **O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez : EDUC, 1998.

ORSI, M. M.; OLIVEIRA, M. S. Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 1, p. 3-12, jan./mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n1/v23n1a01.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

PAYÁ, R. Terapia familiar. In: DIEHL, A. et al. (Org.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed: 2011.

PETRINI, J. C. **Pós-modernidade e família: um itinerário de compreensão**. Bauru, SP: EDUSC, 2003. (Ciências da família).

PORRECA, W. Modificações na estrutura e na função da família contemporânea. In: JOSÉ FILHO, M. (Pe.); DALBÉRIO, O. (Org.). **Família: conjuntura, organização e desenvolvimento**. Franca: UNESP-FHDSS, 2007.

PRADO, D. **O que é família?** 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991. (Primeiros passos).

RIBEIRO, P. M. A. **O processo de formação profissional de assistentes sociais na UFMT – Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba – MG: contribuições para a materialização do projeto ético-político profissional**. 2016. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2016.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2003.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; SANTOS, M. G. R. Classificação e efeitos farmacológicos das drogas. In: RONZANI, T. M. (Org.). **Ações integradas sobre drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2013.

SÃO PAULO (Estado). Decreto n. 59.164, de 9 de maio de 2013. Institui o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço, e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 10 maio 2013. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2013/decreto-59164-09.05.2013.html>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei n. 14.592, de 19 de outubro de 2011. Proíbe vender, ofertar, fornecer, entregar e permitir o consumo de bebida alcoólica, ainda que gratuitamente, aos menores de 18 (dezoito) anos de idade, e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 20 out. de 2011. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2011/lei-14592-19.10.2011.html>> . Acesso em: 10 ago. 2016.

SÃO PAULO (Estado). Lei n. 13.541, de 07 de maio de 2009. Proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 8 maio 2009. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2009/lei-13541-07.05.2009.html>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Desenvolvimento Social. FUNDAP. **Panorama das políticas sobre drogas no Estado de São Paulo**. São Paulo, 2015.

SARTI, C. A. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SCADUTO, A. A.; BARBIERI, V.; SANTOS, M. A. Comunidades terapêuticas para dependentes de substâncias psicoativas: avaliação dos resultados do tratamento. **Psicologia: Teoria e Prática**. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-171, maio/ago. 2014. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v16n2/14.pdf>>. Acesso em: 7 mar. 2017.

SILVA, S. E. V. S. (Org.). **A questão do uso de álcool e outras drogas por adolescentes**. Maceió: EDUFAL, 2011.

SILVEIRA, D. X; SILVEIRA, E. D. Classificação das substâncias psicoativas e seus efeitos. In: MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 6. ed. Brasília, DF: SENAD, 2014.

SILVEIRA, P. S; SILVA E. A. Família, sociedade e o uso de drogas: prevenção, inclusão social e tratamento familiar. In: RONZANI, T. M. (Org.). **Ações integradas sobre drogas**: prevenção, abordagens e políticas públicas. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2013.

SIMÃO, M. O.; SMAIRA, S. I. Abordagem familiar na dependência de crack, álcool e outras drogas. In: KERR-CORREA, F.; MAXIMIANO, V. A. Z. (Org.). **Capacitação para comunidades terapêuticas**: conhecer para cuidar melhor: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas, Brasília, DF: SENAD, 2013.

SOUZA, M. C. C. **Crise familiar e contexto social**. São Paulo: EDUSCAF, 1999.

VANNUCCHI, A. M. C.; CORDEIRO, D. C.; DIEHL, A. Minorias. In: DIEHL, A. et al. (Org.). **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

## **ANEXOS**

## **ANEXO A - Regulamento interno para acolhidos na AMARJA**

### **REGULAMENTO INTERNO**

#### **DA ADMISSÃO DO ALUNO**

1 - Para que um aluno seja admitido no tratamento da dependência química, alguns pontos são absolutamente essenciais:

- 1.1 Que seja verdadeiro seu desejo de abandonar as drogas, o álcool e comportamentos inadequados;
- 1.2 Cumprir os procedimentos para internação;
- 1.3 Que não tenha nenhum comprometimento mental que o impossibilite de praticar o tratamento;
- 1.4 Que não necessite de acompanhamento médico e odontológico constante;
- 1.5 A internação e permanência do aluno serão voluntárias, devendo o mesmo comunicar a coordenação o desejo de abandono do tratamento.
- 1.6 Não ter feito uso de álcool ou outras drogas no dia da internação;

#### **DA ENTRADA NO RECANTO**

2 - Ao ingressar, haverá uma conferência dos pertences e revista pessoal por medida de segurança. O mesmo ocorrerá nas saídas e retornos;

- 2.1 Não será permitida a entrada de alunos portando brincos, colares, piercings ou outros.

3 - Ao ser admitido, o aluno ingressará somente com os itens necessários para sua estadia, conforme consta na relação de material;

4 - Cópias de documentos e medicamentos serão entregues aos coordenadores e ficarão na responsabilidade da equipe técnica; Documentos originais devem ficar com o responsável do aluno;

5 - Todo e qualquer tipo de doação, pertences, correspondência etc. deverão ser entregues no centro administrativo, sito à Rua Ouvidor Freire, 2090, salas 14 e 15, Centro, em Franca/SP das 8h às 18h de segunda à sexta-feira;

6 - Qualquer doação (ex.: quitutes, livros, jogos, material para artesanato) deverá ser comunitário.

#### **DAS OBRIGAÇÕES**

7 – É tarefa e DEVER de TODOS:

- 7.1 Limpeza, organização, manutenção e ordem do alojamento, respeitando o cronograma da casa;
- 7.2 Zelo, organização e manutenção de todo material e equipamentos de limpeza (panos, vassouras, rodos);
- 7.3 Manutenção, organização de pertences, camas, armários diariamente;
- 7.4 Higiene pessoal;
- 7.5 Zelar pela harmonia da Comunidade Terapêutica no geral.

#### **DA CONVIVÊNCIA**

8 - O aluno deverá se sentir parte integrante da comunidade, sendo que o relacionamento deverá ser de ajuda, estímulo, confiança, cooperação e respeito entre todos;

9 - Será proibida a permanência sem camisa ou em trajes inadequados no Recanto;

10 - Silêncio absoluto durante as refeições se fará necessário; exceto em confraternizações ex.: aniversários.

11 - As refeições serão servidas de acordo com horários e cardápio pré-estabelecidos;

12 - Entrada e permanência na cozinha serão permitidas exclusivamente para cozinheiros e auxiliares, onde será obrigatório o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) ex.: touca e avental;

13 - Dentro da convivência comunitária, serão necessários respeito e silêncio, evitando brincadeiras e críticas ofensivas;

14 - Colaborar com o companheiro promoverá sempre o bem estar de todos. Lembrando sempre das palavras mágicas: “por favor”, “com licença”, “obrigado”;

- 15 - Aos fumantes será estipulado horário e local apropriado;
- 16 - A permanência nos dormitórios somente será permitida em momento de repouso noturno;
- 17 - Será estipulado local e horário para repouso diurno;
- 18 - Não será permitido qualquer tipo “troca” ou “empréstimos” entre os alunos (ex.: cigarros, objetos diversos).

#### **DAS ATIVIDADES**

- 19 - Programação e horários do uso de rádio e TV serão previamente determinados;
- 20 - Todas as atividades deverão ser seguidas rigorosamente de acordo com o cronograma;
- 21 – É obrigatória a participação em todas as Laborterapias, salvo em situações de impossibilidade física devidamente informada por um médico.

#### **DA FAMÍLIA**

- 22 - É importante a participação do responsável nos grupos de apoio familiar;
- 23 - Psicoterapia familiar será agendada, previamente, sendo dever a participação do responsável de acordo com os horários estabelecidos pelo psicólogo(a);
- 24 - É avaliado o desenvolvimento do processo psicoterapêutico sendo este determinante para as saídas;
- 25 - O aluno que não tem o acompanhamento familiar no tratamento se responsabilizará pelas saídas da Comunidade Terapêutica, sendo que essas saídas serão avaliadas e definidas pela equipe, sem tempo cronológico definido;
- 26 - Em caso de abandono ou desligamento do tratamento, ao ser comunicado, o responsável deverá providenciar a locomoção do aluno;
- 27 - Em caso de evasão, os pertences serão entregues apenas na presença de um responsável; será considerado o prazo de dez dias para retirada dos pertences do aluno no Centro Administrativo, ou os mesmos serão destinados à doação.

#### **DAS SANÇÕES**

- 28 - Será excluído o ALUNO que:
  - 28.1 Usar e/ou incentivar aos demais o uso de drogas ou álcool nas dependências da Comunidade Terapêutica;
  - 28.2 Não participar de qualquer atividade determinada sem motivo justo;
  - 28.3 Cometer qualquer tipo de conflito, agressão ou influência negativa;
  - 28.4 Apropriar-se de objeto de terceiros;
  - 28.5 Praticar qualquer tipo de relação sexual nas dependências da Comunidade Terapêutica;
- 29 - Danos causados pelo aluno deverão ser ressarcidos por ele e ou pelo responsável;
- 30 - Na falta de cumprimento do regulamento interno será passível advertência – após a terceira, o aluno será excluído.

#### **DO REGULAMENTO**

- 31 - Outras regras poderão ser incluídas e aplicadas de acordo com a necessidade.

O tratamento baseia-se em três princípios:

**"ESPIRITUALIDADE - DISCIPLINA - TRABALHO"**

O tempo do tratamento é de acordo com a evolução individual do aluno, avaliado pelos profissionais responsáveis.

ALUNO: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADO / PARENTESCO: \_\_\_\_\_

DATA DA ENTREVISTA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**COMPOSIÇÃO FAMILIAR**

NOME	PARENTESCO	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	SITUAÇÃO DE TRABALHO
1. ALUNO	-----				
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

**SITUAÇÃO HABITACIONAL DA FAMÍLIA**

( ) PRÓPRIA      ( ) FINANCIADA      ( ) ALUGADA      ( ) CEDIDA

OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

**SITUAÇÃO DE TRANSPORTE DA FAMÍLIA**

A FAMÍLIA TEM MEIO DE TRANSPORTE PRÓPRIO?      ( ) NÃO      ( ) SIM

(ORIENTAR SOBRE O AUXÍLIO CASO O ALUNO NECESSITE DE TRANSPORTE DURANTE O TRATAMENTO)

OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

### SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ALUNO

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO? ( ) NÃO ( ) SIM SE SIM, QUAL? \_\_\_\_\_  
ESTÁ INTERDITADO? ( ) NÃO ( ) SIM SE SIM, QUEM É O CURADOR? \_\_\_\_\_  
RECEBE AUXÍLIO DOENÇA? ( ) NÃO ( ) SIM SE SIM, POR QUÊ? \_\_\_\_\_

### SITUAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA / ALUNO

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL? ( ) NÃO ( ) SIM SE SIM, QUAL? \_\_\_\_\_  
OBSERVAÇÃO: \_\_\_\_\_

### HISTÓRICO DO USO DE DROGAS

QUANDO O ALUNO COMEÇOU A USAR DROGAS? \_\_\_\_\_  
QUANDO A FAMÍLIA DESCOBRIU? \_\_\_\_\_  
QUAIS SUBSTÂNCIAS A FAMÍLIA SABE QUE ELE USA? \_\_\_\_\_  
ELE JÁ PASSOU POR OUTROS TRATAMENTOS? SE SIM, QUANDO E QUAIS. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ORIENTAÇÕES GERAIS

A FAMÍLIA FOI ORIENTADA SOBRE A GRATUIDADE DO TRATAMENTO? \_\_\_\_\_  
A FAMÍLIA FOI ORIENTADA SOBRE OS ITENS DE HIGIENE E ENXOVAL QUE SÃO PERMITIDOS LEVAR PARA USO NA CASA? \_\_\_\_\_  
A FAMÍLIA TEM CONDIÇÕES E/OU SE DISPONIBILIZA A COMPRAR MEDICAMENTOS QUE NÃO SÃO FORNECIDOS PELO SUS? \_\_\_\_\_  
A FAMÍLIA FOI ORIENTADA SOBRE AS DOAÇÕES QUE PODEM SER REALIZADAS PARA A INSTITUIÇÃO E DO CARÁTER VOLUNTÁRIO DAS MESMAS? \_\_\_\_\_

ATESTO A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI DESCRITAS BEM E DOU CIÊNCIA DO SIGILO SOBRE AS MESMAS.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Assistente Social

**ANEXO C - Ficha de avaliação psicológica****Nome:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Horário de início: \_\_\_\_\_ Horário de término: \_\_\_\_\_

Classe: 1. Inicial ( ) 2. Seguimento ( )

Especial: 1. Aluno finalizou ( ) 2. Aluno recusou ( ) 3. Aluno incapaz de responder ( )

**Informações gerais**

Endereço atual: \_\_\_\_\_

1. Há quanto tempo você reside nesse endereço? \_\_\_\_\_

2. Essa residência pertence a você/sua família? ( ) Não ( ) Sim

3. Preferência religiosa:

4. Você esteve em um ambiente controlado nos últimos 30 dias?

( ) Não ( ) Sim Especifique: \_\_\_\_\_

5. Quantos dias? \_\_\_\_\_

**Estado físico**

1. Quantas vezes você foi já hospitalizado por problemas clínicos? (incluir overdose, delirium tremens, excluir desintox) \_\_\_\_\_

2. Há quanto tempo foi sua última hospitalização por problemas físicos? \_\_\_\_\_

3. Você tem algum problema crônico de saúde que continua a interferir em sua vida?  
( ) Não ( ) Sim Especifique: \_\_\_\_\_

4. Você está tomando alguma medicação prescrita de forma regular para algum problema físico?

( ) Não ( ) Sim Especifique: \_\_\_\_\_

5. Em quantos dias você apresentou problemas de saúde nos últimos 30 dias? \_\_\_\_\_

Para as questões 6 e 7 solicite ao paciente que utilize sua escala de escore (0 a 10)

6. Quanto você foi incomodado ou atrapalhado por esses problemas de saúde nos últimos 30 dias? \_\_\_\_\_

7. Qual o grau de importância que o tratamento para esses problemas de saúde tem para você agora? \_\_\_\_\_

**Estado profissional e sustento**

1. Educação completada? ( ) Não ( ) Sim Especifique: \_\_\_\_\_

2. Você tem uma profissão, ocupação ou habilidade? ( ) Não ( ) Sim

Especifique: \_\_\_\_\_

3. Qual o tempo mais longo, em período integral, que você já esteve num trabalho?  
\_\_\_\_\_

4. Ocupação habitual (ou a última) Especifique: \_\_\_\_\_
5. Alguém contribui para o seu sustento?  
( ) Não ( ) Sim Especifique: \_\_\_\_\_
6. Isso constitui a maior parte de seu sustento? (Se item 6 for sim)  
( ) Não ( ) Sim
7. Padrão de emprego habitual, nos últimos 3 anos:  
( ) período integral (40h/semana) ( ) serviço militar  
( ) meio-período (horas regulares) ( ) aposentado/incapacitado  
( ) meio-período (irregulares, diárias) ( ) desempregado  
( ) estudante ( ) em ambiente controlado  
( ) Quantos dias você foi pago para trabalhar nos últimos 30? \_\_\_\_\_
8. Quantos dias você apresentou problemas no emprego nos últimos 30 dias? \_\_\_\_\_
- Para a questão 9 solicite ao paciente que utilize sua escala de escores (0 a 10)
9. Quanto você foi incomodado ou se aborreceu com problemas no emprego nos últimos 30 dias? \_\_\_\_\_

### Uso de drogas / álcool

	Últimos30 dias	Na vida anos	Via Adm
1. Álcool - qualquer uso			
2. Álcool - p/ intoxicação			
3. Opiáceos/analgésicos (morfina, codeína, heroína)			
4. Sedativos/calmanes			
5. Cocaína/crack			
6. Anfetaminas (rebite, êxtase, ice, ritalina, desobesi)			
7. Maconha ( <i>cannabis</i> )			
8. Alucinógenos (LSD, cogumelos, lírio)			
9. Inalantes (cola, loló, éter, lança)			
10. Mais de uma substância por dia (inclusive álcool)			
11. Cigarro			

11. Qual a substância que é o principal problema? \_\_\_\_\_

Codifique segundo o código acima ou com 00 Sem problemas

12. Álcool e Droga (dependência dupla): \_\_\_\_\_

13. Poliusuário (quando não estiver claro, pergunte ao paciente) \_\_\_\_\_

14. Quanto tempo durou o seu último período de abstinência voluntária desta principal substância? \_\_\_\_\_

15. Há quantos meses essa abstinência terminou? \_\_\_\_\_

16. Quantas vezes você teve:

delirium tremens alcoólico: \_\_\_\_\_

overdose de droga: \_\_\_\_\_

17. Quantas vezes você já foi tratado por:

Abuso de álcool: \_\_\_\_\_

Abuso de drogas: \_\_\_\_\_

18. Quantas dessas vezes foram apenas desintoxicações?

Álcool: \_\_\_\_\_

Drogas \_\_\_\_\_

19. Quanto você diria que gastou nos últimos 30 dias com:

Álcool: \_\_\_\_\_

Drogas: \_\_\_\_\_

20. Quantos dias você esteve em tratamento ambulatorial por álcool ou drogas nos últimos 30 dias? (incluir NA, AA) \_\_\_\_\_

21. Quantos dias, durante os últimos 30, você apresentou:

Problemas com álcool: \_\_\_\_\_

Problemas com drogas: \_\_\_\_\_

Para as questões 22 e 23 solicite ao paciente que utilize a escala de escores (0 a 10)

22. Quanto você foi incomodado ou se aborreceu nos últimos 30 dias com:

Problemas com álcool: \_\_\_\_\_

Problemas com drogas: \_\_\_\_\_

23. Qual a importância para você agora de tratamento para você agora? Qual objetivo?

Problemas com álcool: \_\_\_\_\_

Problemas com drogas: \_\_\_\_\_

### Estado legal

1. Essa admissão foi imposta ou sugerida pelo sistema de justiça criminal (juiz, oficial da condicional/liberdade vigiada, etc.)

( ) Não ( ) Sim Especifique: \_\_\_\_\_

2. Você está em liberdade condicional ou vigiada?

( ) Não ( ) Sim Especifique: \_\_\_\_\_

3. Quantas vezes em sua vida você foi preso e/ou acusado pelos seguintes delitos:

( ) Furtos em lojas/vandalismo

( ) Incêndio culposo

( ) Violação de liberdade

( ) Estupro

condicional/vigiada

( ) Homicídio, homicídio não-

( ) Porte de drogas

premeditado

( ) Falsificação

( ) Prostituição

( ) Ofensa armada

( ) Desacato a autoridade

( ) Saque, furto

( ) Outros

( ) Roubo

( ) Assalto

4. Quantas dessas acusações resultaram em sentenças? \_\_\_\_\_
5. Quantas vezes em sua vida você foi acusado dos seguintes delitos:
- ( ) Conduta desordeira, vadiagem, intoxicação em público \_\_\_\_\_
- ( ) Dirigir quando intoxicado \_\_\_\_\_
- ( ) Violações graves de trânsito (direção perigosa, alta velocidade, sem habilitação)
6. Quantos meses você ficou encarcerado na sua vida? \_\_\_\_\_
7. Quanto durou seu último encarceramento? \_\_\_\_\_
8. Qual o motivo? \_\_\_\_\_
9. Atualmente você está aguardando alguma acusação, julgamento ou sentença?
- ( ) Não ( ) Sim Especifique: \_\_\_\_\_
10. Por quê? \_\_\_\_\_
11. Quantos dias, nos últimos 30, você foi detido ou encarcerado? \_\_\_\_\_

### História familiar

Algum de seus parentes apresentou o que você chamaria de um problema significativo com álcool, uso de drogas ou psiquiátrico algo que recebeu ou deveria ter recebido tratamento?

LADO MATERNO				LADO PATERNO			
	ÁLCOOL	DROGAS	PSIQUIATRICO		ÁLCOOL	DROGAS	PSIQUIATRICO
AVÓ				AVÓ			
AVÔ				AVÔ			
MÃE				PAI			
TIA				TIA			
TIO				TIO			

PARENTES			
	ÁLCOOL	DROGAS	PSIQUIATRICO
IRMÃO # 1			
IRMÃO # 2			
IRMÃ # 1			
IRMÃ # 2			

### Relações familiares / sociais

1. Estado Civil: \_\_\_\_\_
2. Há quanto tempo você apresenta esse estado civil? (se nunca casou, desde 18 anos): \_\_\_\_\_
3. Você está satisfeito com esse estado civil?

( ) Não ( ) Indiferente ( ) Sim \_\_\_\_\_

4. Tem filhos? ( ) Não ( ) Sim Nomes / Idade: \_\_\_\_\_

4. Situação de moradia habitual (últimos 3 anos)

( ) Com parceiro sexual e filho ( ) Com amigos

( ) Apenas com parceiro sexual ( ) Sozinho

( ) Apenas com filho ( ) Ambiente controlado

( ) Com os pais ( ) Situação instável

( ) Com a família ( ) Outros

5. Há quanto tempo você está vivendo nesta situação? (se com os pais ou família, desde 18 anos): \_\_\_\_\_

6. Você está satisfeito com essa situação de moradia?

( ) Não ( ) Indiferente ( ) Sim \_\_\_\_\_

7. Você mora com alguém que Apresenta problema com álcool ou drogas no momento: ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

8. Com quem você passa a maior parte de seu tempo livre?

( ) Família ( ) Amigos ( ) Sozinho \_\_\_\_\_

9. Você está satisfeito em passar seu tempo livre dessa maneira?

( ) Não ( ) Indiferente ( ) Sim \_\_\_\_\_

10. Você teve períodos significativos nos quais apresentou problemas sérios de convivência com: 0. Não 1. Sim

	Últimos 30 dias	Na vida
a) mãe		
b) pai		
c) irmãos/irmãs		
d) parceiro sexual/esposo		
e) filhos		
f) outro familiar significativo		
g) amigos íntimos		
h) vizinhos		
i) companheiros de trabalho		

11. Alguma dessas pessoas abusou de você? ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

11a. Emocionalmente (fez você se sentir mal utilizando palavras rudes)? \_\_\_\_\_

11b. Fisicamente (causou em você dano físico)? \_\_\_\_\_

11c. Sexualmente (forçou aproximações sexuais ou atos sexuais)? \_\_\_\_\_

## Estado emocional

1. Quantas vezes você foi tratado por algum problema psicológico ou emocional?

Em um hospital: \_\_\_\_\_

Como paciente privado ou de consultório: \_\_\_\_\_

2. Você recebe pensão por alguma incapacidade psiquiátrica?

( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

Você teve um período significativo (que não fosse um resultado direto de uso de \*droga/álcool) no qual você apresentou: 0. Não \_ 1. Sim \_\_\_\_\_

	Últimos 30 dias	Na vida
3. depressão grave		
4. ansiedade ou tensão graves		
5. alucinações		
6. problemas de compreensão, concentração ou memória		
7. problemas em controlar comportamento violento		
8. pensamentos sérios sobre suicídio		
9. tentativas de suicídio		
10. recebeu prescrição de medicação para algum problema psicológico/emocional		
11. Em quantos dias dos últimos 30, você apresentou esses problemas psicológicos ou emocionais?		

12. Qual é a importância para você, agora, do tratamento para esses problemas psicológicos e da DQ? (De 0 a 10) \_\_\_\_\_

Por que? \_\_\_\_\_

Obs: Os itens seguintes devem ser preenchidos pelo entrevistador.

No momento da entrevista, o paciente estava: 0. Não 1. Sim

13. Obviamente deprimido/retraído: \_\_\_\_\_

14. Obviamente hostil: \_\_\_\_\_

15. Obviamente ansioso/nervoso: \_\_\_\_\_

16. Apresentando problemas na percepção da realidade, distúrbios de pensamento, pensamento paranoide: \_\_\_\_\_

17. Apresentando problemas de compreensão, concentração, memória: \_\_\_\_\_

18. Apresentando ideação suicida: \_\_\_\_\_

**Comentários:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Psicólogo(a)