

A FAMÍLIA E A DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: UMA ANÁLISE DO CONTEXTO FAMILIAR

FAMILY AND DEPENDENCE OF SUBSTANCES PSYCHOACTIVE: AN ANALYSIS OF THE FAMILY CONTEXT

FRANCIANE REGINA CHARLOIS ANTONIO*
TAMIRIS FERRAZ DE AGUIRRA DAMINELLO**
EUGÊNIA MARIA SELLMANN CHAVES***

RESUMO

O presente estudo foi realizado com dependentes de substâncias psicoativas e seus familiares em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad), no município de Bauru, com o objetivo de evidenciar a experiência da dependência química, na percepção de usuários e de seus familiares; caracterizar os usuários de drogas e seus familiares em atendimento ambulatorial; identificar os fatores que contribuíram para a dependência química; desvelar a importância da participação familiar no tratamento. A pesquisa caracterizou-se como descritiva com levantamento bibliográfico e de campo numa perspectiva quali-quantitativa, através de um contato direto com os sujeitos. A pesquisa de campo envolveu 10 usuários e 10 familiares de usuários em tratamento no CAPS ad. Os instrumentais utilizados foram observação, documentação, entrevista e formulário com perguntas abertas e fechadas.

Palavras – chave: Dependência química. Família. Substâncias psicoativas.

*Bacharelada em Serviço Social pelo Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social sob orientação da Professora Especialista Eugênia Maria Sellmann Chaves.

** Bacharelada em Serviço Social pelo Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social sob orientação da Professora Especialista Eugênia Maria Sellmann Chaves.

*** Possui graduação em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social de Bauru (1979) da Instituição Toledo de Ensino. Especialização em Toxicologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) (2000). Especialização em Gestão de Políticas Públicas e do Terceiro Setor pela Instituição Toledo de Ensino (2007). Atualmente é Assistente Social no Esquadrão da Vida de Bauru, docente do Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Atua como avaliadora do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior.

Conclui-se que a família é muito importante no tratamento da dependência química, desde o incentivo ao tratamento até a manutenção da abstinência para evitar recaídas. Entretanto, é importante que aquele que convive com o dependente não se esqueça de sua própria saúde e de seus interesses, sendo de extrema importância a família buscar ajuda para poderem ajudar o membro familiar que está passando pelo abuso e/ou dependência de substâncias psicoativas.

ABSTRACT

This study was conducted with psychoactive substance-dependent individuals and their families for treatment at (CAPS ad) Psychosocial Care Center Alcohol and Other Drugs, in the municipality of Bauru, in order to highlight the experience of addiction, to the perception of users and their families; characterize drug users and their families in outpatient; identify the factors that contributed to the addiction; reveal the importance of family participation in treatment. The research was characterized as descriptive bibliography and field in a qualitative and quantitative perspective, through direct contact with the subjects. The research involved 10 users and 10 families of users in treatment at CAPS ad. The instruments used were observation, documentation, and interview form with open and closed questions. We conclude that the family is very important in the treatment of chemical dependency, since the incentive to treatment by maintaining abstinence to prevent relapses. However, it is important that those who live with the dependent not forget your own health and their interests, it is extremely important the family seek help in order to help the family member who is going through the abuse and / or dependence on psychoactive substances.

Key-words: Addiction; Family; Psychoactive Substances.

1 INTRODUÇÃO

A família é considerada um dos principais pontos de referência na formação do cidadão. Por este, motivo, entre outros, ela se tornou tema de estudo e discussão nos mais diversos segmentos da sociedade.

As famílias têm sido postas a provação constantemente. Com certeza, a dependência química tem sido um dos seus adversários mais implacáveis. Ela ronda boa parte das famílias, e quando ataca, seus efeitos colaterais costumam ser devastadores.

A falta de conhecimento sobre a dependência química enquanto doença, desperta a idéia de que o dependente é um indivíduo irresponsável e que não se interessa pela família e pelo trabalho. Isto é visível, quando chegam ao ponto de perder os vínculos familiares, o emprego, o respeito, e a confiança das pessoas.

Segundo Mota (2007), a dependência química é considerada um problema de saúde pública, sendo uma questão muito complexa, devendo ser considerados a interação entre o agente (a droga), o sujeito (o indivíduo e a sociedade) e o meio (os contextos social, econômico e cultural)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que a dependência química é uma doença progressiva, incurável e fatal. Age silenciosamente, debilitando a parte física, espiritual e emocional das pessoas, porém, é passível de tratamento.

A prevenção e recuperação de dependentes químicos não podem ser relegadas a uma única célula social. Deve ser fruto de um trabalho integrado entre os órgãos públicos, a sociedade e a família. Além disto, a conscientização e a vontade de mudança do próprio dependente são fundamentais.

Neves e Miasso (2010) consideram como fato relevante que quando o indivíduo faz uso da droga, suas vivencias posteriores são influenciadas pelas concepções sobre a substância, tornando-se necessário conhecer o significado do próprio usuário e das pessoas próximas a ele, conhecendo as relações estabelecidas pelo sujeito ao longo de sua história com o consumo de drogas.

A família hoje é considerada um dos principais pontos de referência na formação do cidadão e aparece nas literaturas como um forte fator influente tanto no uso de drogas, como na

prevenção de tal uso, então iremos abordar a problemática vivenciada pela dependência de substâncias psicoativas junto a sua família.

A pesquisa se justifica pelo crescente número de pessoas dependentes de substâncias psicoativas, pela diversidade de drogas que vêm surgindo nos últimos anos e pela facilidade em adquiri-las. Ainda, porque na cidade de Bauru, são poucos os serviços disponíveis para usuários de substâncias psicoativas para tratamento e a seus familiares.

Para a sociedade em geral, a pesquisa abrirá horizontes para que se vislumbre o lugar e papel da família na recuperação e tratamento do dependente de substâncias psicoativas.

Fornecerá subsídios concretos, para elaboração e/ou reelaboração de projetos e programas, que intermedeiem conjuntamente com os governos, órgãos e serviços, iniciativas para melhoria dos serviços prestados junto às famílias e dependentes de substâncias psicoativas atendidas pelo Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS ad).

O interesse neste tema decorreu da prática vivida no estágio realizado em um CAPS ad para compreender os fatores que induziram o uso de drogas, a relação familiar antes e após a dependência química e de que forma a relação familiar pode contribuir para a recuperação e o tratamento de um membro dependente de substâncias psicoativas.

Trata-se de um estudo cujo objeto é o contexto familiar de usuários de substâncias psicoativas. Como problema, questionou-se de que forma a relação familiar pode contribuir para a prevenção e o tratamento de um membro dependente de substâncias psicoativas?

A hipótese sugerida é que a família é a principal aliada no processo de prevenção, tratamento e de reinserção social do dependente químico.

Constituiu-se como objetivo geral, evidenciar a experiência da dependência química, na percepção de usuários e de seus familiares e específicos, caracterizar os usuários de drogas e seus familiares em atendimento ambulatorial; identificar os fatores que contribuíram para a dependência química e desvelar a importância da participação familiar no tratamento da dependência química.

Para atingir os objetivos propostos, o trabalho foi estruturado de forma a apresentar fundamentação teórica sobre o tema estudado. A partir da introdução, desenvolvem-se no item dois as drogas: classificação e efeitos. O item três aborda o tratamento, a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad) e a rede de atenção para usuários de álcool e outras drogas em Bauru. O item quatro aborda a família e dependência de substâncias psicoativas. O item cinco apresenta

a metodologia e o caminho da pesquisa. O item seis apresenta o fruto da pesquisa realizada, ou seja, a análise dos dados obtidos, dispostos em eixos: caracterização dos sujeitos em tratamento no CAPS ad/Bauru e as análises categoriais temáticas dos usuários e familiares. Finalmente apresenta-se a conclusão do estudo.

2 DROGAS: CLASSIFICAÇÃO E EFEITOS

A palavra droga em linguagem comum tem um significado de coisa ruim, sem qualidade. Em linguagem médica, droga é sinônimo de medicamento e designada para apontar coisa boa, afinal serve para curar doenças.

O termo droga teve origem na palavra droog (holândes antigo) que significa folha seca; isto porque antigamente quase todos os medicamentos eram feitos a base de vegetais.

O uso de drogas que alteram o estado mental, também chamadas de substâncias psicoativas (SPA), se confunde com a própria história da humanidade, ou seja, o consumo de drogas sempre existiu, desde as épocas mais antigas e em todas as culturas e religiões.

Droga, segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993) é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento.

Existem várias formas de classificar as drogas, seja do ponto de vista da legalidade, quanto a sua origem e quanto ao mecanismo de ação.

Quanto à legalidade estabelece se o porte, o transporte e o consumo das drogas são legais ou ilegais, sendo:

- Drogas legais ou lícitas: são as drogas aceitas social e culturalmente. São aquelas comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição. Como por exemplo, álcool (venda proibida a menores de 18 anos) e alguns medicamentos que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial. Mantêm, de longe, a liderança no consumo da sociedade.
- Drogas ilegais ou ilícitas: são as drogas cujo porte, transporte, compra, guarda, comercialização, plantio ou até cessão grátis

constituem ilícito penal, conforme a lei federal 11343 de 23/8/2006.
(SENAD, 2008)

O uso de drogas lícitas ou ilícitas tem aumentado significativamente. Da mesma forma que os medicamentos são utilizados para todos os males, a droga também oferece uma maneira de atingir a felicidade, um sentimento de pertença, de possuir algo. O consumo faz com que as pessoas queiram cada vez mais, consumam cada vez mais, busquem o prazer e novas sensações, vivenciando a oportunidade de não serem quem são por alguns instantes. Estas sensações talvez sejam as buscadas quando se experimenta ou utiliza alguma droga.

Quanto à origem são classificadas em:

- Naturais: certas plantas contêm drogas psicoativas, sendo esta matéria prima usada diretamente com ou extraída e purificada. Exemplo: alguns cogumelos que possuem propriedades alucinógenas; trombeteira; chá do Santo Daime (Ayahuasca).
- Semi-sintéticas: resultado de reações químicas realizadas em laboratório nas drogas naturais. É o caso da cocaína, maconha, tabaco e álcool. Algumas são produzidas em escala industrial, como o cigarro e o álcool.
- Sintéticas: são produzidas, unicamente, por manipulações químicas em laboratórios e não dependem, para sua confecção, de substâncias vegetais ou animais como matéria-prima. Temos como exemplo o LSD e o ecstasy. Na categoria de droga sintética incluem-se também os calmantes e os barbitúricos ou remédios para dormir, fabricados pela indústria farmacêutica com finalidade médica.
(SENAD, 2008)

A classificação sobre o mecanismo de ação se baseia nas ações aparentes das drogas sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), conforme as modificações observáveis na atividade

mental ou no comportamento da pessoa que utiliza a substância. São elas: Drogas depressoras; Drogas estimulantes e Drogas perturbadoras. (NICASTRI et al., 2004)

Quadro 1: Classificação sobre o mecanismo de ação

DEPRESSORAS	ESTIMULANTES	PERTURBADORAS
diminuem a atenção, a concentração, a tensão emocional e a capacidade intelectual. É comum um efeito de euforia inicial, seguido de sonolência.	aumentam a atividade de determinados grupos de células nervosas, o que traz como consequência um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos.	provocam alterações no funcionamento do cérebro, fazendo com que passe a trabalhar de forma desordenada das quais resultam fenômenos psíquicos como delírios e alucinações.
Álcool	Cocaína/crack/oxi	Maconha e haxixe
Benzodiazepínicos	Anfetaminas	Anticolinérgicos
Barbitúricos		LSD
Opióides		Êxtase ou ecstasy
Solventes ou inalantes		Ayahuasca

Fonte: Nicastri et al., 2004

Algumas drogas cujos efeitos psicoativos não possibilitam sua classificação numa única categoria (depressoras estimulantes ou perturbadoras da atividade mental).

As drogas descritas a seguir são lícitas, ou seja, são comercializadas de forma legal.

- Tabaco

Um dos maiores problemas de saúde pública em diversos países do mundo, o cigarro é uma das mais importantes causas potencialmente evitáveis de doenças e morte.

Efeitos: doenças cardiovasculares (infarto, AVC e morte súbita); doenças respiratórias (enfisema, asma, bronquite crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica); diversas formas de câncer (pulmão, boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, rim, bexiga e útero).

Seus efeitos sobre as funções reprodutivas incluem redução da fertilidade, prejuízo do desenvolvimento fetal, aumento de riscos para gravidez ectópica (gravidez extrauterina, fora do útero) e abortamento espontâneo.

A nicotina é a substância presente no tabaco que provoca a dependência. Embora esteja implicada nas doenças cardiocirculatórias, não parece ser esta a substância cancerígena.

As ações psíquicas da nicotina são complexas, com uma mistura de efeitos estimulantes e depressores. Mencionam-se o aumento da concentração e da atenção e a redução do apetite e da ansiedade.

A nicotina induz tolerância e se associa a uma síndrome de abstinência com alterações do sono, irritabilidade, diminuição da concentração e ansiedade.

Fumantes passivos – existem evidências de que os não-fumantes expostos à fumaça de cigarro do ambiente (fumantes passivos) têm um risco maior de desenvolver as mesmas patologias que afetam os fumantes.

- Cafeína

É estimulante do SNC menos potente que a cocaína e as anfetaminas. O seu potencial de induzir dependência vem sendo bastante discutido nos últimos anos.

Surgiu até o termo “cafeinismo” para designar uma síndrome clínica associada ao consumo importante (agudo ou crônico) de cafeína, caracterizada por ansiedade, alterações psicomotoras, distúrbios do sono e alterações do humor.

- Esteróides anabolizantes

Embora sejam descritos efeitos euforizantes por alguns usuários dessas substâncias, essa não é, geralmente, a principal razão de sua utilização. Muitos indivíduos que consomem essas drogas são fisiculturistas, atletas de diversas modalidades ou indivíduos que procuram aumentar sua massa muscular. Podem desenvolver um padrão de consumo que se assemelha ao de dependência.

Efeitos adversos: diversas doenças cardiovasculares; alterações no fígado, inclusive câncer; alterações musculoesqueléticas indesejáveis (ruptura de tendões, interrupção precoce do crescimento).

Essas substâncias, quando utilizadas por mulheres, podem provocar masculinização (crescimento de pelos pelo corpo, voz grave, aumento do volume do clitóris). Em homens, pode haver atrofia dos testículos.

Tiba (2007), argumenta sobre a questão das drogas

A droga provoca prazer, mas não é boa, pois prejudica o corpo, a mente, a família e a sociedade. Quanto maior o uso, maior o prejuízo. Cada ser humano pode ter maior ou menor resistência à droga, mas ninguém consegue controlar as reações bioquímicas que ela provoca dentro do organismo.

A autoadministração de qualquer quantidade de substância psicoativa pode ser definida em diferentes padrões de uso de acordo com suas possíveis consequências. Atualmente os especialistas utilizam duas formas diferentes de categorizar e definir esses padrões. São elas: CID-10 (10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças da OMS) e o DSM-IV (4ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana).

Esses padrões acima, bem definidos por Ramos e Bertolote (1997), são aceitos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e muito difundidos no linguajar de quem lida com o assunto, apesar de não possuírem correspondência nos padrões classificadores de transtornos e doenças.

Este tipo de padronização não se constitui a partir de um transtorno ou doença, e está baseada na forma de uso e na relação que o indivíduo estabelece com a substância e suas consequências negativas, sendo: uso experimental, uso recreativo, uso controlado e uso social de drogas.

- Uso Experimental - os primeiros poucos episódios de uso de uma droga específica – algumas vezes incluindo tabaco ou álcool -, extremamente infrequentes ou não persistentes.

- Uso Recreativo - uso de uma droga, em geral ilícita, em circunstâncias sociais ou relaxantes, sem implicações com dependência e outros problemas relacionados, embora haja os que discordem, opinando que, no caso de droga ilícita, não seja possível este padrão devido às implicações legais relacionadas.

- Uso Controlado - refere-se à manutenção de um uso regular, não compulsivo e que não interfere com o funcionamento habitual do indivíduo. Termo também controverso, pois se questiona se determinadas substâncias permitem tal padrão.

- Uso Social - pode ser entendido, de forma literal, como uso em companhia de outras pessoas e de maneira socialmente aceitável, mas também é usado de forma imprecisa querendo indicar os padrões acima definidos.

- Uso nocivo/abuso e Dependência - esses padrões de uso estão representados nos sistemas classificatórios CID-10 (10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças da OMS) e o DSM-IV (4ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana). Podendo ser entendido como um padrão de uso onde aumenta o risco de consequências prejudiciais para o usuário.

De acordo com Laranjeira e Nicastri (1996) uso, abuso e dependência são três diferentes níveis relacionados ao consumo de drogas. Para os autores o uso diz respeito a utilização de qualquer substância correspondendo a um uso experimental, eventual ou recreativo. Abuso ou uso nocivo reflete um consumo que já apresenta algum dano ao indivíduo, e seu convívio, porém sem ainda caracterizar dependência. A dependência é classificada como um uso descontrolado de drogas que na maioria das vezes acarreta em sérias consequências para o usuário e terceiros.

Os limites são pouco nítidos entre o uso recreativo, o abuso e a dependência de substâncias psicoativas. Postula-se que sejam fenômenos que ocorram em um contínuo e que alguns parâmetros orientem a transição de um estágio para o outro, tais como o impacto funcional, as consequências e restrições decorrentes do consumo da substância, assim como o desenvolvimento de mecanismos fisiológicos de adaptação à presença da substância, como tolerância e abstinência (TAMELINI E MONDONI, 2013).

O abuso ou uso nocivo seria um momento intermediário entre o uso recreativo (de baixo risco, não sendo caracterizado como um problema médico) e a dependência. Já há prejuízo decorrente do consumo da substância, mas ainda há algum controle do indivíduo quanto à quantidade consumida e à duração dos efeitos.

A dependência de substâncias psicoativas é uma síndrome cujo elemento central é um desejo intenso de consumir a substância.

A dependência é uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância psicotrópica. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças CID-10 (OMS, 1993) os critérios, para um diagnóstico definitivo de dependência de substâncias psicoativas, só podem ser feitos se três ou mais dos critérios tiverem sido detalhados ou exibidos em algum momento do último ano.

Quadro 2: Critérios diagnósticos da CID-10

Um diagnóstico definitivo de dependência deve ser estabelecido apenas quando três ou mais dos seguintes fatores foram experimentados ou exibidos em algum momento durante o ano anterior:
Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância.
Dificuldades de controlar o comportamento de uso da substância quanto ao seu início, final ou níveis de uso.
Um estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância é interrompido ou reduzido, conforme evidenciado pela síndrome de abstinência característica da substância ou pelo uso da mesma substância a fim de evitar ou aliviar os sintomas de abstinência.
Evidência de tolerância, de modo que doses crescentes da substância psicoativa são necessárias para obter efeitos originalmente produzidos por doses menores.
11

Desinteresse progressivo por atividades ou prazeres alternativos em favor do uso de substância psicoativa; aumento do tempo necessário para obter ou usar a substância ou para se recuperar de seus efeitos.

Persistência no uso da substância a despeito de evidências claras de consequências danosas.

Fonte: Organização Mundial de Saúde, 1993

3 TRATAMENTO

A dependência é muito mais do que simples uso de drogas, deve ser entendida como uma doença biopsicossocial, formada por componentes biológicos, psicológicos e de contexto social que exige estratégias de abordagem que incluem, igualmente, elementos biológicos, psicológicos e sociais.

O tratamento de indivíduos com abuso e dependência de drogas inclui a realização de uma avaliação completa, o tratamento dos sintomas de intoxicação e da abstinência quando necessário, a avaliação da presença de comorbidades psiquiátricas e das condições médicas gerais, bem como o desenvolvimento e implementação de um plano de tratamento. As metas do tratamento dependem da faixa etária do indivíduo e do grau de comprometimento. Podem variar desde a abstinência completa de qualquer psicotrópico (especialmente para os mais jovens, que ainda estão em fase de desenvolvimento neurológico e cognitivo), passando pela redução do consumo e dos efeitos de tais substâncias, bem como da frequência e gravidade da recaída, até melhora no funcionamento psicológico e social.

Os princípios para um tratamento eficaz, segundo o National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2011, APUD OBID, 2013) são os seguintes:

1. Não há um tratamento único que seja apropriado a todos os indivíduos.
2. O tratamento deve estar sempre disponível.
3. O tratamento efetivo deve contemplar as várias necessidades da pessoa e não somente seu uso de drogas.

4. A proposta terapêutica deve ser continuamente avaliada e, se necessário, modificada para assegurar que se mantenha atualizada de acordo com as necessidades do indivíduo.
5. É importante que o indivíduo permaneça no tratamento durante um período adequado.
6. O aconselhamento (individual ou em grupo) e outras terapias comportamentais são componentes indispensáveis para o tratamento eficaz da dependência.
7. Para muitos indivíduos, os medicamentos são importante elemento no tratamento, especialmente quando combinados com aconselhamento e outras terapias comportamentais.
8. Indivíduos com abuso ou dependência de drogas em comorbidade com outros transtornos mentais devem ser tratados de maneira integrada.
9. A desintoxicação é somente a primeira etapa do tratamento para dependência e, por si só, pouco modifica o consumo de drogas em longo prazo.
10. O tratamento não precisa ser voluntário para ser eficaz.
11. O possível uso de drogas durante o tratamento deve ser monitorado continuamente.
12. Os programas de tratamento devem incluir exames para HIV/AIDS, hepatite B e C, tuberculose e outras doenças infecciosas, bem como aconselhamento, para auxiliar o indivíduo a modificar ou substituir os comportamentos que o colocam, e os outros, em risco de infecção.
13. A recuperação da dependência de drogas pode ser um processo longo e frequentemente requer múltiplas tentativas de tratamento.

De acordo com as recomendações da Associação Psiquiátrica Americana os programas de tratamento eficazes para abuso e dependência de drogas tipicamente incorporam muitos componentes, cada um direcionado a um aspecto particular da doença e suas consequências.

Existe extensa evidência de que o tratamento para dependência de drogas é tão eficaz quanto os tratamentos para a maioria das condições médicas crônicas. Muitos, porém, não acreditam nisso, em parte devido a expectativas irreais. Várias pessoas relacionam a dependência a simplesmente usar drogas e, com isso, esperam que o problema seja resolvido rapidamente. Se isso não ocorre, o tratamento é falho.

Entretanto, visto que a dependência é uma doença crônica, o objetivo final de abstinência em longo prazo requer, frequentemente, múltiplas e repetidas tentativas de tratamento.

3.1 Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde

A história das políticas de saúde mental no Brasil é marcada por embates e disputas de diferentes interesses, o que levou à mobilização de diversos setores da sociedade para que houvesse um cuidado mais digno e humanizado aos portadores de sofrimento mental. Esse movimento ficou conhecido como Luta Antimanicomial e propôs as mudanças para a Reforma Psiquiátrica (RP), que, de modo geral, defendia a inversão do sistema de manicômios fechados para o tratamento de portadores de sofrimento mental, os quais, na maioria das vezes, eram excludentes e desumanizados. Com o passar do tempo, graças a experiências exitosas que aconteceram no Brasil, foi possível a formulação da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Amarante (1995) cita no livro “LOUCOS PELA VIDA” que a cidade de Bauru foi palco do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental. O Congresso adotava o lema “Por uma sociedade sem manicômios!” e foi um marco decisivo para a Reforma Psiquiátrica brasileira. A Carta de Bauru foi um documento redigido durante o evento, realizado entre os dias 3 e 6 de dezembro de 1987, que apresentou os princípios do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Na época o Secretário de Saúde de Bauru, o médico David Capistrano da Costa Filho abriu espaços para que o movimento ocorresse de forma efetiva e implantou o primeiro Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) em Bauru, em novembro de 1987.

Para a Agrega Consultoria em Habilitação e Reabilitação Profissional, a Carta de Bauru foi um marco que representa um avanço na luta pelos direitos humanos no Brasil. Ou seja, ao contrário da exclusão e da violência, trabalha-se em prol da cidadania e do cuidado.

A política voltada para os usuários de álcool e outras drogas está articulada a essa política. Um importante marco institucional é a Lei 10.216/2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, entre elas os usuários de álcool e outras drogas, destacando que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento de ações de assistência e promoção de saúde a tal população. Essa lei direciona também o modelo assistencial em saúde mental, de acordo com os preceitos do movimento da Reforma Psiquiátrica, voltada para a criação de uma rede assistencial baseada em dispositivos extra hospitalares.

Especificamente em relação às políticas sobre álcool e outras drogas, outro marco legislativo relevante é a Lei 11.343/2006, que prescreve medidas para prevenção do uso de drogas, atenção e reinserção social de usuários e dependentes, bem como estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. Segundo essa lei, o usuário e o dependente de drogas que, em razão da prática de infração penal, estiverem cumprindo pena privativa de liberdade ou submetidos a medida de segurança têm garantidos os serviços de atenção a sua saúde, definidos pelo respectivo sistema penitenciário. Além disso, a mesma lei faz a distinção entre usuários/dependentes de drogas e traficantes. Embora o porte continue sendo caracterizado como crime, usuários e dependentes não estão mais sujeitos à pena privativa de liberdade, mas, sim, a medidas socioeducativas.

Desse modo, há a superação do modelo moralizante do cuidado e o resgate da cidadania dos usuários como sujeitos com plenos direitos, inclusive o de se cuidar. Da perspectiva teórico-prática, a política do Ministério da Saúde baseia-se nos princípios de redução de danos, tendo em vista o rompimento com as metas de abstinência como única possibilidade terapêutica.

O aparato organizativo pensado para implementar a política e promover a Reforma Psiquiátrica foram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados pela portaria Geral Ministerial (GM) 336 de 19 de fevereiro de 2002.

Segundo o Ministério da Saúde (Portaria nº 336/GM, 2002) existem cinco tipos de CAPS diferentes, cada um com uma clientela diferenciada (adultos, crianças/adolescentes e

usuários de álcool e outras drogas) a depender do contingente populacional a ser coberto e do período de funcionamento (diurno ou 24h).

- CAPS I - são serviços para cidades com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, que devem dar cobertura para toda clientela com transtornos mentais severos durante o dia (adultos, crianças e adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas).

- CAPS II - são serviços para cidades com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e atendem durante o dia clientela adulta.

- CAPS III – são serviços 24h, geralmente disponíveis para cidades com população acima de 200.000 habitantes, que atendem clientela adulta.

- CAPSi – são serviços para crianças e adolescentes, em cidades com população de 200.000 habitantes, que funcionam durante o dia.

- CAPS ad – são serviços para pessoas com problemas pelo uso de álcool ou outras drogas, geralmente disponíveis em cidades com população de 70.000 habitantes. Funciona durante o dia.

A portaria aponta que todos os tipos de CAPS são compostos por equipes multiprofissionais, com presença obrigatória de psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, aos quais se somam outros profissionais do campo da saúde. A estrutura física dos CAPS deve ser compatível com o acolhimento, desenvolvimento de atividades coletivas e individuais, realização de oficinas de reabilitação e outras atividades necessárias a cada caso em particular.

Além disso, os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II devem estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não intensiva. Entende-se por atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário, semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS, não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor.

A portaria aponta, ainda, que cabe ao CAPS ad instituir-se como centro de referência no sistema de saúde mental, sendo responsável pela organização, regulação, supervisão e coordenação da rede assistencial no âmbito de sua territorialização, de acordo com o número

de habitantes e de CAPS. Por isso, é indispensável que o CAPS ad esteja interligado a toda rede de saúde, educação e ação social.

Sendo assim, o CAPS ad do município de Bauru atua de forma articulada a outros dispositivos assistenciais em saúde mental (ambulatorios, leitos em hospital geral, hospitais dia, hospital psiquiátrico) e da rede básica de saúde (unidades básicas de saúde, etc.), bem como ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, também se articulam em torno dos dispositivos de suporte social já existentes nas comunidades, configurando redes flexíveis de cuidados, que possam responder por um determinado território populacional, e que se remodelem de forma dinâmica, mediante a necessidade de inclusão/exclusão de novos serviços e formas de cuidado, de forma pareada pela demanda assistencial.

Da perspectiva de trabalho em rede e de atenção integral, cada vez mais se procura articular as atividades e ações de saúde mental com os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). A reinserção social dos portadores de sofrimento mental deve ser realizada na comunidade onde vivem, e os serviços de APS, como as equipes de saúde da família, podem desempenhar papel fundamental nesse processo.

Segundo o Ministério da Saúde, os serviços de base comunitária devem articular-se em rede para que a Reforma Psiquiátrica possa ser consolidada. A rede extra hospitalar de atenção à saúde mental deve ser composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Programas de Saúde da Família (PSF) e Ambulatórios de Saúde Mental. A rede de atenção à saúde mental de acordo com a visão do MS é ilustrada na figura 1. Notar a ausência dos hospitais psiquiátricos, apesar da Lei nº 10.216 incluí-los na rede de atenção à saúde mental e também das Comunidades Terapêuticas, a despeito de estarem inseridas no Programa Crack é Possível Vencer e o convênio regulamentado pelas Portarias nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e nº 131, de 26 de janeiro de 2012.



Fonte: Ministério da Saúde

A Política de Álcool e outras Drogas é intersetorial e inclusiva, com ações em várias áreas: saúde, justiça, educação e social. Por meio do estabelecimento dessa rede de atenção integral ao usuário e da articulação do CAPS ad com outros níveis de atenção à saúde e setores da sociedade, a política preconiza que a assistência deve pautar-se por ações de prevenção, tratamento e reinserção social.

Atualmente o município de Bauru conta com 344.039 habitantes (IBGE, 2010), e uma rede de Saúde Mental composta por: Ambulatório Regional de Saúde Mental, equipes mínimas de saúde mental, Pronto Socorro Central, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad), Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS – I), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i), Ambulatório Municipal de Saúde Mental, serviço de Residência Terapêutica, Hospital Manoel de Abreu, Comunidades Terapêuticas e convenio com o Hospital Tereza Perlati do município de Jau.

3.2 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS ad/Bauru

O CAPS ad foi regulamentado pela portaria Geral Ministerial (GM) 336 de 19 de fevereiro de 2002, no mesmo ano foi implantado o serviço no município de Bauru.

O CAPS ad é a porta de entrada da Rede de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas.

O objetivo geral do CAPS ad do município de Bauru é assumir de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas, como um problema de saúde pública.

Para definir as suas estratégias de atuação, o CAPS ad considera obrigatoriamente que a atenção psicossocial a pacientes que apresentam uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas deve ocorrer em ambiente comunitário, de forma integrada à cultura local, e articulada com o restante das redes de cuidados em álcool e drogas e saúde mental, o mesmo deve ocorrer em relação a iniciativas relativas à rede de suporte social. Desta forma, poderá organizar em seu território de atuação os serviços e iniciativas que possam atender às múltiplas necessidades dos usuários de serviços, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos.

O CAPS ad oferece atenção ambulatorial diária aos dependentes químicos, desenvolvendo uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), até atendimentos em grupos ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também oferecem leitos para desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem deste tipo de cuidados, e que não demandem por atenção clínica hospitalar e é responsável pela organização da rede local de serviços.

Por sua característica de serviço aberto e comunitário, o CAPS ad oferece programas terapêuticos de menor nível de exigência, portanto disponíveis a mais pessoas da comunidade. As modalidades de cuidados para álcool e outras drogas nestas unidades obedece a uma lógica de redução de danos, seja esta relativa a práticas voltadas para DST/HIV/AIDS, seja em relação ao próprio uso indevido de álcool e outras drogas.

Desta forma, o CAPS ad utiliza dos recursos terapêuticos disponíveis para promover, o mais amplamente possível, a reabilitação psicossocial e a reinserção social de seus usuários.

O atendimento é destinado a qualquer cidadão do município de Bauru que tenha complicação na saúde devido ao uso indevido de álcool e outras drogas, adolescentes, adultos e idosos de ambos os sexos. Entre seus atendimentos, destacam-se:

- Acolhimento: Valoriza o que o paciente sabe, pensa e sente a respeito do seu problema, facilitando desta forma a formação de um vínculo de confiança com a equipe.
- Atendimento Intensivo: Trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua.
- Atendimento Semi-intensivo: Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia.
- Atendimento não intensivo: Oferecido quando a pessoa não necessita de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho.
- Psicoterapia de Grupo: trabalha a ambivalência, adesão e motivação, fornece informações sobre dependência química e problemas relacionados as drogas, troca de depoimentos interpessoais.
- Grupo de Manutenção: Auxilia o indivíduo a desenvolver um senso de controle sobre seu comportamento adicto, pois passa a contar, medir e definir esse comportamento além de transforma-lo.
- Grupo de Orientação Familiar: O grupo tem como objetivo incrementar a qualidade nas relações, orientando sobre condutas mais adequadas para a família, obtendo ganhos tanto para os familiares, como para os pacientes.
- Grupo de Redução de Danos de álcool e outras drogas: São atendimentos com projetos terapêuticos mais flexíveis e de menor exigência, que estão voltados não para a abstinência como objetivo principal, mas para a defesa de sua vida.
- Atendimento individual: Realização de intervenções breves com o objetivo de informação acerca do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas.
- Visitas e atendimentos domiciliares: Um recurso para reconhecer a realidade social quando avaliada a necessidade pelo profissional de serviço social.

- Benefícios: Passe saúde, TFD (Tratamento Fora do Domicílio), ambulâncias e viaturas quando delas necessitar.

Os usuários do serviço em grande parte é a população mais excluída da sociedade, recebendo por mês, cerca de 800 dependentes químicos em busca de ajuda. Desse total, aproximadamente, 10% são alcoolistas puros. Outros 50% fazem uso do álcool junto com outra droga. O restante é usuário de crack, sendo a maioria do sexo masculino com idade entre 19 a 40 anos.

Sua Equipe Técnica conta com Médicos Psiquiatras, Médico Clínico, Enfermeiras, Psicólogas, Fonoaudiólogas, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social, Auxiliares de Enfermagem, Agente Administrativo, Atendente de Recepção, Estagiários de Serviço Social, Servente de Limpeza e Vigia.

O serviço social no CAPS ad tem como objetivo analisar e compreender criticamente a realidade, nela intervindo de forma propositiva respondendo às demandas sociais emergentes em face das expressões da “questão social”, assim contribuindo para o desenvolvimento e transformação social.

Por meio de políticas sociais, de forma organizada e planejada, tem o objetivo de garantir direitos e assistência para toda população desamparada, posicionando em favor da equidade e da justiça social mantendo o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população.

A assistente Social promove à inserção social das pessoas dependentes de substâncias psicoativas por meio de ações intersetoriais dando suporte à atenção à saúde mental na rede básica para garantir o cumprimento dos princípios do sistema único de saúde (SUS).

As principais ações desenvolvidas pela a assistente social são:

- Entrevistas;
- Palestras Educativas;
- Encaminhamentos;
- Visitas domiciliares e institucionais;
- Grupos Terapêuticos;
- Estudo social;

- Informações sobre benefícios previdenciários; Informações sobre benefícios sociais (sistema SUAS); Documentações e Relatórios.

São desenvolvidas essas ações conforme a necessidade do usuário e da família quanto a seus direitos e deveres.

3.3 Hospital Manoel de Abreu

No município de Bauru contamos com o Hospital Estadual Manoel de Abreu (HEMA), administrado pela Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP) e Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (FAMESP).

Desde 2011, dez dos 57 leitos do HEMA estão destinados ao acolhimento de pacientes dependentes químicos encaminhados pelo CAPS ad e região de abrangência que os acompanhará após o período de desintoxicação.

Os dependentes ficarão internados para tratamento de desintoxicação por um período de 5 a 15 dias, sendo acompanhados por equipes formadas por médicos, enfermeiros e um psiquiatra.

O HEMA também é referência em internação de clínica médica e moléstias infecciosas para pacientes oriundos dos 68 municípios do Departamento Regional de Saúde de Bauru/DRS-VI.

Possui atualmente 57 leitos e uma equipe de mais de 160 funcionários altamente capacitados para prestar assistência em saúde com qualidade, além de contar com o apoio de voluntários para melhor acolher os pacientes durante o período de internação.

3.4 Hospital Thereza Perlatti

A Associação Hospitalar Thereza Perlatti de Jaú também realiza atendimento especializado em saúde mental à portadores de dependência química e transtornos mentais encaminhados pelo CAPS ad.

Possui suas edificações divididas em unidades específicas de acordo com a patologia, unidade de pacientes em crises agudas e crônicas masculino e feminino, unidade de desintoxicação para dependência química masculino e feminino, unidade de neurologia, clínica de repouso reviver – unidade de geriatria e hospital dia.

As internações para desintoxicação são destinadas a casos de urgência e emergência com o objetivo de tratar o paciente em ambiente hospitalar o menor tempo necessário para sua recuperação.

A Associação conta com uma equipe multidisciplinar que utiliza de metodologia psicodinâmica e medicamentosa em conformidade com a atual política de Saúde Mental, preconizando a transição do modelo asilar para um modelo terapêutico aberto, garantindo a manutenção e preservação da identidade e respeito aos direitos de cidadania do paciente.

A rede em questão obedece aos desígnios da Reforma Psiquiátrica, sempre buscando viabilizar a substituição do modelo assistencial vigente em saúde mental - ainda predominantemente hospitalocêntrico – por redes de atenção especializadas e compostas por dispositivos extra hospitalares.

3.5 Comunidade Terapêutica

Em Bauru, a Secretaria Municipal de Saúde mantém convênio com três serviços de Acolhimento Institucional em Comunidade Terapêutica, sendo: dois masculinos e um feminino, totalizando 50 vagas masculinas e 15 femininas, administradas pelo CAPS ad.

As Comunidades Terapêuticas (CTs) surgiram, no Brasil, na década de 70, em virtude do vácuo deixado pelo governo que oferecia somente um modelo de tratamento aos dependentes de álcool e outras drogas – o tratamento tradicional do Hospital Psiquiátrico¹, que dava o mesmo atendimento para as pessoas com transtornos mentais e os dependentes de drogas. Surgiram antes mesmo de existir qualquer política pública de atenção à dependência de substâncias psicoativas no país.

A nomenclatura Comunidade Terapêutica tornou-se oficial a partir das Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) 101 de 30 de maio de 2001 e 29 de 30 de junho de 2011 que

¹ Filme Bicho de Sete Cabeças, 2000.

conceituam Comunidade Terapêutica como “serviço de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial”, reconhecendo a existência e o trabalho destas instituições e estabelecendo um modelo básico para o seu funcionamento: o psicossocial, garantindo o caráter terapêutico de suas ações.

A Comunidade Terapêutica considera o consumo de drogas como um fenômeno complexo, reconhece o dependente de substâncias psicoativas como cidadão, sujeito de direitos, tem como foco de trabalho o indivíduo e a família, o consumo de drogas é apenas o sintoma - a questão é a pessoa inteira, com uma vida em crise, incapaz de manter-se abstinente, seriamente disfuncional do ponto de vista social e interpessoal, tomando atitudes e condutas antissociais. Embora tenha um programa padrão, as estratégias são diversificadas, centradas nas necessidades de cada um. A meta é a abstinência e o espaço de intervenção é institucional e comunitário. As comunidades terapêuticas utilizam a comunidade como agente chave do processo de mudança, eis o seu método e seu diferencial maior em relação às demais modalidades de tratamento. (DE LEON, 2003).

As CTs atenderam até 2010 via Política de Assistência Social e a partir de 2011 via Política da Saúde.

As CTs não constituem um retrocesso à chamada Reforma Psiquiátrica. Elas se tornam necessárias e de fundamental importância fazendo parte da Rede de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas quando outros serviços não atingem seus objetivos.

De acordo com Chaves e Chaves (2005) as primeiras instituições no Brasil foram:

- Movimento Jovens Livres – Missionária Ana Maria Brasil – Goiânia/GO, 1968.
- S 8 – Pastor Jeremias Fontes – Niterói/RJ, 22 de setembro de 1971.
- Esquadrão da Vida de Bauru – Edmundo Muniz Chaves – Bauru/SP, 26 de junho de 1972.
- Desafio Jovem de Brasília – Pastor Galdino Moreira Filho – Brasília/DF, 30 de setembro de 1972.
- Desafio Jovem Peniel – Pastor Reuel Feitosa – Belo Horizonte/MG – 1972.
- Desafio Jovem de Rio Claro – Sra. Vera Lúcia Silva – 1975

- Movimento de Libertação de Vidas - MOLIVI – Pastor Nilton Tuller – Maringá/PR, 1975.
- PINEL – Porto Alegre/RS – Hospital psiquiátrico que em 1975 passou a atender separadamente dependentes de substâncias psicoativas das pessoas com transtornos mentais.
- Associação Promocional Oração e Trabalho – APOT - Fazenda do Senhor Jesus - Padre Haroldo J. Rahm – Campinas/SP, 28 de maio de 1.978.
- Centro de Tratamento Bezerra de Menezes – Fundado em 1968 como Hospital Psiquiátrico, em 1979 passou a atender separadamente dependentes de substâncias psicoativas das pessoas com transtornos mentais.
- Sociedade Cruz Azul no Brasil – Panambi/RS, agosto de 1983.

4 FAMÍLIA E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Gomes (1987), define família como um sistema semi aberto, onde ninguém é mais que ninguém, todos são iguais. Da mesma forma que ganha vários benefícios da sociedade, também fornece. Já Minuchin (1990) coloca que a família é um sistema aberto em constante transformação, tentando adaptar-se às diversas situações existentes em seu desenvolvimento. Para o autor, a estrutura familiar tem a finalidade de organizar os membros da família para uma melhor interação.

Segundo Osório e Blefari (2002), etimologicamente a palavra família tem sua origem no vocábulo *famulus* que significa servo ou escravo, sugerindo que, primitivamente, a família era considerada um conjunto de escravos ou criados de uma mesma pessoa, de onde viria, também, a natureza possessiva das relações familiares desde os povos primitivos. A mulher devia obedecer a seu marido como seu amo e senhor e os filhos pertenciam a seus pais.

Um fato de grande importância foi a Revolução Industrial, pois a partir deste marco histórico as transformações se tornaram ainda mais nítidas no que se refere ao conceito de “família”.

Segundo Sart (2007), antes da invenção das máquinas as economias eram artesanais e agrícolas, e os papéis familiares eram divididos e subdivididos de tal maneira que, o homem, pai de família, era responsável pelo sustento da sua esposa e de seus filhos. A mulher por sua vez, era criada para cuidar da casa e de seus filhos, ser bondosa e obediente ao seu esposo.

A família possuía uma configuração de composição que configurou um padrão de “família nuclear burguesa”, em que toda e qualquer família, considerada “normal” deveria ter em sua composição, um homem e uma mulher e filhos. Estrutura essa que desde a época colonial no Brasil, a família era formada pelo pai, mãe e pelos filhos consanguíneos, frutos do casamento do casal, denominações essas baseadas nos primórdios bíblicos, morais e religiosos instalados na sociedade, inseridos com o trabalho dos jesuítas no Brasil, que chegaram com o propósito de evangelizar os índios. Se as famílias não estivessem dentro desse “modelo” eram tidas como desajustadas, irregulares. As mulheres que fugissem desse padrão eram vistas com grande preconceito na sociedade e os filhos por sua vez, como “coitadinhos”, aquele que não tivesse uma boa estrutura familiar teria problemas futuros, com problemas emocionais, sociais e educacionais devido ao processo de separação dos pais.

Após a Revolução Industrial essa visão foi se modificando, a agricultura não era mais o ponto fundamental da economia, muitas famílias deixaram os campos agrícolas para viverem nos centros urbanos industriais.

Dentro desse breve contexto podemos então começar a compreender as transformações sociais e familiares que estão se expressando nos dias atuais.

As mudanças ocorreram de forma gradativa, hoje é grande o número de famílias monoparentais, denominado este termo por constituir por um dos responsáveis, o pai e ou a mãe. Esta constituição de família pode ser transformada em “recompostas” a partir do momento em que o responsável pela família venha a se casar ou viver um concubinato (art. 1727- CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO).

Nas famílias modernas, nasce o valor da família com a função primordial de promover a educação e proporcionar bem-estar às crianças. Mediante isso Blefari (2002) menciona que a família já passou pelas eras patriarcal, matriarcal e hoje vive a era filial, onde quem manda é o filho.

A família hoje já não segue mais o modelo padrão, até porque não existe um modelo único de família, e sim várias formas, que construímos no nosso dia-a-dia, no meio social em

que vivemos de acordo com nossos costumes, crenças e valores. Ao reportar-se sobre o assunto, Rodrigues et al (2000, p.41-42) apresenta os seguintes tipos de famílias:

- Nuclear: também chamada de bi parental, composta pelo pai, mãe e filhos. Nela se destacam as funções sociais, política, sexual, econômica, reprodutiva e educativa.
- Extensas ou ramificadas: neste tipo de arranjo familiar, estão incluídas diferentes gerações na mesma família;
- Associativas: é o tipo de família na qual, as pessoas com as quais existem estreitos afetivos, também estão inseridos como membros;
- Adotivas: atribui-se esta denominação ao conjunto de pessoas que, ao se encontrarem, desenvolvem afinidades, passam a conviver considerando-se uma mesma família, independentemente de qualquer consanguinidade. Tendo-se, por exemplo: estudantes que vivem em residências universitárias ou que dividem apartamento ou outros espaços residenciais;
- Duais ou monoparentais: este tipo de arranjo familiar é assim denominado por ser aquele formado por apenas dois membros: mãe-filho, pai-filho, esposo-esposa / companheiro-companheira;
- Ampliadas: são as famílias formadas sem necessidade de haver espaço físico comum, nem de desempenhar todas as funções tradicionais em conjunto. As pessoas se consideram como parentes, "psicologicamente falando".
- Recompuestas: são àquelas famílias (marido, esposa e filhos ou um dos). Cônjuges e filhos, que após uma primeira experiência não bem-sucedida. Fazem uma nova tentativa com o mesmo ou com outro cônjuge;
- Homossexuais: este tipo de família resulta da unido de pessoas do mesmo sexo. É uma prática que começa a se difundir na sociedade pós-moderna, conforme registros da imprensa falada e escrita.

A família é uma sociedade humana, onde os indivíduos interagem diretamente, através de relações emocionais e da história de que ambos fazem parte. A dependência química ronda boa parte das famílias, quando ataca seus efeitos colaterais costumam serem devastadores.

A família aparece na literatura como um forte fator influente tanto no uso de drogas, como na prevenção de tal uso, pois é considerada um dos principais pontos de referência na formação do cidadão.

Tiba (2007) fornece em relação à família, a seguinte contribuição:

Quem tem a família de si não precisa ficar grudado nela. Ele leva para a escola e para a sociedade essa segurança. O sentimento de pertencer dá ao ser humano o sentido de existência individual e social. Ele é tão importante que a pessoa que o tem forte dentro de si não cede a nenhuma droga, pois introjeta os valores estabelecidos pelo grupo. E isso é parte da felicidade. Quem é feliz não usa drogas! (TIBA, 2007, p. 265)

De acordo com Pratta e Santos (2006), na busca por causas que levam o usuário a estabelecer o primeiro contato com as drogas, um novo aspecto é apresentado: o fator familiar. A família, fornecedora de modelos, influencia e pode ser determinante para que o adolescente se envolva ou não com as drogas, representando causa ou prevenção para as mesmas.

Paiva e Ronzani (2009), afirmam que a família tem forte fator influente, assim como os diferentes estilos parentais de socialização. Na consideração sobre os fatores relacionados ao consumo de drogas, a família deve ser considerada.

De acordo com Guimaraes et al. (2009), o monitoramento parental, ou seja, o interesse que os pais demonstram em relação a vida cotidiana do filho é uma importante prática educativa e influencia na dependência de drogas. Uma supervisão parental inadequada, com vigilâncias e ordens excessivas e/ou falta de regras e limites, está estritamente associada com o abuso de drogas dos filhos.

Benchaya et al. (2011), considera que a adolescência promove diversas transformações e adaptações interpessoais, sendo necessário, portanto que a família esteja preparada para acolher e orientar o jovem em um momento tão complexo e com sentimentos tão diversos.

Bertoni e Adorni (2010) argumentam que pensando em uma das estratégias possíveis para a solução das consequências negativas decorrentes do uso de drogas destaca-se a prevenção, visando promover e resguardar os direitos referentes a vida e a saúde.

Os autores consideram que a prevenção pode ser analisada através de três níveis: primária, secundária e terciária. A prevenção primária objetiva evitar o problema, ou seja, prevenir antes que seja iniciado o uso de drogas. A secundária acontece quando já existe um

início de consumo. A terciária é apresentada quando a dependência de drogas já se estabeleceu, visando orientar os sujeitos a melhorarem e buscarem apoio adequado, na busca por recuperação e reintegração social.

O aumento do consumo de drogas, principalmente de forma individualizada e abusiva, bem como o tráfico de substâncias ilícitas passou a ser assunto constante em noticiários de televisão, revistas e diversos meios de comunicação, se tornando tema atual e que levanta diversas polemias. As pessoas usuárias de drogas passam a fazer parte da vida de todos nós, é comum encontra-las no nosso meio social, ou até mesmo familiar.

Segundo Caldeira (1999), refere que as proporções que o fenômeno do consumo abusivo de substâncias psicoativas atingiu, trouxe para dentro das famílias o medo, a insegurança e a sensação de impotência diante da possibilidade de seus jovens utilizarem as drogas.

Campos (2004) refere que mesmo que só um membro da família tenha desenvolvido a dependência, todos precisam de tratamento, pois a família adoce junto.

Segundo Pires (2012), a família pode ajudar o dependente químico desde o começo, incentivando-o na busca por tratamento. Isto não deve se confundir com tentar controlá-lo ou dedicar sua vida a esta causa. Motivá-lo ao tratamento significa neste contexto oferecer apoio para quando for solicitado e estimular comportamentos que distanciem o indivíduo das drogas e o aproximem da procura por tratamento. Ao mesmo tempo, comportamentos compatíveis com a manutenção da dependência química não devem ser estimulados.

Durante o tratamento, o apoio familiar pode ajudar o dependente químico a superar seu problema. Após o tratamento, no período de manutenção da abstinência, a compreensão da família também é importante. Entender que o dependente químico pode ter vontade de usar droga permite que ele seja honesto e tenha alguém com quem conversar nos momentos de fissura.

A família pode ser muito importante no tratamento da dependência química, desde o incentivo ao tratamento até a manutenção da abstinência. Entretanto, é importante que aquele que convive com o dependente não se esqueça de sua própria saúde e de seus interesses.

Kalina (1999) concorda com esta ideia e acrescenta que é muito difícil conseguir ajudar o dependente químico se a família não buscar ajuda, sendo que uma das estratégias utilizadas é a terapia familiar.

De acordo com Orth (2005), o tratamento para a família é focado na mudança, crescimento e transformação para poderem ajudar o membro familiar que está passando pela situação de dependência.

5 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva, pois descreve as características das famílias e dependentes de substâncias psicoativas atendidos no CAPS ad, tendo como procedimentos técnicos a pesquisa bibliográfica e a de campo.

Em relação a parte teórica foram utilizados livros, revistas especializadas, legislação, dicionários e também outros materiais disponibilizados na internet. Os acervos utilizados foram da Biblioteca 1º de Agosto, situada no Centro Universitário de Bauru – ITE, a internet e também, acervo próprio.

A pesquisa de campo foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas (CAPS ad) com uma amostra de 20 sujeitos, sendo 10 usuários de substâncias psicoativas em tratamento no CAPS-ad e 10 familiares, contendo uma perspectiva quali quantitativa, através de um contato direto com os sujeitos.

O paradigma qualitativo caracteriza-se pela compreensão das ciências humanas e sociais, valorizando a historicidade, a totalidade e a subjetividade, amparando-se na abordagem da dialética. A metodologia se pautou, portanto, no método dialético, que apreende a realidade, as interpretações possibilitam maior interação entre pesquisador, sujeito e realidade, numa visão de totalidade.

A opção pelo método dialético encontra-se estreitamente vinculado por se viver em uma sociedade capitalista globalizada, na qual a ambição para possuir cada vez mais lucro somado ao avanço tecnológico, amplia as exigências e transformações no mundo do trabalho. Isso resulta na desigualdade social, por que os indivíduos sem condições para acompanhar tais mudanças, ou não se “ajustarem” na nova realidade, se tornam vítimas de discriminação e exclusão social. Segundo Minayo (1998):

As ações sociais são dotadas de significados, e os discursos comuns são passíveis de investigação. A abordagem qualitativa, dessa forma, visa se aprofundar no mundo dos significados das ações e relações humanas, aspectos estes não factíveis de serem quantificados em cálculos estatísticos. Não se trata de quantificar, e sim de compreender e explicar a dinâmica das relações sociais permeadas por seus valores, atitudes, crenças e hábitos.

Na perspectiva qualitativa, como aponta Rey (2002), trabalha-se com sujeitos tendo em vista suas singularidades, em sua forma única e diferenciada de constituição subjetiva. Esse aspecto torna-se uma das diferenças fundamentais entre a pesquisa quantitativa e qualitativa.

Os instrumentos de coleta de dados na pesquisa de campo que foram utilizados são: observação assistemática, entrevista semiestruturada por meio de formulário, com perguntas abertas e fechadas e valendo-se do uso do gravador com autorização do participante, para garantir a fidedignidade das falas dos sujeitos.

A entrevista é um instrumental muito importante na profissão do Assistente Social, pois permite que o profissional obtenha informações pessoais do entrevistado, como a identidade e os comportamentos, opiniões e julgamentos de natureza complexa e afetiva, possibilitando a compreensão da realidade dos entrevistados, com perguntas que permitem colher os dados significativos atribuídos aos fatos pelos sujeitos, de forma específica sua visão sobre sua situação e expectativas de futuro.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os sujeitos da pesquisa foram vinte pessoas em atendimento no CAPS ad, sendo dez usuários de substâncias psicoativas e dez familiares.

Do grupo pesquisado, quatro sujeitos relataram fazer uso de uma única droga - maconha, bebida alcoólica e crack. Já os participantes que fazem uso de múltiplas drogas variaram bastante as combinações de drogas: sujeito 1 faz uso de tabaco, maconha, crack e bebida alcoólica; sujeito 2 faz uso de tabaco e bebida alcoólica, sujeito 3 faz uso de crack, tabaco, bebida alcoólica e maconha, sujeito 6 faz uso de crack, tabaco, bebida alcoólica, sujeito 7 faz uso de cocaína e bebida alcoólica, sujeito 10 faz uso de maconha e crack.

6.1 Caracterização dos usuários

Quadro 3: Gênero dos usuários

Gênero	Quantidade de sujeito
Feminino	3
Masculino	7

Fonte: As pesquisadoras

Dos 10 usuários participantes da pesquisa, 7 eram do gênero masculino e 3 do gênero feminino, sendo possível observar que o sexo prevalente foi o masculino. Esta prevalência coincide com dados encontrados em outras pesquisas. Em estudos realizados por Blume e Zilberman (2004) revelam que o preconceito e o estigma que sofre a mulher usuária de substâncias psicoativas, acabam por postergar o início do tratamento, o que também justifica a maior proporção de homens em tratamento.

Quadro 4: Faixa etária dos usuários

Faixa etária	Quantidade de usuários
< 18 anos	2
18 – 24 anos	2
25 – 34 anos	3
35 – 44 anos	1
> 45 anos	2

Fonte: As pesquisadoras

Os usuários pesquisados apresentaram idade entre 15 e 68 anos. Em sua maioria, com idade que variou de 18 a 34 anos, mas com maior ocorrência na faixa etária de 25 a 34 anos.

Pesquisas apontam que o uso de drogas vem-se iniciando em idades cada vez mais precoces, corroborado por um usuário com 15 anos e outro com 17 anos e já terem o diagnóstico de dependência de substâncias psicoativas.

Quadro 5: Estado Civil dos usuários

Estado Civil	Quantidade de usuários
Solteiros	5
Casados	2
Viúvos	2
Separados	1

Fonte: As pesquisadoras

A maioria dos usuários declaram-se solteiros, sem nenhum tipo de relação conjugal, 2 usuários declaram-se casados, 2 viúvos e 1 separado. O predomínio de solteiros, muito provavelmente, está relacionado ao predomínio da baixa faixa etária destes usuários: 15 a 34 anos, conforme quadro 2.

Quadro 6: Escolaridade dos usuários

Escolaridade	Quantidade de usuários
Fundamental Incompleto	5
Médio Incompleto	2
Médio Completo	2

Superior Completo	1
-------------------	---

Fonte: As pesquisadoras

Quanto à escolaridade, 5 usuários declararam ter o ensino fundamental incompleto, 2 usuários o ensino médio incompleto, 2 usuários o ensino médio completo e 1 usuário o ensino superior completo.

Uma possibilidade para tal ocorrência é o fato de que serviços como o CAPS atendem uma camada social mais desfavorecida financeiramente, por se tratar de um serviço público, sendo a baixa escolaridade uma condição associada à renda.

Bahis e Ingbermann (2005) verificaram que quando ocorre baixo desempenho escolar dos estudantes, estes acabam sendo excluídos dos grupos com mais sucesso, o que proporciona o envolvimento com pares que apresentem os mesmos problemas escolares. Os pares têm papel relevante no uso de drogas, sendo que quanto maior a ligação com grupos desviantes, maior a probabilidade de desvios e uso de substâncias.

Quadro 7: Vínculos Empregatício dos usuários

	Quantidade de usuários
Formal	1
Informal	2
Desempregados	3
Aposentados	2
Nunca Trabalharam	2

Fonte: As pesquisadoras

Vínculos Empregatícios No que se refere à condição de trabalho dos usuários, 1 usuário possui emprego registrado, 2 usuários são autônomos, 3 usuários se encontram desempregados, 2 usuários são aposentados e 2 usuários nunca trabalharam.

Segundo Brites (1995, p. 103), a problemática do desemprego é uma questão de ordem estrutural e conjuntural; no entanto, esta questão torna-se ainda mais expressiva nos usuários abusivos de álcool e outras drogas, uma vez que estes representam um segmento marginalizado dentro do conjunto dos socialmente excluídos.

Quadro 8: Situação de Paternidade

Situação de Paternidade	Quantidade de usuários
Possui Filhos	6
Não possui filhos	4

Fonte: As pesquisadoras

Apesar de a maioria dos usuários serem solteiros, 6 usuários possuem filhos. Sabe-se que não há uma relação direta do estado civil de uma pessoa, para que ela tenha filhos.

6.2 Caracterização dos familiares

Quadro 9: Gênero dos familiares

Gênero	Quantidade de familiares
Feminino	7
Masculino	3

Fonte: As pesquisadoras

Dos 10 familiares participantes da pesquisa, 7 eram do gênero feminino e 3 do gênero masculino, verificando que a maioria dos familiares que participam era do sexo feminino.

Quadro 10: Faixa etária dos familiares

Faixa etária	Quantidade de familiares
35 – 44 anos	4
45 – 54 anos	3
55 – 64 anos	1
> 65 anos	2

Fonte: As pesquisadoras

Em relação à faixa etária dos familiares, encontrou-se na faixa etária entre 35 e 69 anos, sendo quatro familiares entre 35 e 44 anos, três entre 45 e 54 anos, um entre 55 e 64 anos e dois maiores de 65 anos. Sendo assim, a maior parte dos familiares possui idades entre 35 e 44 anos.

Quadro 11: Estado Civil dos familiares

Estado Civil	Quantidade
Solteiros	4

Casados	4
Viúvos	2

Fonte: As pesquisadoras

O quadro deixa exposto que coincide em quatro pessoas entre os solteiros que não tem nenhum tipo de relação conjugal e os casados que moram juntos com registro em cartório, já os viúvos são somente duas pessoas.

Um novo fator relaciona-se com as causas para o uso de drogas: o fator familiar, segundo Pratta e Santos (2006). A família, enquanto fornecedora de modelos, influencia e pode determinar o envolvimento ou não com drogas pelo adolescente, sendo considerado um fator de causa ou prevenção para o uso de drogas.

Quadro 12: Escolaridade dos familiares

Escolaridade	Quantidade de familiares
Fundamental Incompleto	3
Fundamental Completo	2
Médio Incompleto	1
Médio Completo	3
Superior Completo	1

Fonte: As pesquisadoras

Com relação à escolaridade dos familiares, verifica-se que 3 três possuem ensino fundamental incompleto, 2 dois possuem fundamental completo, 1 um possui médio incompleto, 3 três possuem médio completo e somente 1 um possui superior completo. Desta forma, a maior parte dos participantes não chegaram a concluir o ensino médio.

Quadro 13: Vínculos Empregatícios dos familiares

Vínculos Empregatícios	Quantidade de familiares
Formal	4
Informal	2
Desempregados	3
Aposentados	1

Fonte: As pesquisadoras

No que se refere à condição de trabalho dos familiares, quatro familiares possuem emprego registrado (formal), dois familiares são autônomos (informal), três familiares se encontram desempregados e somente um familiar está aposentado.

Quadro 14: Grau de parentesco

Grau de parentesco	Quantidade de familiares
Mãe	4
Pai	2
Tios	3
Avós	1

Fonte: As pesquisadoras

Em relação ao grau de parentesco familiar, dos 10 familiares participantes da pesquisa, a maioria coincide pelo gênero feminino, pois são as que mais acompanham as reuniões, por motivo até dos companheiros estarem trabalhando. Com isso são quatro mães, dois pais, três tios e uma avó.

Benchaya et al. (2011), analisou em seu estudo com adolescentes entre 14 e 19 anos que o estilo parental materno é relevante, sendo que quando as mães apresentam modelos parentais autoritário, indulgente ou negligente ocorre um aumento de três vezes para que o adolescente busque as drogas. O papel dos pais não apresenta tanto destaque. Os autores consideram que o papel da mãe consiste em diversas situações em orientar, auxiliar e verificar emocionalmente seus filhos, que poderia ter sido o motivo para que a responsabilidade seja mais elevada nas mães.

6.3 Análises categoriais temática dos usuários

Os aspectos pesquisados e analisados com os sujeitos usuários de drogas foram: Idade do início do envolvimento com o uso de drogas; Fatores que induziram o uso de drogas; Pontos positivos e negativos das drogas; Casos de dependência na família; Relação familiar; Participação familiar no tratamento.

Inicialmente os dados foram organizados em uma descrição sucinta dos aspectos mais relevantes das entrevistas com cada sujeito, compreendendo a percepção e vivência de cada um. Secundariamente foram feitas as análises categoriais em nível quantitativo e qualitativo.

Quadro 15 – Categorias temáticas emergentes das falas dos usuários.

CATEGORIAS TEMÁTICAS	SUB CATEGORIAS
1. Idade do início do envolvimento com o uso de drogas	10 – 20 anos (8) 21 – 30 anos (2)
2. Fatores que induziram o uso de drogas	Conflito familiar Amigos, ex-namorado Curiosidade Influencia familiar Envolvimento com tráfico
3. Pontos positivos e negativos do uso das drogas	Positivos (alegria e relaxamento, prazer, tranquilidade, esquece-se dos problemas, facilidade de acesso as drogas) Negativos (abstinência, desunião familiar, problemas de saúde, desrespeito da sociedade).
4. Outros casos de dependência na família	Sim (3) Não (7)

5. Relação familiar	Boa (companheirismo, diálogo aberto). Ruim (desconfianças, brigas e discussões, falta de diálogo).
6. A participação familiar no tratamento do usuário no CAPS ad	Faz-se através de grupos terapêuticos no CAPS ad; palavras positivas, apoio, segurança, confiança.

Fonte: As pesquisadoras

Seguem abaixo as análises das categorias temáticas dos usuários em aspectos quantitativos e qualitativos.

Idade do início do envolvimento com o uso de drogas

Para análise quantitativa, verificou-se que os sujeitos iniciaram o uso de substâncias psicoativas entre 10 e 30 anos, sendo sete com idade entre 10 a 17 anos e três entre 18 a 29 anos.

Em relação ao início do envolvimento com o uso de drogas, alguns usuários da faixa etária entre 10 a 17 anos relatam:

“Iniciei uso de maconha com 16 anos, e atualmente faço uso de múltiplas drogas: tabaco, maconha, crack e bebida alcoólica, porém, minha droga de preferência é o crack” (sujeito 1).

“Iniciei uso de maconha com 13 anos e mesclado (mistura de maconha e crack) com 15 anos” (sujeito 10).

“Iniciei uso de cocaína e bebida alcoólica com 17 anos” (sujeito 7).

“Iniciei o uso de drogas múltiplas com 12 anos, crack, tabaco, bebida alcoólica” (sujeito 6).

Sanchez e Nappo (2002), em pesquisa com usuários de crack na cidade de São Paulo, revelaram que o início do uso de substâncias psicoativas ocorreu com drogas lícitas (álcool e cigarro) na faixa etária de 10 a 13 anos. O uso de drogas ilícitas ocorreu entre 12 e 16 anos de idade, sendo a maconha a droga inicial.

Laranjeira e colaboradores (2007) referem que “bebedores com problemas diminuem com a idade, passando de 53% na faixa dos 18 a 24 anos para 35% no grupo com mais de 60 anos”. Todavia, a busca por tratamento está associada aos danos causados pelo abuso de substâncias psicoativas.

Fatores que induziram ao uso de drogas

Ao serem analisadas as respostas relacionadas aos fatores que induziram ao uso de drogas, verificou-se que alguns usuários relatavam um fator único específico e outros nomeavam múltiplos fatores, que se englobavam em categorias significativas diferentes. A maioria dos usuários citou um único fator para início do uso de substâncias psicoativas, totalizando oito usuários, enquanto dois usuários citaram múltiplos fatores.

Os fatores externos foram incluídos as respostas, amigos, ex-namorado e o envolvimento com o tráfico como fatores que induziram ao uso.

Schenker e Minayo (2005) referem sobre a importância do envolvimento grupal, sendo considerado o risco quando os amigos demonstram aprovação tolerância ou consumo de drogas. Atua como fatores protetores quando o grupo apresenta expectativa de realização na vida, com objetivos. Estes dados concordam com os encontrados nesta pesquisa, visto que a aprovação e incentivo do uso pelos amigos foram considerados um fator que induziu os usuários ao uso de drogas.

Os fatores familiares traziam respostas relacionadas a conflitos familiares e influência de familiares usuários de substância psicoativa. Percebe-se que no presente estudo ocorreu uma importante influência negativa com os familiares, que foram devidos os conflitos e a influência do uso de drogas deixando-os mais vulneráveis para o uso de drogas.

A curiosidade foi citada pelos usuários como aspectos que induziram ao uso de drogas.

Para Tiba (2007), os motivos para o uso de drogas consistem em simples curiosidade, aventura sem compromisso, busca do prazer sem preocupação com as consequências, para o jovem se auto afirmar no grupo, por acreditar que não se tornara dependente, por falhas na educação, e por baixa autoestima, em que o jovem absorve comportamentos indesejáveis de seus conviventes.

Neste estudo ocorre uma concordância com os aspectos salientados por Tiba (2007), visto que os usuários citaram como fatores que induziram ao uso de drogas a curiosidade, relação grupal com os amigos, constatando os fatores familiares como permeados por conflitos e indutores do uso.

Pontos positivos e negativos do uso das drogas

Para análise quantitativa, verificou-se que os usuários referiam sentir sintomas positivos e/ou negativos quando faziam uso de drogas, sendo que dois usuários diziam sentir apenas sintomas positivos, três usuários sentiam sintomas negativos e cinco usuários relataram sentir tanto sintomas positivos quanto negativos ao usarem drogas.

Em uma análise qualitativa, algumas falas foram selecionadas para expressarem as sensações relacionadas ao uso das drogas.

“Minha sensação ao usar drogas corresponde a sintomas positivos e negativos, ou seja, sensações diferentes para cada tipo de droga. O bom é quando me sinto alegre, animado, uma sensação prazerosa e negativo quando me deixa enfraquecido com mal estar” (sujeito 1).

“Considero somente o uso negativo, com o consumo exagerado da bebida tive convulsões e fico nervoso e agressivo com as pessoas” (sujeito 5).

“Minha sensação ao usar droga corresponde a sintomas positivos e negativos. Os sintomas positivos são alegria, aceleração, sendo que no momento do uso já penso em usar mais. Depois sinto os sintomas

negativos, vem o arrependimento de ter usado, raiva e tristeza” (sujeito 10).

“Só tem aspectos positivos o uso da maconha, pois adoro o efeito que a droga proporciona, me deixa mole, relaxada e com fome” (sujeito 9).

É possível verificar que os principais sintomas positivos consistem em alegria, animação, relaxamento, aceleração e sensação prazerosa. Já os sintomas negativos mais apresentados são problemas de saúde, nervosismo com agressividade, enfraquecimento, pensamento persecutório e mal estar.

Bertoni e Adorni (2010) realizam uma discussão interessante sobre a busca por sensações. Referem algumas premissas em que o “ter” é mais importante do que o “ser” como regentes da sociedade atual. A busca “obrigatória” pela própria felicidade e auto realização, a busca pela satisfação acima dos valores, e o valor instrumental das coisas, baseados no que elas podem fazer, contribui para que o indivíduo se perca, buscando algo que de imediato lhe provoca prazer e felicidade, mas em longo prazo provocam sofrimento e consequências negativas.

Outros casos de dependência na família

Ao serem questionados se havia outros casos de dependência em sua família, três dos usuários disseram que sim e sete que é a grande maioria disseram que não possuem casos de dependência na família.

Algumas falas foram selecionadas para verifica que a grande maioria não possui dependentes de drogas na família.

“Possuo muitos familiares usuários de drogas e que tem envolvimento com o tráfico” (sujeito 3).

“Não tenho familiares usuários de drogas” (sujeito 10).

“Não possuo usuários de SPA em minha família, somente eu” (sujeito 6).

Em alguns casos foi verificado que ocorre influências quando seus familiares também fazem uso de drogas, o que os leva a uma curiosidade sobre o efeito da droga, que faz com que o familiar continue usando. O fato de possuir um familiar usuário e conviver em um ambiente sem cuidados familiares considerados adequados para o adolescente pode atuar em conjunto para facilitar que o mesmo busque as drogas.

Relação familiar

Ao serem analisadas as respostas relacionadas à relação familiar, verificou-se que ambas as partes possuem a mesma quantidade em questão do relacionamento familiar, sendo que cinco usuários possuem uma boa relação familiar e cinco não possuem.

“Perdi o contato com minha família aproximadamente dez anos devido brigas com meu pai usuário de SPA” (sujeito 3).

“Não possuo bom relacionamento com minha família, pois tive muitos prejuízos financeiros com o consumo da droga, trabalho para sustentar meu vício e quando acaba meu dinheiro vendo minhas roupas e sapatos, roubo em casa para comprar a droga” (sujeito 7).

“Possuo bom relacionamento em casa. Sinto mal por fazer uso de SPA, pois sei que meus pais sofrem” (sujeito 10).

“Meus familiares não são de conversar muito, somente o essencial, mas cada um se respeita” (sujeito 4).

Entre os fatores mais importantes para a prevenção da dependência química estão os relacionados ao contexto familiar. As pesquisas costumam apontar a desestruturação familiar como um dos principais predisponentes ao abuso de drogas.

Pratta e Santos (2006), discorrem que o dialogo familiar é muito importante, pois viabiliza uma proximidade entre os pais, que passam a conhecer mais a rotina dos filhos, e os adolescentes, que vivenciam sentimentos de segurança e valorização. Esta aproximação também permite que os pais detectem mais facilmente mudanças comportamentais em seus filhos.

Para Schenker e Minayo (2005), a família pode ser considerada tanto como um fator protetor ou de risco, combinada a outros fatores. Citam alguns fatores de risco parental combinados, como ausência de vínculos, pouco envolvimento materno, permissividade, ausência de limites, pouco afetividade e monitoramento, aprovação do uso e conflitos sem negociação.

A participação familiar no tratamento do usuário no CAPS ad

Quando questionados sobre a participação familiar no tratamento, três dos usuários disseram que não possuem o apoio de seus familiares e sete disseram que a participação da família no tratamento é essencial, e que sem eles os usuários não conseguem retomar as suas atividades anteriores ao uso das drogas.

O Sujeito 1 fornece um relato interessante sobre a participação de sua família em seu tratamento.

“No momento meus familiares me apóiam no tratamento, frequentam grupo de família no CAPS. Desejo se recuperar rapidamente para voltar a trabalhar e conviver em sociedade sem medo e vergonha, pois sei que depende de minha força de vontade para aderir ao tratamento” (sujeito1).

Guimarães et al. (2009), refere que o monitoramento parental (interesse demonstrado pelos pais com relação ao cotidiano do filho) tem um papel considerável e influencia na dependência química. Supervisão inadequada dos pais, com vigilâncias e ordens excessivas combinadas ou não com a falta de regras e limites relaciona-se amplamente com o abuso de drogas em adolescentes. A reação dos pais frente ao uso de drogas dos filhos também apresenta papel importante, e se o uso é considerado normal pelos pais ocorre uma influência negativa em que a implantação da disciplina é prejudicada.

6.4 Análises categoriais temática dos familiares

Os aspectos pesquisados e analisados atrás dos sujeitos familiares de usuários de drogas em tratamento no CAPS ad foram: O relacionamento familiar após o início do uso de drogas; as mudanças percebidas para identificar o uso de drogas; O que esperam do tratamento.

Inicialmente os dados foram organizados em uma descrição sucinta dos aspectos mais relevantes das entrevistas com cada familiar, compreendendo a percepção e vivência de cada um como um todo integrado. Secundariamente foram feitas as análises categoriais em níveis quantitativos e qualitativos.

Quadro 16 – Categorias temáticas dos familiares.

CATEGORIAS TEMÁTICAS	SUB CATEGORIAS
1. O relacionamento familiar após o início do uso de drogas.	Bom (4) Ruim (6)
2. As mudanças percebidas para identificar o uso de drogas.	Mudanças de comportamento Fotos em redes sociais Relações homo afetivas Más companhias Desaparecimento de objetos Rebeldia
3. O que esperam do tratamento.	Boa recuperação volte a ser o mesmo, consiga bons empregos, volte estudar, bons resultados, acabem os preconceitos.

Fonte: As pesquisadoras

Seguem abaixo as análises das categorias temáticas dos familiares em aspectos quantitativos e qualitativos.

O relacionamento familiar após o início do uso de drogas.

Em relação ao relacionamento familiar após o início do uso das drogas, quatro familiares citaram que o relacionamento continua bom, ou seja, de companheirismo, diálogo e amor, porém a grande maioria citou não ter um bom relacionamento familiar, uns relatam que nunca tiveram um bom relacionamento e outros afirmam que somente após o início do uso de drogas que passaram a ter um relacionamento familiar ruim.

“Meu filho sempre foi estudioso e ajudava em casa financeiramente, mais após o uso com essas porcarias nossa relação não é boa, pois ele me agride, vendeu todos os meus pertences de casa e até traficante na porta de casa já teve para cobrar dividas” (sujeito 2).

“Antes ou depois do uso das drogas o relacionamento com minha filha nunca foi bom, pois ela sempre foi autoritária, não obedecia, sempre foi agressiva, parou de estudar e dormia fora de casa, minha relação com ela piorou após o uso, pois ela passou a roubar dentro de casa para manter o uso, teve overdose deixando a mesma entre a vida e a morte, e por chegar neste extremo fui atrás de um tratamento para ela” (sujeito 3).

“Como avó sempre tive um bom relacionamento e nunca suspeitei da minha neta, pois ela sempre foi motivo de exemplo para todos da família” (sujeito 6).

“Sempre tivemos um bom relacionamento mais depois que a mesma se envolveu com as drogas só era brigas e mais brigas, ela saiu de casa para morar com o namorado que era traficante, depois disso nunca mais tivemos um bom relacionamento” (sujeito 1).

A dependência química tende a afetar a família como um todo. De acordo com Payá e Figlie (2004) o impacto que a família sofre com o uso de drogas por um de seus membros é correspondente às reações que vão ocorrendo com o sujeito que as utiliza.

As mudanças percebidas para identificar o uso de drogas.

Quanto às respostas fornecidas ao questionamento sobre quais foram às mudanças percebidas para identificar o uso de drogas, os familiares citaram mudanças de comportamento, fotos suspeitas em redes sociais, relações homoafetivas, más companhias, desaparecimento de objetos e rebeldia.

“Foi as más companhias que levou meu filho para o mundo das drogas” (sujeito 2)

“Identifiquei o uso de drogas na vida da minha filha através da rebeldia, das suas amizades e dos desaparecimentos de objetos de casa, até dinheiro da minha carteira sumiu” (sujeito 3).

“Só percebi o envolvimento dela com as drogas através das suas mudanças de comportamento através de fotos em redes sociais e das suas relações homoafetivas” (sujeito 1).

Segundo o OBID o consumo de drogas pode ser identificado quando são observadas alterações no cotidiano pessoal; queda do rendimento no estudo, trabalho, higiene pessoal; desinteresse por convívio social; mudanças de comportamento; ocorrência repetida de pequenos delitos de trânsito, desaparecimento de objetos de valor e o aparecimento e/ou aumento de dívidas.

O que esperam do tratamento.

Nas respostas fornecidas em relação ao que esperam do tratamento, todos os familiares esperam que os usuários se recuperem, voltem a ser os mesmos, consigam bons empregos, voltem a estudar, tenham bons resultados para que acabem os preconceitos.

“Espero que ela volte a ser a mesma de antes, que tenha uma boa recuperação e volte a ser atenciosa, companheira e amorosa com a família” (sujeito 1)

“Só quero que ela volte a ser a mesma de antes, carinhosa companheira espero que o tratamento realmente funcione” (sujeito 10).

“Este tratamento é tudo para minha família é a esperança que ainda temos, espero que seja bom e que com isso a mesma nunca mais volte

atrás dessa droga que quase acabou com a vida dela e da minha família” (sujeito 6).

“Que o tratamento traga bons resultados e que esse preconceito da família com ele acabe” (sujeito 2).

Diante das falas dos familiares pudemos perceber que acreditam que o tratamento da dependência trará bons resultados, porém os familiares não possuem a consciência de que a dependência é uma doença e não possui cura.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O consumo de drogas num dos membros da família compromete a funcionalidade familiar em diversos setores, causando impactos que podem variar de acordo com o relacionamento familiar e suas características, influenciando os comportamentos, relacionamentos e decisões e o contexto sociocultural.

As consequências podem ser devastadoras no âmbito familiar e os impactos ocasionados podem ser estresse tanto emocional, quanto econômico, atingindo várias dimensões da vida familiar, como saúde, lazer, trabalho, bem-estar físico e psicológico e o próprio relacionamento entre os membros da família.

A dependência das drogas revela um grande problema social e de saúde pública, devendo ser analisada enquanto substância, indivíduo e contexto sociocultural, necessitando de mais atenção por parte de pesquisadores e daqueles que atuam com programas de prevenção e recuperação ao uso de drogas.

Pode-se dizer que o consumo das drogas não é fator exclusivo de problemas de ordem familiar ou falhas educativas, mas sim de um somatório de fatores entre os quais destacam-se conflitos pessoais, dificuldades escolares, sociais e profissionais.

O objeto deste estudo é o contexto familiar de usuários de substâncias psicoativas. O problema que se apresenta é de que forma a relação familiar pode contribuir para a prevenção e o tratamento de um membro dependente de substâncias psicoativas.

A pesquisa teve como objetivo geral evidenciar a experiência da dependência química, na percepção de usuários e de seus familiares. Os objetivos específicos buscam caracterizar os usuários de drogas e seus familiares em atendimento ambulatorial; identificar os fatores que contribuíram para a dependência química e desvelar a importância da participação familiar no tratamento da dependência química.

Ao iniciar este estudo percebeu-se a necessidade de traçar o perfil dos sujeitos da pesquisa em atendimento no CAPS ad/Bauru. Pode-se constatar que quanto aos usuários, em tratamento no CAPS ad/Bauru, 70% são homens, 30% estão na faixa etária entre 25 e 34 anos de idade, 50% são solteiros, 50% não completaram o ensino fundamental.

Quanto à idade de início do envolvimento com o uso de drogas, verificou-se que os sujeitos iniciaram o uso de substâncias psicoativas entre 10 e 30 anos, ou seja, a grande maioria em sua adolescência. Portanto, a prevenção do uso indevido de drogas para adolescentes é de extrema importância, pois é nessa fase da vida que podem desenvolver hábitos, que os colocam em situação de vulnerabilidade e risco.

Os motivos mais citados para o uso de drogas foram à curiosidade, relação grupal com os amigos, constatando os fatores familiares como permeados por conflitos e indutores do uso. Ficando evidentes nesse grupo pesquisado, os comportamentos de: conflitos familiares, novos relacionamentos, além dos comportamentos de dependência tanto na geração atual como nas anteriores, corroborando que o aprendizado ao consumo de drogas pode acontecer na família como imitação de um modelo. Constatamos que existe uma ambivalência no comportamento familiar, por vezes ela é fator de risco quando devia ser fator de proteção.

Ao serem analisadas as respostas relacionadas à relação familiar, verificou-se que ambas as partes possuem a mesma quantidade em questão do relacionamento familiar, sendo que 50% de usuários possuem uma boa relação familiar e 50% não possuem. Neste sentido, é importante o envolvimento da família no tratamento para preservação das relações familiares. Mas, por outro lado, as drogas tem sido um fator de enfraquecimento e ou rompimento dos vínculos familiares. Muitas vezes, as famílias sentem-se impotentes, não sabendo como reagir e perdendo o controle junto com o usuário, sinalizado na dificuldade da participação no tratamento.

Os resultados revelaram que o perfil do familiar do usuário atendido pelo CAPS ad/Bauru é composto por 70% de mulheres, na faixa etária entre 35 e 54 anos de idade, coincidente em 40% de solteiros e 40% de casados, o grau de parentesco constituído por 40%

de mães, 20% de pais, 30% de tios e 10% de avós, coincidente em 30% com ensino fundamental incompleto e 30% ensino médio completo, com 40% de vínculo empregatício formal.

Quanto à participação familiar no tratamento percebe-se que a família é muito importante no tratamento e fundamental para a recuperação dos usuários de substâncias psicoativas. Porém, temos que compreender que o processo de envolvimento familiar no tratamento tem suas variações, sendo que essas famílias estão passando por uma condição de instabilidade do próprio bem-estar físico, emocional e psicológico, bem como de outras perdas.

Desta forma, se faz necessário desenvolver estratégias para a participação efetiva da família no tratamento, constituindo-se em um dos principais fatores de proteção na recuperação e reinserção social.

Conclui-se, portanto, que a hipótese foi confirmada, pois a família não deve ser resgatada apenas como unidade que cuida, mas também precisa ser cuidada, já que a dependência química afeta além do próprio usuário, a sua família.

REFERÊNCIAS

AGREGA Consultoria em Habilitação e Reabilitação Profissional. Disponível em: redeagrega.wordpress.com/2012/12/07/25-anos-da-carta-de-bauru. Acesso em 20 maio 2013.

AMARANTE, P. D. de C. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

BAHLS, F. R. C.; INGBERMANN, Y. K. Desenvolvimento escolar e abuso de drogas na adolescência. **Estudos de psicologia**, Campinas, v.22, n.4, p. 395 - 402, 2005.

BENCHAYA, M. C. et al. Pais não autoritativos e o impacto no uso de drogas: a percepção dos filhos adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v. 87, n. 3, p. 238 - 244, fev. 2011.

RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.17, n. 31, p. 01-58, jan./jun.2013.
ANTONIO, Franciane Regina Charlois; DAMINELLO, Tamiris Ferraz de Aguirra; CHAVES, Eugênia Maria Sellmann; A família e a dependência de substâncias psicoativas: uma análise do contexto familiar.

BERTONI, M. L.; ADORNI, D. S. A prevenção às drogas como garantia do direito à vida e à saúde: Uma interface com a educação. **Cad Cedes**, Campinas, v.30, n.81, p. 209 - 217, ago. 2010.

BLUME, S. B.; ZILBERMAN, M. L. Violência doméstica e abuso de álcool e outras drogas. Disponível em: <<http://200.152.193.254/novosite/atualizacoes/ac.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

BRASIL. Leis 10.216, de 6 de abril de 2001; 11.343, de 23 de agosto de 2006, Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm Acesso em: 15 ago 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portarias GM/MS 336, de 19 de fevereiro de 2002; 3.089 de 23 de dezembro de 2011; 131 de 26 de janeiro de 2012. Brasília, DF: O Ministério, 2002. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdfsite. Acesso em: 10 jul 2013.

_____. ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 101 de 30 de maio de 2001.

BRITES, C. M.. Serviço Social, drogas e Aids: questões para debate. In.: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 8., 1995, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: [S.n.], 1995. p. 103.

CALDEIRA, Z. F. **Drogas, indivíduo e família**: um estudo de relações singulares. São Paulo: ENSP/FIOCRUZ, 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

CAMPOS, M. T. **Violência e dependência química**: desafios para a escola cidadã. Santos: Espaço do Autor, 2004.

DE LEON, G. A. **Comunidade terapêutica**: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola, 2003.

RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.17, n. 31, p. 01-58, jan./jun.2013.
ANTONIO, Franciane Regina Charlois; DAMINELLO, Tamiris Ferraz de Aguirra; CHAVES, Eugênia Maria Sellmann; A família e a dependência de substâncias psicoativas: uma análise do contexto familiar.

GOMES, J. C. V.. **manual de psicoterapia familiar**. Petrópolis: Vozes, 1987.

GUIMARÃES, A. B. P. et al. Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.36, n.2, p. 69-74, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico IBGE, 2010**. Brasília, DF: IBGE, 2010. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/censo_2010/tabelas_pdf/Brasil_tab_1-12.pdf. Acesso em: 13 jun. 2013.

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

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LARANJEIRA, R. & NICASTRI, S. Abuso e dependência de Álcool e Drogas. IN:

ALMEIRA, Oswaldo et al. (org.) **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1996

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.

MINUCHIN, S. **Famílias: Funcionamento e Tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MOTA, LA. Dependência Química: problema biológico, psicológico ou social? São Paulo: Paulus; 2007. 84 pp. (Coleção Questões Fundamentais da Saúde, 12).

NEVES, A. C. L.; MIASSO, A. I. “Uma força que atrai”: o significado das drogas para usuários de uma ilha de Cabo Verde. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, p. 589-597, jun. 2010.

RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.17, n. 31, p. 01-58, jan./jun.2013.
ANTONIO, Franciane Regina Charlois; DAMINELLO, Tamiris Ferraz de Aguirra; CHAVES, Eugênia Maria Sellmann; A família e a dependência de substâncias psicoativas: uma análise do contexto familiar.

NICASTRI, Sergio. I. Drogas: classificação, efeitos, experimentação, uso, abuso e ... Disponível em www.forumsobredrogas.org/.../I.-Drogas-Classificacao-efeitosexperime... Acesso em: 20 jun 2013.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. **Princípios de tratamento efetivo** – um guia baseado em pesquisa. 2008. Disponível em www.obid.senad.gov.br. Acesso em 10 jul 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

ORTH, A. P. S. **A dependência química e o funcionamento familiar à luz do pensamento sistêmico**. 2005. Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br>. Acesso em: 14 jun. 2013.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. Princípios de tratamento efetivo – um guia baseado em pesquisa. Disponível em www.obid.senad.gov.br. Acesso em 10 jul 2013.

OSÓRIO, L. C. Adolescente hoje. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. In.: BLEFARI, Anete de Lourdes. **A família e a drogadição**. São Paulo: USP, 2002. Monografia, Instituto e Departamento de Psiquiatria- Hospital das Clínicas- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2002.

PAIVA, F. S. de. ; RONZANI, T. M. Estilos e Consumo de Drogas entre Adolescentes: uma revisão sistemática. **Psicol. Estud., Maringá**, v.14, n.1, p. 177183, jan./mar. 2009.

PAYÁ, R.; FIGLIE, N. B. **Abordagem familiar em dependência Química: Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

PIRES, F. A. R. **Dependência de droga**. 2012. Disponível em www.dependenciadedroga.com.br/. Acesso em: 20 ago. 2013.

RIPE – Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social, Bauru, v.17, n. 31, p. 01-58, jan./jun.2013.
ANTONIO, Franciane Regina Charlois; DAMINELLO, Tamiris Ferraz de Aguirra; CHAVES, Eugênia Maria Sellmann; A família e a dependência de substâncias psicoativas: uma análise do contexto familiar.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. **Estud. Psicol**, v.11, n.3, p. 315-322, 2006.

RAMOS, S.P., BERTOLOTE, J.M. (Org.). **Alcoolismo hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

REY, F. L G.; **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

RODRIGUES, M. S. P., et al. A família e sua importância na formação do cidadão. **Família, Saúde Desenvolvimento**, Curitiba, v.2, n. 2, p. 41-42, jul/dez. 2000.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; OLIVEIRA, L. G. de.; NAPPO, S. A. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situações de risco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.4, p. 599-605, ago. 2002.

SARTI, C. A. **A Família como Espelho: Um estudo sobre a moral dos pobres**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. de. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 707-717, jul./set. 2005.

SENAD. **SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento**, 2008.

TAMELINI, Melissa Garcia, MONDONI, Susan Meire. Dependência de Substâncias Psicoativas. IN MANSUR, Carlos Augusto. **Psiquiatria para o médico generalista**. São Paulo: Artmed, 2013.

TIBA, I. **Juventude e drogas: anjos caídos**. 2. ed. São Paulo: Integrare, 2007.