

# AS EXPECTATIVAS DE PACIENTES E FAMILIARES EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

## THE PATIENT AND FAMILY EXPECTATIONS REGARDING THE TREATMENT OF ADDICTIONS

MARILDA APARECIDA FERNANDES\*  
EUGÊNIA MARIA SELLMANN CHAVES\*\*

### RESUMO

---

A pesquisa foi realizada no setor feminino da Associação Hospitalar Thereza Perlatti (AHTPJ), do município de Jaú/SP, com dependentes de substâncias psicoativas e seus familiares em tratamento com o objetivo geral de identificar as expectativas das pacientes e familiares em relação ao tratamento da dependência química. A pesquisa caracterizou-se como descritiva com levantamento bibliográfico, oportunizando a construção do referencial teórico, utilizando-se de fontes como livros, revistas especializadas, legislação e dicionários, e a pesquisa de campo realizou-se numa perspectiva quali-quantitativa, através de um contato direto com os sujeitos. A pesquisa de campo envolveu 10 usuárias e seus familiares em tratamento na AHTPJ. Os instrumentais utilizados foram observação, documentação, entrevista e formulário com perguntas abertas e fechadas. Conclui-se, que o tratamento possibilitou a conscientização em relação à dependência química e também da importância da continuidade do tratamento pós-alta hospitalar como manutenção da recuperação, evitando a recaída e mantendo a doença sob controle, tendo como desafio ao enfrentamento da doença a adesão ao tratamento.

**Palavras-Chave:** Substâncias psicoativas. Dependência química. Família.

---

\*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.

## **ABSTRACT**

---

The research was made in female sector of Thereza Perlatti Hospital Association from Jaú/ SP (AHTPJ), with dependent people to psychoactive substances and their families in treatment, with the general goal of identify the expectations of the patients and their families, in relation to the treatment of chemical dependence. The research was characterized as descriptive with bibliographic survey, giving opportunity to the construction of theoretical reference using source as books, specialized magazines, laws, and dictionaries, and the research in this field was done in a quality and quantity perspective, through a direct contact with the persons. The research in the field involved ten patients and their families in treatment in AHTPJ. The instruments which were used: observation, documentations, interviews, and forms with opened and closed questions. At the end, the conclude is that the treatment enables awareness about chemical dependence and the importance of continuity of care after hospital discharge and continued recovery, preventing relapse and keeping the disease under control, having as a challenge to cope with the disease treatment adherence.

**Key words:** Psychoactive Substances. Chemical Dependence. Family.

## 1 INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas atualmente é considerado um grave e complexo problema de saúde pública e se configura um dos assuntos mais em pauta, seja na mídia, seja nas páginas policiais, e têm ocupado lugar de destaque em planos e orçamentos governamentais nacionais e internacionais e em campanhas eleitorais, além de fazer parte da lista das principais preocupações dos pais em relação aos filhos nas últimas décadas.

Nos últimos vinte anos, o consumo de drogas, principalmente o de bebidas alcoólicas, vem aumentando no Brasil. O mesmo tem acontecido com o uso de maconha, cocaína e crack (SENAD, 2010).

O Brasil é o segundo maior consumidor de cocaína e derivados, atrás apenas dos Estados Unidos, de acordo com o segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD, 2012) feito pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). O estudo mostra que o país responde hoje por 20% do mercado mundial da droga.

De acordo com o relatório, cerca de 4% da população adulta brasileira, seis milhões de pessoas, já experimentaram cocaína alguma vez na vida. Entre os adolescentes, jovens de 14 a 18 anos, quarenta e quatro mil admitiram já ter usado a droga, o equivalente a 3% desse público. O estudo identificou também que quase metade (48%) dos consumidores de cocaína se tornou dependente.

Segundo dados de 2011 da OMS, o consumo de álcool excessivo no mundo é responsável por 2,5 milhões de mortes a cada ano. O percentual equivale a 4% de todas as mortes no mundo, o que faz com que o álcool se torne mais letal que a AIDS e a tuberculose. A OMS também estima que 76,3 milhões de pessoas possuam diagnóstico do consumo abusivo de álcool.

Mulheres apresentaram maiores índices de aumento do consumo em binge (quando se consome quatro ou cinco doses de bebida no período de duas horas, uma vez ou mais por semana) entre 2006 e 2012 de acordo com o segundo LENAD (2012).

Vários indicadores mostram que o consumo de drogas tem atingido formas e proporções preocupantes no decorrer deste século, especialmente nas últimas décadas. As consequências, diretas e indiretas, do uso abusivo de substâncias psicoativas são percebidas nas várias interfaces da vida social: na família, no trabalho, no trânsito, na disseminação do

vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis, seus (suas) parceiros (as) e crianças, no aumento da criminalidade, etc.

São justamente os “custos sociais” decorrentes do uso indevido de drogas, cada vez mais elevados, que tornam urgente uma ação enérgica e adequada do ponto de vista da saúde pública (BARBOSA, 2011).

O enfrentamento desta questão constitui uma demanda mundial, de acordo com a OMS, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo e esta realidade encontra equivalência em território brasileiro.

A sociedade como um todo tem se questionado sobre as motivações deste aumento no uso de substâncias psicoativas. Parte das justificativas se apoia no contexto sócio-político que reforça os valores baseados no consumismo e prazer imediatista, associado à pauperização de importante parcela da população em todo o mundo. Considera-se, portanto, que muito há a compreender deste trinômio sujeito-droga-momento de vida para que possamos de fato oferecer algo que faça um maior sentido do que a anestesia efêmera proporcionada pelas substâncias psicoativas.

O problema de ordem social gerado pelo consumo de substâncias psicoativas é um dos grandes desafios da sociedade moderna e pós-moderna. O enfrentamento desta realidade, em especial, o atendimento, apoio e tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas e familiares não acompanharam esta ascendência e agravamento deste problema social.

Poucas áreas no campo da Saúde Mental apresentam tantas dificuldades terapêuticas como à dependência de substâncias psicoativas. Diante de um dependente, o profissional, deve primeiramente atentar para o fato de que a dependência de substâncias psicoativas não é uma condição circunscrita, como o seria, por exemplo, uma doença infecciosa, cuja cura pode ser realizada em poucas semanas, com o antibiótico apropriado. Aqui, não há cura, mas tratamento; e não há tratamento único e padronizado, mas múltiplos tratamentos padronizados e individualizados, de forma que qualquer um pode ser melhor do que nenhum (BERNIK, 1991).

De acordo com Souza e Kantorski (2007) embora as transformações histórico-culturais e as inovações científico-tecnológicas tenham sido marcantes nos últimos anos, as concepções e modelos de abordagem prática do fenômeno das drogas não têm avançado

significativamente e requerem estudos e reflexões relacionados às intervenções, bem como às políticas que têm subsidiado as mesmas.

Considerando a complexidade da doença e do tratamento, e as dificuldades encontradas durante o mesmo pelas pacientes e familiares, constatou-se a importância da realização deste estudo, uma vez que possibilitará um importante conhecimento do processo de tratamento de dependentes químicas internadas na Associação Hospitalar Thereza Perlatti (AHTPJ), podendo-se com isso contribuir para a construção de estratégias de trabalho mais condizentes com a realidade identificada.

O estudo tem como tema “As expectativas de pacientes e familiares em relação ao tratamento da dependência química” com foco na compreensão sobre a doença. O objeto de estudo se centrou no tratamento e na conscientização da doença.

Como hipótese sugeriu-se que o tratamento da dependência química possibilita a conscientização da doença, bem como da importância da continuidade do tratamento pós-alta hospitalar, por se tratar de uma doença incurável, porém controlável.

Como objetivo geral a pesquisa propôs identificar as expectativas de pacientes e familiares em relação ao tratamento da dependência química e como específicos: traçar o perfil dos sujeitos; identificar a compreensão da dependência química e investigar como a dependência química interfere nas relações familiares.

Para atingir os objetivos propostos, o trabalho foi estruturado de forma a apresentar fundamentação teórica sobre o tema estudado. A partir da introdução, desenvolve-se no item dois o contexto histórico das drogas na sociedade contemporânea, buscando nos assuntos seguintes fundamentar o conceito, classificação, efeitos e dependência química. O item três aborda o tratamento, a relação mulheres, família e Serviço Social com a dependência química e o tratamento na AHTPJ. O item quatro aborda a metodologia e o caminho da pesquisa. O item cinco apresenta o fruto da pesquisa realizada, ou seja, a análise dos dados obtidos, dispostos em eixos: caracterização das pacientes e familiares em tratamento na AHTPJ; questões relativas à família; questões relacionadas ao uso de drogas e questões relacionadas ao tratamento no ponto de vista das pacientes e familiares. Finalmente apresenta-se as considerações finais do estudo.

## **2 DROGAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA**

A utilização de substâncias psicoativas, ao contrário do que se pensa, não é um evento novo no repertório humano (TOSCANO Jr., 2001), mas uma prática milenar e universal, não sendo, portanto, fenômeno exclusivo da época em que vivemos. Pode-se dizer, então, que a história do consumo de drogas se confunde com a própria história da humanidade, ou seja, esse consumo sempre existiu desde as épocas mais antigas e em todas as culturas e religiões, com finalidades específicas (OBID, 2013).

As drogas, historicamente, eram usadas com fins religiosos, culturais, medicinais, para a obtenção de prazer, com fundo místico e psicológico. Eram usadas também para obter força e coragem, mostrando que o homem sempre buscou aumentar o prazer e diminuir o sofrimento, embora fossem usadas em situações específicas, como rituais (OBID, 2013).

De acordo com a autora Longenecker,( 2002):

As primeiras experiências ocorreram acidentalmente através do consumo de plantas que continham droga. A ingestão dessas plantas mostrou clara e enfaticamente que era possível aliviar a dor, dissipar o medo e, quem sabe, até ver a face de Deus. As primeiras experiências bem sucedidas com drogas motivaram os primeiros consumidores a identificarem e guardarem suas fontes. No início isto significava que um indivíduo podia voltar a certo lugar, encontrar uma determinada planta e repetir a experiência desejada.

Nesse sentido, a utilização das drogas não representava, em geral, uma ameaça à sociedade, pois seu uso estava relacionado aos rituais, aos costumes e aos próprios valores coletivos e, ainda, não se sabia dos efeitos negativos que elas poderiam causar (ESCOHOTADO, 1989, apud BUCHELE e CRUZ, 2008). Faziam parte de hábitos sociais e ajudavam a integrar as pessoas na comunidade através de cerimônias, rituais e festividades. Eles não se mostravam tão perigosos, pois estavam sob o controle da coletividade. Hoje, tais costumes encontram-se esvaziados em consequência das grandes mudanças socioeconômicas e os prejuízos do consumo vêm se mostrando graves.

O consumo de substâncias psicoativas esteve sempre presente nos contextos religiosos, místicos, terapêuticos, festivos, entre muitos outros. No uso festivo, observamos, nos nossos dias, algo semelhante no carnaval do Rio, na festa de peão de boiadeiro de Barretos, na Oktoberfest, a festa alemã da cerveja importada para Santa Catarina, exemplos de festas populares que lembram os antigos bacanais (TOSCANO Jr, 2001).

O recurso às drogas, inicialmente de cunho religioso ou médico, disseminou-se com o homem nas suas migrações, marginalizando-se ou tornando-se culturalmente aceitável ou até mesmo banal.

Inicialmente marginal, concentrado em certas regiões do planeta, o fenômeno disseminou-se no mundo inteiro predominando nos países industrializados. Ambas as guerras mundiais vieram sucedidas pelo consumo de drogas pelos adultos.

Assim, se por um lado, as drogas não são uma invenção da nossa sociedade, por outro, o aumento do consumo inadequado é certamente característico de nossa época (LARANJEIRA; SURJAN, 2001). Numa perspectiva histórica podemos dizer que a droga tornou-se um problema de saúde pública a partir da metade do século XIX (BERGERET, 1991).

A sociedade contemporânea é marcada por mudanças de paradigmas, culturais, socioeconômicos e de valores, que implicam necessariamente em uma readaptação do indivíduo em seu meio. Esta sociedade é constituída de seres humanos com pensamentos, sentimentos e comportamentos diferentes.

As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais experimentadas pela sociedade contemporânea produziram alterações significativas na vida das pessoas e modificaram a forma de interpretar o mundo e, conseqüentemente o consumo. A pós-modernidade desvencilha-se de todos os tipos tradicionais de ordem social, de uma maneira que não tem precedente. O contemporâneo passa a ser marcado pelo fim dos padrões, da estabilidade, da segurança e das certezas. Surge o tempo da indefinição, do medo e da insegurança (SILVA, 2011) com aumento de desafios e impasses em nossa forma de vida.

Ao contrário do que pensa o senso comum, o consumo de substâncias psicoativas não é uma causa dos males atuais da sociedade, mas um dos efeitos do caos em que emerge esta mesma sociedade. A falta de identidade contemporânea tem trazido ao indivíduo uma necessidade de se alienar de toda a angústia conseqüente. Por outro lado, paradoxalmente, quando o indivíduo busca as drogas, este tem uma possibilidade de encontrar a identidade perdida por meio da identificação grupal.

Minayo (2003) pontua que a dependência química revela sintomas da sociedade de consumo, que, no capitalismo pós-moderno, é percebida como disparadora e aceleradora do uso/abuso e dependência, pois o mercado das drogas oferece poder econômico e possui capilaridade, indo das camadas sociais mais pobres até as mais abastadas. O que é valorizado

é o consumo, em que, além do abuso de substâncias psicoativas, percebe-se o abuso das relações e do meio ambiente.

O principal problema social associado ao uso de substâncias está na comercialização desses produtos, que envolve relações de produção e reprodução, de riqueza, poder e simbologia, em um contexto em que essas mercadorias tornam-se fetiches de consumo. O mercado de drogas tem as características do capitalismo globalizado, organizado desde a produção até sua distribuição, envolvendo técnicas de extrema capilaridade, envolvendo todas as camadas sociais, possibilitando acumulação de capital ilícito. Tal fato ocorre devido à demanda cada vez mais crescente (MINAYO, 2003).

O crescimento da vulnerabilidade social, a desfiliação, a segregação e a pobreza são efeitos de uma política neoliberal adotada pela economia globalizada que engendra, em última instância, a precariedade das relações de trabalho e cuja consequência direta é a desestruturação do emprego e o surgimento de uma classe crescente de miseráveis. Cada vez mais cedo tem início a busca às drogas, a venda do próprio corpo e o tráfico de drogas (SOUZA, 2005).

Frente a esse quadro social, a utilização de drogas é um recurso na busca de sentimentos de pertença e de reconhecimento pelo outro, ainda que temporariamente (SOUZA, 2005).

Em uma sociedade focada no consumo, onde o importante é o “ter” e não o “ser”, onde a inversão de crenças e valores gera desigualdades sociais, favorece a competitividade e o individualismo, não há mais “certezas” religiosas, morais, econômicas ou políticas. Esse estado de insegurança, de insatisfação e de estresse constante incentiva à busca de novos produtos e prazeres – nesse contexto, as drogas podem ser um deles (BUCHELE e CRUZ, 2008).

## **2.1 Drogas: conceito, classificação e efeitos**

O termo droga tem origem na palavra drog, proveniente do holandês antigo e cujo significado é folha seca. Esta denominação é devido ao fato de, antigamente, quase todos os

medicamentos utilizarem vegetais em sua composição. Atualmente, porém, o termo droga, segundo a definição da OMS (1993) abrange qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento.

As drogas utilizadas para alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental são chamadas drogas psicotrópicas. O termo “psicotrópicas” é formado por duas palavras: psico e trópico. Psico está relacionado ao psiquismo, que envolve as funções do sistema nervoso central; e trópico significa em direção a. Drogas psicotrópicas, portanto, são aquelas que atuam sobre o cérebro, alterando o funcionamento da atividade cerebral. Por essa razão, são também conhecidas como substâncias psicoativas (OBID, 2013).

Uma droga não é por si só boa ou má. Algumas substâncias são usadas com a finalidade de produzir efeitos benéficos, como o tratamento de doenças, e são consideradas drogas medicamentosas ou simplesmente medicamentos. Mas também existem substâncias que provocam malefícios à saúde, os venenos ou tóxicos. Uma coisa importante, a saber, é que uma mesma substância pode funcionar como medicamento em algumas situações e como tóxico em outras (NICASTRI, 2008).

Há diversas formas de classificar as substâncias psicoativas, sendo os mais utilizados aqueles que dizem respeito à origem, legalidade e mecanismos de ação.

Quanto à sua origem, podem ser classificadas como: naturais, semissintéticas e sintéticas.

As naturais são plantas cuja matéria prima é usada diretamente como droga ou extraída e purificada e que provocam efeitos alucinógenos de forma natural, sem a composição de produtos químicos. São aquelas que não são produzidas em laboratório. Exemplos: cogumelos, trombeteira, consumidos em forma de chá, ópio (papaver somniferum) derivado da papoula do oriente, maconha, tabaco e cocaína em seu consumo in natura. As semissintéticas são resultado de reações químicas em laboratórios a partir de drogas naturais. Exemplos: cocaína e crack, maconha (THC - Tetrahydrocannabinol), tabaco (cigarro), heroína (ópio) e álcool. Algumas delas são produzidas em escala industrial, como as bebidas alcoólicas e o cigarro. Já as sintéticas são produzidas unicamente em laboratório, por manipulações químicas, e não dependem para sua confecção, de substâncias vegetais ou animais como matéria prima. Exemplo: LSD, Êxtase. Nesta categoria incluem-se também os calmantes e os

barbitúricos ou medicações indutoras do sono e anfetaminas fabricadas pela indústria farmacêutica com finalidade médica. Há vários opiáceos sintéticos em nosso meio, dentre os quais se destacam a meperidina (Dolantina) e a fentanila (Fentanil) (NICASTRI; MEYER et al., 2004).

No que se refere à classificação segundo a legalidade, as drogas podem ser lícitas ou ilícitas. Uma droga é lícita quando não é crime produzir, usar, nem comercializar e ilícita quando a produção, a comercialização e o consumo são considerados crimes, sendo proibidas por leis específicas (SENAD, 2002).

O fato de uma droga ser legal ou ilegal não está relacionado as suas propriedades químicas ou a seus riscos para a saúde. O álcool, embora sendo uma droga legalizada, tem trazido um impacto social e econômico muito grande.

A classificação pela ação no sistema nervoso central (SNC) é fundamental para a compreensão de como as drogas produzem os respectivos efeitos. As alterações do psiquismo não ocorrem sempre no mesmo sentido e direção, ou seja, modificam o funcionamento de acordo com o tipo de droga psicoativa ingerida.

De acordo com Laranjeira e Nicastri (1996) as substâncias psicoativas são classificadas em três grupos, de acordo com a atividade que exercem sobre o cérebro:

- Depressores: substâncias que tendem a produzir diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, sendo comum um efeito euforizante inicial (diminuição das inibições, da crítica) e um aumento da sonolência, posteriormente. São exemplos desta classe: álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, opiáceos e solventes.
- Estimulantes: substâncias que levam a um aumento do estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos. São exemplos desta classe: cocaína/crack, anfetaminas, nicotina e cafeína.
- Perturbadores: substâncias que provocam o surgimento de diversos fenômenos psíquicos anormais (dentre os quais alucinações e delírios), sem que haja inibição ou estimulação globais do SNC. São exemplos desta classe: cannabis e derivados, LSD, ecstasy e anticolinérgicos.

Nem todas as pessoas que usam drogas o fazem da mesma maneira, na mesma frequência e quantidade. Existem diferentes padrões de uso de drogas.

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 Organização Mundial de Saúde) e o DSM-IV (4ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana), aceitos pela Organização Mundial de Saúde. 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.

De acordo com o OBID (2013) os padrões de uso podem ser:

- 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 e no DSM-IV.

A determinação dos diversos padrões de uso de substâncias psicoativas é importante para estabelecer o melhor programa terapêutico para os usuários, além de permitir diagnóstico e classificação acurados. Segundo Silveira e Moreira (2006):

O padrão de consumo decorre da interação de fatores como o tipo de droga utilizada, as características biológicas e psicológicas do usuário e o contexto em que se dá o uso de drogas. É evidente que o conjunto das experiências vivenciadas por usuários nesse campo, também pode contribuir para a repetição desse consumo, e está intimamente relacionado à ação dessas substâncias no organismo humano.

As substâncias psicoativas provocam efeitos agudos e crônicos, somáticos e psíquicos sobre o organismo. Esses efeitos, frequentemente, não dependem só da substância consumida, mas do contexto em que é usada e das experiências do usuário.

De acordo com Pina (2000) os efeitos das drogas podem ser descritos de acordo com o quadro 1:

**Quadro 1:** Caracterização das drogas

CARACTERIZAÇÃO DAS DROGAS SEGUNDO OS EFEITOS IMEDIATOS (POSITIVOS E NEGATIVOS) E EFEITOS TARDIOS DO CONSUMO CONTÍNUO			
DROGA	EFEITOS IMEDIATOS		Efeitos tardios do consumo continuado
	POSITIVOS são os que o dependente procura	NEGATIVOS mais frequentes na sobredosagem e em fases tardias do consumo continuado	
Opiáceos (ex.: heroína)	Elimina a ansiedade e depressão, promove a confiança, euforia e extremo bem-estar	Cólicas abdominais, confusão mental, convulsões, paragem respiratória por inibição dos Centros Respiratórios e, se não houver assistência terapêutica rápida, a morte	Anorexia, emagrecimento e desnutrição, obstipação, impotência ou frigidez sexual, esterilidade, demência, confusão e infecções várias (hepatites, Sida, endocardites quando a administração é endovenosa)
Benzodiazepinas	Elimina a ansiedade e a tensão muscular. Promove a desinibição psicológica e o sono "para dormir e esquecer"	Diminuição da coordenação motora, do equilíbrio, hipotensão, bradicárdia, paragem respiratória e morte	Emagrecimento, ansiedade, irritabilidade e agressividade, grande labilidade emocional, depressão com risco de suicídio

Álcool	Elimina a ansiedade e a tensão muscular.	Diminuição da coordenação motora,	Polineurite, impotência ou frigidez sexual,
	Promove a desinibição psicológica e o sono "para dormir e esquecer"	do equilíbrio, hipotensão, bradicárdia, paragem respiratória e morte	amnésia, diplopia (visão dupla), cirrose hepática, labilidade emocional, agressividade extrema e demência irreversível (devido à destruição irreversível de células cerebrais)
Inalantes (tintas, lacas, colas, gasolina, solventes, aerossóis, etc.)	Elimina a ansiedade e a tensão muscular. Promove a desinibição psicológica e o sono "para dormir e esquecer"	Embriaguez, alucinações, diplopia (visão dupla), paragem respiratória, coma e morte	Doenças graves do fígado, rim e sangue (leucemias), e demência irreversível
Anfetaminas Ecstasy Cocaína Crack	Estado de grande auto-confiança, euforia e energia. Aumento efêmero da capacidade de concentração, memorização, rapidez de associação de ideias, maior força muscular e diminuição da fadiga, sono, fome, sede ou frio	Secura da boca, suores, febre, hipertensão e arritmias cardíacas, irritabilidade, agressividade, tremores e convulsões, delírios paranóides A exaustão contínua pode provocar desidratação, problemas cardíacos, renais e morte A cocaína está frequentemente associada à perfuração do septo nasal	Emagrecimento, irritabilidade, delírios paranóides (sensação de ser perseguido por organizações secretas, etc.) A perfuração do septo nasal é uma complicação típica do consumo inalado de cocaína O ecstasy está raramente associado a crises de flashback

Canabinóides	Elimina a ansiedade e promove sensação de bem-estar, desinibição, maior capacidade de fantasiação, visualização da realidade com mais intensidade (cores e sons mais distintos)	Secura da boca, reacções de ansiedade e pânico (paradoxalmente mais comuns em fumadores experientes), agressividade e, excepcionalmente, alucinações	Pode desencadear uma doença mental (psicose) nos raros indivíduos predispostos Síndrome "amotivacional" (provavelmente apenas em grandes consumidores predispostos)
Alucinogénios (ex.: LSD)	Forte exaltação das percepções sensoriais (cores e sons mais intensos), sinestésias (transferências das	Má viagem ou "bad trip" em que o consumidor tem sensação intensa de pânico e delírios	Crises psicóticas com delírios e alucinações Flash-backs ou períodos efémeros nos quais o ex-consumidor
	impressões de um sentido para outro: ouve-se cores e vê-se sons). Sensação de levitação, despersonalização mística em que o indivíduo se sente unido ao Universo deixando de ser uma unidade individualizada	paranóides que podem durar até cerca de 2 dias Estas reacções descontrolados provocam ocasionalmente acidentes mortais	volta a sentir os efeitos do consumo até um ano depois de deixar de consumir
Tabaco	Relaxamento psicológico, facilitador da concentração	Aumento do ritmo cardíaco e hipertensão, tosse e problemas cardíacos e vasculares graves em indivíduos predispostos	Doenças pulmonares e cancro Doenças vasculares (enfarte do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais, gangrena dos membros e impotência sexual)

Fonte: Antonio Paula Brito de Pina,( 2000)

As drogas representam um agressor entre tantos outros presentes na vida moderna. Seu uso não representa um processo de alienação social, mas sim, um dos fatores que prejudicam, alienam, embriagam a formação dos jovens e até das crianças, como vem sendo identificado atualmente (CARLINI; GALDURÓZ; NAPPO, 2002).

Na atualidade, convivemos com um crescimento significativo no consumo de drogas, sendo usada cada vez mais precocemente e não padronizando vítimas, afetando homens, mulheres, adolescentes, jovens, adultos, idosos, de classe socioeconômica baixa ou alta, causando, em muitos casos, transtornos e problemas pessoais, familiares e sociais. Também convivemos com o desenvolvimento de substâncias novas e vias de administração alternativas de produtos já conhecidos, com incremento nos efeitos e aumento no potencial de desenvolvimento de dependência, como temos observado no consumo de cocaína pela via pulmonar, na forma de crack.

## **2.2 Dependência Química**

A dependência química (DQ) é uma doença primária, crônica e recidivante (popularmente conhecida como recaída) em que o uso continuado de substâncias psicoativas provoca mudanças na estrutura e no funcionamento do cérebro (KALIVAS, 2005, *apud* LARANJEIRA, 2012).

A DQ é um transtorno de natureza multifatorial que vai além dos fenômenos causados ou desencadeados pela droga, abrangendo, também, a suscetibilidade individual e o contexto social em que o indivíduo encontra a substância (LIMA, FONSECA; RIBEIRO, 2012).

Parece ser determinada pela junção de componentes biológicos (como uma predisposição genética), sociais (as crenças e valores de nossa sociedade, que cultua o uso de álcool, por exemplo), como também pela própria personalidade do indivíduo em consonância com sua história de vida e meios de convívio que irão fornecer os seus referenciais, suas representações, bem como estimular ou inibir certos padrões de comportamento.

A dependência de substâncias psicoativas é uma síndrome bem definida internacionalmente, cujo diagnóstico é realizado pela presença de uma variedade de sintomas que indicam que o indivíduo consumidor apresenta uma série de prejuízos e comprometimentos devido a seu consumo.

Segundo a Classificação Internacional de Doença (CID-10, 1993) um diagnóstico de dependência de substâncias psicoativas é confirmado quando:

**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.
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: Mansur (2013)

Apesar dos prejuízos que o indivíduo passa a apresentar pelo uso de drogas, outra característica fundamental da dependência é o fato do sujeito ainda assim manter o consumo ou frequentemente a este retornar. Perde-se, parcial ou totalmente, a capacidade de controlar o uso, a droga passa a controlar a rotina do indivíduo. A definição como "síndrome" implica em uma série de sintomas que não necessitam estar todos presentes ao mesmo tempo para o diagnóstico ser realizado. Este fato implica em uma variedade de quadros clínicos que se apresentam aos diferentes serviços de atendimento, garantindo as diferenças individuais entre os pacientes dependentes.

A DQ é uma doença classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993), pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10, F.10 a 19): “Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas”, apontados nos códigos que indicam a que tipo de substâncias psicoativas o transtorno está associado.

F10 – Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de álcool.

F11. – Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de opióides.

F12. – Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de canabinóides.

F13. – Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de sedativos ou hipnóticos.

F14. – Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de cocaína.

F15. – Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de outros estimulantes, incluindo a cafeína.

F16. – Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de alucinógeno.

F17. – Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de tabaco.

F18. – Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de solventes voláteis.

F19. – Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias.

Os transtornos por uso de substâncias psicoativas, com todas suas características e consequências biopsicossociais, apresentam-se, na atualidade, como um grave problema de saúde pública.

### **3 TRATAMENTO**

O tratamento da DQ deve ser dirigido basicamente às pessoas que se tornaram dependentes de drogas, isso é, com o diagnóstico de dependência, pois não se deve falar em tratamento a alguém que usa álcool apenas ocasionalmente ou socialmente e nem para usuários experimentais ou ocasionais de outras drogas (CEBRID, 2013)

Em razão de sua etiologia multifatorial, envolvendo aspectos individuais, biológicos, psicológicos, sociais e culturais, os transtornos por uso de substâncias psicoativas apresentam ampla variedade de propostas de tratamento.

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.

É considerada doença crônica, tal qual a hipertensão arterial e o diabetes, e como tal acompanha o indivíduo por toda sua vida. Como toda doença crônica, o tratamento é voltado para a redução dos sintomas, que afetam não apenas o paciente, mas toda a comunidade ao seu redor; períodos de controle da doença são observados no tratamento, mas uma das características fundamentais é o retorno de toda a sintomatologia em alguns períodos da vida do indivíduo (SENAD, 2003).

A OMS (2001) destaca que a dependência química deve ser tratada simultaneamente como uma doença médica crônica e como um problema social. Pode ser caracterizada como um estado mental e, muitas vezes, físico que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga, gerando uma compulsão por tomar a substância e experimentar seu efeito psíquico e, às vezes, evitar o desconforto provocado por sua ausência. Não basta, portanto, identificar e tratar os sintomas, mas sim, identificar as consequências e os motivos que levaram à mesma, pensando o indivíduo em sua totalidade, para que se possa oferecer outros referenciais e subsídios que gerem mudanças de comportamento em relação à questão da droga.

Os principais modelos de tratamento são: psiquiátrico e farmacológico; ambulatorial (CAPS ad); acolhimento em Comunidades Terapêuticas; psicoterápicos; grupos de ajuda mútua. Na dependência química não há cura, mas tratamento; e não há tratamento único e padronizado, mas múltiplos tratamentos padronizados e individualizados, de forma que qualquer um pode ser melhor do que nenhum (BERNIK, 1991).

De acordo com a NIDA (NIDA, 2009, *apud* RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012) um dos princípios do tratamento efetivo é que a desintoxicação é só o começo do tratamento.

Diante de um tratamento de desintoxicação, tanto para os dependentes como para os familiares, normalmente partem da ilusão de que, ao desintoxicar-se, o indivíduo cessará sua dependência química, quando, na verdade, diversos estudos têm demonstrado que a desintoxicação sem outros acompanhamentos estão relacionados à recaída (RIGOTTO e GOMES, 2002) uma vez que para que a desintoxicação tenha efetivo resultado, deverá haver adesão ao tratamento, a vontade de abandonar as drogas, a conscientização da doença.

Corroborando com essa perspectiva podemos citar Sudbrack (2013) que abaliza que é uma ilusão achar que só a internação vai resolver o problema. Na verdade, a desintoxicação é só uma parte do tratamento, pois o mais importante é a reinserção social.

A Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, surge em contrapartida ao movimento da reforma sanitária (1970). No que diz respeito à internação, que esta só deve ser feita caso outros recursos de tratamento se mostrem insuficientes. A mudança do modelo de atendimento deixa de ter o hospital como a referência máxima em saúde mental.

A Lei 10.216/2001 define três modalidades de internação psiquiátrica: internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro e a internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

A internação voluntária é a pessoa que solicita voluntariamente a própria internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. O término da internação se dá por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico responsável. Uma internação voluntária pode, contudo, se transformar em involuntária e o paciente, então, não poderá sair do estabelecimento sem a prévia autorização.

A internação involuntária ocorre sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiros. Geralmente, são os familiares que solicitam a internação do paciente, mas é possível que o pedido venha de outras fontes. O pedido tem que ser feito por escrito e aceito pelo médico psiquiatra. A lei determina que, nesses casos, os responsáveis técnicos do estabelecimento de saúde têm prazo de 72 horas para informar ao Ministério Público do estado sobre a internação e os motivos dela. O objetivo é evitar a possibilidade de esse tipo de internação ser utilizado para a cárcere privado.

A internação compulsória não é necessária a autorização familiar. A internação compulsória é sempre determinada pelo juiz competente, depois de pedido formal, feito por um médico, atestando que a pessoa não tem domínio sobre a própria condição psicológica e física. O juiz levará em conta o laudo médico especializado, as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Os diferentes estágios da dependência química, assim como as características peculiares de cada usuário definirão o ambiente mais adequado para a realização do

tratamento. Dentre esses diferentes ambientes propostos, podemos citar alguns, conforme Edwards, Marchall e Cook (1999) apud Ribeiro (2000): Rede primária de atendimento à saúde, unidades comunitárias álcool e outras drogas, unidade ambulatorial especializada, Comunidades Terapêuticas, grupos de auto ajuda, hospitais gerais, hospital dia, hospital psiquiátrico, moradia assistida, casa de passagem, sistema judiciário.

Em 2003 foi lançada a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Foi reconhecido o atraso da responsabilidade do SUS com as pessoas que fazem o uso indevido de álcool e outras drogas. Visam assim ações voltadas para a atenção integral dos mesmos, pressupondo o caráter multifatorial e assim requerendo uma assistência intersetorial que não reduza a atenção apenas ao sistema de saúde.

O Ministério da Saúde tem buscado intervir nas causas e efeitos do consumo prejudicial de álcool e outras drogas, em conjunto com outras políticas sociais, por meio das ações previstas no Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (SUS) – (PEAD 2009-2010), instituído pela Portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009, e do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC), instituído pelo Decreto Presidencial nº 7179 de 20 de maio de 2010. Uma das principais diretrizes da Política de Saúde Mental, delineada pelo Ministério da Saúde a partir da reforma psiquiátrica, é reduzir o número de leitos oferecidos em hospitais psiquiátricos e transferir a responsabilidade pela assistência a esses pacientes para a rede de atenção extra-hospitalar, da qual fazem parte os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as equipes de Saúde da Família e os Consultórios de Rua (CR).

### **3.1 Mulheres e Dependência Química**

Historicamente, problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas são mais comuns em homens.

Estudos mostram que há diferença entre homens e mulheres no que diz respeito à incidência e à prevalência no uso de álcool: as mulheres usam menos substâncias psicoativas, incluindo o álcool (CEBRID, 2001, 2005). Essa diferença vem decrescendo consideravelmente, o que pode ser atribuído à conquista da igualdade de direitos entre os sexos, resultantes das lutas e movimentos feministas das décadas de 1960 a 1980. Observa-se uma tendência também em relação à igualdade no consumo de drogas, influenciada pela

mudança no estilo de vida que a mulher adquiriu juntamente com seus novos papéis e responsabilidades (ALMEIDA, 2004; BARROS et al., 2005).

No segundo Levantamento Domiciliar realizado em 2005 verificou-se uma prevalência masculina para dependentes de álcool, entre os homens encontrou-se uma proporção de 19,5% e entre as mulheres 6,9% (CARLINI *et al.*, 2006).

O segundo Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas (LENAD, 2012), divulgado pela UNIFESP, apontou que as mulheres estão bebendo mais e com mais frequência. Nos últimos seis anos, a proporção das que consomem álcool de maneira excessiva aumentou 24%, passando de 15% para 18,5% das brasileiras.

Segundo Laranjeira (2013) o aumento do consumo de álcool por mulheres reflete a maior frequência do ato de beber socialmente, e não em casa. Mulheres que socializam como homens estão bebendo tanto quanto eles. Explicou que esse consumo excessivo de álcool é o que os especialistas chamam de "binge", isto é, a ingestão de quatro unidades ou mais de bebida, para mulheres, e cinco unidades ou mais, para homens, em um período curto de tempo (duas horas).

Para Laranjeira (2013) o aumento no consumo excessivo de álcool pela população brasileira reflete o aumento da renda nos últimos anos, principalmente entre as classes mais baixas. Enquanto na classe A o consumo "binge" se manteve estável, nas classes C, D e E, houve, respectivamente, um aumento de 43%, 43% e 48% nesse comportamento.

O LENAD (2012) mostra que, quanto menor a renda, maior o consumo excessivo de álcool. Na classe E, 71% bebem de forma exagerada; na C o índice é de 60%, na B de 56% e na A de 45%. A lógica se repete quando se analisa o crescimento do consumo excessivo entre os diferentes grupos sociais. Quanto menor a renda, maior o aumento no período avaliado, de 2006 a 2012.

Laranjeira (2013) diz que os resultados do estudo evidenciam o quanto as pessoas mais pobres sofrem com a ausência de uma estratégia efetiva do governo para a prevenção do abuso de álcool. “Essa política é acovardada”, constata. “A única mensagem que ouvimos é a de não associar direção e bebida. Todos, incluindo o Ministério da Saúde, ficam cheios de dedos para colocar em prática ações mais agressivas.”

Segundo Meirelles (2013) sócio-diretor do Instituto Data Popular, especializado em pesquisas de consumo nas classes C e D, a melhora do padrão de vida promove a diversificação de compras de produtos industrializados. E, assim, o álcool vem ganhando

espaço. O Data Popular observou dois movimentos que evidenciam a melhoria da renda, que se destacam no Nordeste: “Quem começa a ganhar mais dinheiro na classe C passa a comprar destilados como uísque e vodca, enquanto as classes D e E mudam da pinga para a cerveja”. Meirelles relata as razões para o consumo ter se modificado. “Antes, a bebida era vinculada ao “esquecer da vida”; o consumo de álcool principalmente nas classes C e D era atrelado a uma espécie de fuga. O que a gente começa a encontrar hoje é o álcool associado aos momentos de lazer, entretenimento e celebração”.

O tratamento para DQ era pensado, até pouco tempo atrás, que todos os dependentes eram iguais e formavam um grupo homogêneo. Somente nos últimos 25 anos os serviços de tratamento perceberam a necessidade de identificar subgrupos de dependentes, com a finalidade de ajustar as propostas terapêuticas para cada subgrupo.

De acordo com a entrevista da Dra. Silvia Brasiliano ao site Antidrogas (2006) afirmou que atualmente sabe-se que homens e mulheres dependentes apresentam múltiplas diferenças baseadas em uma complexa interação entre fatores sociais, genéticos, hormonais, neurofisiológicos e ambientais. Algumas entre as principais são:

- Mulheres dependentes sempre foram mais estigmatizadas que os homens. Este preconceito está na base do sub-diagnóstico da dependência entre elas e das múltiplas dificuldades que as mulheres apresentam para procurar ajuda;
- O curso e as consequências da dependência de álcool, cocaína, maconha e anfetamina é mais rápido nas mulheres que nos homens, ou seja, elas vivenciam os efeitos dessas substâncias mais precocemente que eles;
- O uso de drogas pelas mulheres é influenciado pelo contexto social. A princípio, mulheres dependentes têm mais parceiros que são dependentes que o inverso. Além disso, o companheiro usuário não somente introduz e reforça o uso da mulher, mas também ocupa um papel importante na manutenção do seu comportamento. Assim, quando buscam ajuda as mulheres geralmente não contam com esse suporte, ou mesmo, em alguns casos, têm que lidar com a oposição ativa do parceiro ao tratamento. Essa carência de suporte manifesta-se

também entre familiares e amigos, o que leva a mulher dependente frequentemente ao isolamento social;

- No que diz respeito à problemática geral, enquanto os homens dependentes têm mais problemas legais, as mulheres apresentam mais problemas médicos, dificuldades sociais e familiares (com o preconceito, o companheiro e a maternidade) e sintomas psicológicos, referindo frequentemente baixa autoestima e comportamento autodestrutivo;
- As mulheres apresentam taxas maiores de comorbidade psiquiátrica que os homens, principalmente com depressão, transtornos ansiosos e transtornos alimentares.

Em entrevista ao Núcleo Einstein de Álcool e Drogas (NEAD) do Hospital Israelita Albert Einstein (2004) a Dra. Silvia Brasiliano apontou que

Embora venha aumentando a detecção de mulheres fármaco-dependentes, ainda há poucos estudos que esclareçam suas reais necessidades, tanto para o desenvolvimento de programas de tratamento, quanto para programas de prevenção. No entanto, não há mais dúvidas que elas constituem um grupo com características tão diferentes dos homens que se torna impossível generalizar resultados de um grupo para outro.

### **3.2 Família e Dependência Química**

A família é a primeira referência do homem; é como uma sociedade em miniatura. É na família, mediadora entre o indivíduo e a sociedade, que aprendemos a perceber o mundo e a nos situarmos nele. Ela é a principal responsável por nossa formação pessoal, porém não é a única. Buchele (2004) relata:

A família e a influência cultural são fatores importantes na determinação do padrão do uso e consumo do álcool e outras drogas. Há várias evidências de que os padrões culturais têm papel significativo no desenvolvimento do alcoolismo. Sem, entretanto, ignorar as condições preexistentes de personalidade que podem favorecer a dependência de álcool e outras drogas.

Numa perspectiva sócio histórica e cultural, a família ocidental presenciou grandes mudanças no que se refere ao seu processo de individualização, principalmente ao longo da segunda metade do século XX até os dias atuais: diminuição da durabilidade dos casamentos e das famílias numerosas; aumento do número de divórcios e de recasamentos; regularização da união estável; surgimento dos mais variados modelos de famílias – monoparentais, nucleares, unipessoais, homoparentais, recompostas, dentre outros. (LINO, 2009)

A família é a referência básica na formação de uma pessoa. Em seu interior ocorrem as primeiras experiências de vínculos e ela tem sido objeto de estudo de várias áreas do conhecimento.

Na família as pessoas desempenham “papéis familiares”, isto é, existem lugares que cada pessoa ocupa dentro da família. Há necessidade de duas ou mais pessoas para que estes papéis possam ser postos em prática e sirvam, de referência, na construção de modelos de identificação e socialização de um indivíduo. (PEDROSA, 2004).

No Brasil, não existe hoje um modelo único e geral de família. A família brasileira enfrenta atualmente um processo de modificações em seu modelo de organização nuclear tradicional (pai, mãe e filhos vivendo sob o mesmo teto) e as modificações estão diretamente relacionadas às da sociedade.

A dependência química é considerada um problema de saúde pública afetando toda sociedade. No entanto, o sofrimento com o uso de substâncias psicoativas afeta de maneira mais importante, além do próprio dependente, a sua família, atingindo diretamente o cônjuge e os filhos, e envolvendo de alguma forma outras pessoas como, pais, irmãos, avós e tios.

Embora não existam duas famílias iguais ou que respondam à dependência de substâncias psicoativas da mesma forma, há sentimentos e comportamentos comuns que prevalecem em quase toda família que abriga um dependente. Todavia, de acordo com

algumas referências, os principais sentimentos das famílias que convivem com dependentes químicos são: raiva, ressentimento, descrédito das promessas de parar, dor, impotência, medo do futuro, desintegração, solidão diante da sociedade, culpa e vergonha pelo estado em que se encontram.

De acordo com Figlie (2004) o impacto que a família sofre com o consumo de drogas por um de seus membros é correspondente as reações que vão ocorrendo com a pessoa que a utiliza. Este impacto pode ser descrito através de quatro estágios pelos quais a família progressivamente passa sob a influência das drogas:

1. Na primeira etapa, é preponderantemente o mecanismo de negação. Ocorre tensão e desentendimento e as pessoas deixam de falar sobre o que realmente pensam e sentem.

2. Em um segundo momento, a família demonstra muita preocupação com essa questão, tentando controlar o uso da droga, bem como as suas consequências físicas, emocionais, no campo do trabalho e no convívio social. Mentiras e cumplicidades relativas ao uso abusivo de álcool e drogas instauram um clima de segredo familiar. A regra é não falar do assunto, mantendo a ilusão de que as drogas e álcool não estão causando problemas na família.

3. Na terceira fase, a desorganização da família é enorme. Seus membros assumem papéis rígidos e previsíveis, servindo de facilitadores. As famílias assumem responsabilidades de atos que não são seus, e assim o dependente químico perde a oportunidade de perceber as consequências do abuso de álcool e drogas. É comum ocorrer uma inversão de papéis e funções, como por exemplo, a esposa que passa a assumir todas as responsabilidades de casa em decorrência o alcoolismo do marido, ou a filha mais velha que passa a cuidar dos irmãos em consequência do uso de drogas da mãe.

4. O quarto estágio é caracterizado pela exaustão emocional, podendo surgir graves distúrbios de comportamento e de saúde em todos os membros. A situação fica insustentável, levando ao afastamento entre os membros gerando disfunção familiar.

Embora tais estágios definam um padrão da evolução do impacto das drogas, não se pode afirmar que em todas as famílias o processo será o mesmo, mas indubitavelmente existe uma tendência dos familiares de se sentirem culpados e envergonhados por estarem nesta situação. Muitas vezes, devido a estes sentimentos, a família demora muito tempo para admitir o problema e procurar ajuda externa e profissional, o que corrobora para agravar o desfecho do caso. (FIGLIE, 2004)

A família é fundamental para o sucesso do tratamento da dependência química. Citando Shenker e Minayo (2004), a família influencia tanto no aparecimento da dependência como no tratamento do sujeito, pois ela é a sua rede de apoio mais próxima. As complexas e variáveis relações familiares vão de um extremo ao outro e correspondem a um elemento importante do tratamento da dependência química. Porém, pensar que tudo se resolverá a partir de uma internação ou após algumas consultas médicas é uma armadilha que não polpa a mais sincera tentativa de tratamento.

### **3.3 Serviço Social e Dependência Química**

A dependência química é uma das diversas expressões da questão social e por isso, uma demanda para o Assistente Social.

Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2011).

O Assistente Social, em seu exercício profissional se depara cotidianamente com esta demanda e suas decorrências vivenciando impasses e limites devido à escassez de recursos disponibilizados na rede pública de atendimento ao usuário de drogas.

Levantamentos epidemiológicos apontam que o alcoolismo e outras drogas é um dos problemas mais importantes na saúde pública em todo mundo. Sendo a saúde um dos principais campos de atuação do Serviço Social se faz necessário à discussão sobre drogas, assunto presente em várias dimensões da sociedade – trabalho, escola, comunidade etc.

O Assistente Social, na expressão da questão social da dependência química, trabalha numa equipe interdisciplinar, buscando promover a inclusão social dos usuários de drogas pela adoção de uma abordagem de atenção integral que estimule a qualidade de vida e o exercício pleno da cidadania, disponibilizando informação e orientação, acolhimento e apoio.

O aspecto interdisciplinar, uma das características do trabalho do assistente social, é ressaltado por Yamamoto (2011, p.63-4):

...o assistente social não realiza seu trabalho isoladamente, mas como parte de um trabalho combinado ou de um trabalhador coletivo que forma uma grande equipe de trabalho. Sua inserção na esfera do trabalho é parte de um conjunto de especialidades que são acionadas conjuntamente para a realização dos fins das instituições empregadoras, sejam empresas ou instituições governamentais.

A interdisciplinaridade é uma articulação que possibilita a distribuição de poder e de responsabilidade entre os membros da equipe, mas não descaracteriza a especificidade do papel de cada um (COSTA; COSTA; SAMPAIO, 2001, apud PETRY, 2005).

A interdisciplinaridade [...] é entendida aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum, os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências desses conceitos e, assim gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos (VASCONCELOS, 2000 apud MIRANDA, 2004, p.47, apud PETRY, 2005).

Na área da dependência química, o profissional do Serviço Social tem dado grande ênfase à prevenção; tratamento e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas. Intervém nas relações sociais que fazem parte do cotidiano de sua população usuária através

de ações socioeducativas, voltando-se também numa perspectiva emancipatória, defendendo, preservando e efetivando direitos sociais (YAZBEK, 2004).

O Assistente Social deve saber que o dependente químico desenvolve um comportamento autodestrutivo de desestruturação de sua pessoa e do meio onde se encontra, desenvolvendo reações disfuncionais em relação ao outro e que o primeiro alvo a ser atingido é a família. (BEATTIE, 1997, p. 15).

Logo a atuação do Assistente Social ao lidar com o dependente e sua família, é de fundamental importância para a facilitação da reinserção social de ambas as partes, a fim de promover a recuperação dos envolvidos. É preciso orientar o dependente e a família quanto aos prejuízos físicos e sociais causado pela droga, ou seja, envolver a família no tratamento. A abordagem familiar deve ser considerada como parte integrante do tratamento.

### **3.4 Associação Hospitalar Thereza Perlatti de Jau**

A Associação Hospitalar Thereza Perlatti de Jaú (AHTP) foi fundada em 1958, é uma entidade beneficente, sem fins lucrativos, de natureza privada vinculada ao Estado, especializada na área de saúde mental, oferece atendimento humanizado a sessenta e oito municípios da região centro oeste paulista vinculados ao Departamento Regional de Saúde VI (DRS) Bauru.

Conta com equipe Interdisciplinar que utiliza metodologia psicodinâmica em conformidade com a atual política de Saúde Mental, preconizando a transição do modelo asilar (exclusão do paciente) para um modelo terapêutico aberto, garantindo a manutenção e preservação de identidade e respeito dos direitos de cidadania.

A AHTP é referência no tratamento de saúde mental, atende pacientes que se encontram adoecidas, com algum quadro de doença psiquiátrica ou psíquica, garante assim o acesso à saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS), convênios e particulares. O Projeto Terapêutico está embasado na Lei 10.216 de 04/06/2001 que preconiza o modelo terapêutico aberto garantindo a manutenção e preservação de identidade, oferece tratamento digno e humanizado prevalecendo o direito a cidadania.

O procedimento utilizado no hospital para aquisição de vagas obedece aos seguintes critérios: os pacientes internados no hospital, através do SUS, são encaminhados por serviços de saúde que respondem a DRS-VI Bauru (Divisão Regional de Saúde) através de solicitação

de vaga para a Central de Vagas Psiquiátricas. As internações de outros convênios ou particulares são efetivadas através do contato com o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)/ Faturamento do Hospital que verifica a disponibilidade de vagas.

O sistema SUS disponibiliza de uma rede de serviços de saúde que articulados entre si cada qual dentro de sua especialidade solicitam as vagas quando necessário a Central de Vagas Psiquiátrica que regula as vagas disponíveis no Hospital Thereza Perlati, ou seja, as entidades solicitantes são: Prontos Socorros Municipais, CAPS/Ambulatórios Serviços de Saúde Mental, Ambulatórios de Saúde Mental (ASM) dos municípios e Santas Casas, neste sentido, a AHTP se apresenta como referência no tratamento de saúde mental.

Atualmente a AHTPJ, conta com Hospital Psiquiátrico com duzentos e dez leitos conveniados ao SUS e trinta leitos para outros convênios, com programas distintos em unidades de tratamentos específicas, para diferentes usuários conforme CID 10 e sexo, conta com projetos específicos como:

- Moradores/Longa Permanência, público alvo são pacientes com diagnósticos variados, com patologia de evolução crônica.
- Unidade de Atenção a Crise (UAC) I – Feminina – destinada á mulheres portadoras de transtornos mentais, conforme avaliação diagnóstica CID 10, feita por Médico Psiquiatras.
- Unidade de Atenção Crise (UAC) II – Feminina (Dependência Química) – destinada á mulheres adultas com diagnóstico em dependência química.
- Unidade Atenção á Crise (UAC) II – Feminina (Transtorno de Humor Leve) - destinada a mulheres adultas com diagnóstico de transtorno de humor leve.
- Unidade de Atenção á Crise (UAC) – Masculina - destinada a adultos portadores de transtornos mentais, conforme avaliação diagnóstica, segundo CID 10, feita por Médico Psiquiatra.
- Unidade de Dependência Química – Masculina – adultos com grau de comprometimento devido ao uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas, conforme critério diagnóstico da CID 10.

O atendimento é realizado através de: Propostas de Intervenções; Projeto Terapeuta Singular, Grupo de Recepção (acolhimento), Atendimento Individual (sobre avaliação da Equipe Técnica e demanda espontânea), Atendimento Familiar (reuniões e abordagens individuais e/ou grupais), Grupos de Oficinas terapêuticas, Grupos de Motivação, Grupo de

Comorbidade, Grupo de Ordem Judicial, Grupo de Psicoeducação, Atividades Recreativas e de Socialização, Assembléia, Orientação Individual sobre Internação Compulsória, Grupo de Enfermagem (orientação), Reuniões AA e NA, Grupo de Orientação para Alta.

Os Programas oferecidos e elaborados através de Projeto Terapêutico são;

- Programa Morador: destinado a pacientes crônicos, dispõe de um projeto terapêutico específico que visa a inclusão sócio familiar.

- Programa Lar Abrigado: para pacientes moradores da Associação, que obtiveram melhora e encontram-se estáveis, em condições de recuperar sua cidadania.

- Programa Hospital Dia: destinado a pessoas com transtornos mentais que necessitam de assistência diária de uma equipe especializada, retornando para seus lares ao final do dia.

- Clínica de Repouso Reviver: destinada ao tratamento de pessoas idosas, sendo somente para pacientes particulares e convênios.

- Centro de Apoio Neurológico: atende a real necessidade do paciente e do seu quadro neurológico, vindo de outros serviços, não especializados, visando tratamento eficaz, digno e humanizado.

- Dependência Química: os pacientes são separados por gênero: masculino e feminino. O atendimento realizado neste setor tem por objetivo primordial a desintoxicação e conscientização da doença através de informações sobre a forma de tratamento, importância de escolhas e práticas saudáveis, mudanças de hábitos e atitudes, fortalecimento emocional e familiar, acompanhamento a familiares, a importância e necessidade da continuidade do tratamento em modalidade ambulatorial, visando melhor enfrentamento da situação e realidade.

O período de desintoxicação tem objetivo da remissão da sintomatologia, recuperação dos pacientes e busca da reinserção sócio familiar e tem duração de 30 dias, em casos de ordens judiciais esse tempo pode ser estendido, uma vez que, há de se respeitar a determinação judicial.

Os pacientes são atendidos com abordagens terapêuticas que consistem em intervenções psicodinâmicas, medicamentosas, em conformidade com a atual política de Saúde Mental, garantindo os direitos de cidadania, tendo por finalidade prestar assistência médica, psicológica e social, propiciando acompanhamento aos pacientes e familiares na recuperação à saúde, são acompanhados por equipe multidisciplinar que seguem protocolos e

rotinas hospitalares, com horários estabelecidos para alimentação, banho, atendimento, visitas dos familiares na

Instituição, contatos telefônicos, participação em atividades esportivas, recreativas e terapia ocupacional, entre outras.

As atividades desenvolvidas com os pacientes são: grupos de autocuidados, atividades manuais direcionadas, vídeos relacionados á dependência química, objetivando a reflexão do uso e abuso das drogas e atividades físicas.

O apoio e acompanhamento familiar são realizados através de reuniões semanais pela equipe técnica, Assistente Social, Enfermeiro, Médico Psiquiatra, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional e quando solicitado pelas famílias é realizado atendimento individual. As reuniões de família é um momento essencial para a equipe de profissionais conhecer as realidades vivenciadas por pacientes e familiares, pois, se apresenta como ferramenta indispensável para a eficácia do tratamento e possibilidade de transformação social.

As reuniões de família acontecem duas vezes por semana, oportuniza a família o direito de conhecer e se aproximar do tratamento, sendo assim, são informados e orientados sobre á necessidade da continuidade do tratamento pósalta hospitalar, sobre encaminhamentos aos serviços de saúde como, aos CAPS ad, nos respectivos municípios de origem ou serviços mais próximos, também são informados sobre a importância na participação e apoio familiar do tratamento.

As visitas são diárias para que a família possa participar da terapêutica, visa o fortalecimento de vínculo afetivo familiar; minimizar as angústias e resgatar a confiança entre os laços.

O Recursos Humanos do hospital está em conformidade com a Portaria GM/MS 251/02 e conta com a equipe técnica formada por: Psiquiatras, Clínicos Gerais, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos, Nutricionistas, Farmacêuticos, Professores de Educação Física, Fisioterapeutas, Auxiliares de Técnico de Enfermagem e Dentistas (parceria com a Secretaria da Saúde).

O Serviço Social do hospital conta com cinco profissionais, entretanto, é na área da dependência química que se percebe a ênfase nos cuidados à prevenção e recuperação dos usuários de álcool e outras drogas. O profissional atua nas relações sociais desenvolvendo atividades e ações socioeducativas voltadas para uma perspectiva emancipatória, defendendo,

preservando, efetivando, e especialmente garantindo os direitos sociais dos pacientes enquanto sujeitos de direitos.

O trabalho do Assistente Social frente à dependência de substâncias psicoativas tem dimensão política, educativa e assistencial, atua com caráter educativo e preventivo, visa a promoção de saúde e qualidade de vida; com o objetivo de que o paciente reconheça a doença, compreenda a necessidade do tratamento e se conscientize da importância de continuidade do mesmo com o olhar na transformação e Reinserção social.

O Serviço Social é uma profissão, de natureza interventiva, educativa, informativa, investigativa, permite a realização de ações tanto no âmbito individual quanto no âmbito coletivo e administrativo através de vários instrumentais.

O Assistente Social desenvolve seu trabalho voltado para as expressões da questão social, de modo a minimizá-las e excluí-las, por isso a necessidade de ter competência teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, no sentido de emancipar os usuários através da autonomia, para que assim se tornem sujeitos da própria história, protagonistas de sua vida e ações, possibilitando o acesso aos direitos sociais por meio das políticas públicas no sentido de garantir o mínimo necessário para sobrevivência humana.

O papel fundamental do Assistente Social consiste no respeito a individualidade do usuário, sendo assim pauta-se nos onze princípios fundamentais do Código de Ética que regulamentam a profissão, norteados numa filosofia dialética marxista e no Projeto Ético Político do Serviço Social (PEPSS), que se apresenta como mecanismo de construção coletiva e social focada na transformação.

Neste sentido, o Assistente Social deve criar oportunidades de autonomia para que possa se expressar livremente, atuando na equipe de saúde com a finalidade de compreender os aspectos sociais, econômicos e culturais que influenciam no processo saúde/patologia, buscando alternativas e estratégias para o enfrentamento desses aspectos para que o ser humano seja visto na totalidade, com suas necessidades materiais, sociais e emocionais.

O Assistente Social em sua prática profissional deve ser um profissional crítico, propositivo, pois, trabalha com as adversidades, tem a competência de planejar ações pertinentes ao Serviço Social. Na AHTP o Serviço Social atua diretamente com pacientes e familiares, possibilitando uma visão ampla da realidade, uma visão do planejamento e desenvolvimento de ações, projetos e serviços, busca a efetivação dos direitos da cidadania e dignidade humana.

Ao Serviço Social cabe o trabalho informativo de orientação a pacientes e familiares sobre a doença mental e o tratamento, bem como informar sobre a importância de continuidade do tratamento nos serviços extra-hospitalares, grupos de apoio, bem como, aproximar parceiros para instituição através de voluntários, propiciar a divulgação dos projetos realizados na instituição a fim de arrecadar doações e benefícios.

O Serviço Social tem papel determinante nas atividades de trabalho, membro de equipe técnica, seu trabalho também tem fator relevante, pois, normalmente é o profissional que administra conflitos decorrentes do envolvimento emocional familiar quanto à internação, elabora relatórios e atas, evolui prontuários de pacientes, articula contatos com Fóruns, Comarcas, Conselhos Tutelares, Serviços Sócio Assistenciais, Famílias, Assessorias Jurídicas, bem como desenvolve, ação individual, ações coletivas, intervenções terapêuticas familiares e ações administrativas.

#### **4 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Minayo (2008) aponta que a pesquisa se caracteriza como uma atividade fundamental da ciência ou do conhecimento, através da investigação e construção de um fato. Ao se fazer uma pesquisa, faz-se necessário que o pesquisador tenha uma metodologia a ser seguida, sendo esta caracterizada como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade.

Essa pesquisa é de caráter descritivo e utilizou-se de abordagens qualitativa e quantitativa como forma de aprofundar questões de natureza subjetiva. A abordagem qualitativa foi priorizada com objetivo de se captar dados mais subjetivos, o que possibilitou uma maior aproximação da realidade dos sujeitos pesquisados.

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 pautou-se no método dialético, que apreende a realidade, as interpretações e possibilita maior interação entre pesquisador, sujeito e realidade, numa visão de totalidade.

A pesquisa qualitativa busca aprofundar a análise, tanto quanto possível e não apenas conhecer os fatos de forma sumária, a partir de uma primeira aproximação. Trabalha

basicamente com a experiência social dos sujeitos expressa no seu cotidiano, ou seja, com a expressão de sua cultura, o que inclui modo de vida, significados atribuídos, valores, sentimentos, linguagem, representações, práticas sociais (PRATES, 2005).

De acordo com o autor Chizzotti (2008) a pesquisa qualitativa procura compreender as experiências que os sujeitos têm, os conceitos que elaboram sobre a questão pesquisada, partindo do princípio de que todos os sujeitos são igualmente dignos de estudo e seus pontos de vista são sempre relevantes.

Conforme Martinelli (1999, p. 25):

No que se refere às pesquisas qualitativas é indispensável ter presente que, muito mais do que descrever um objeto, buscam conhecer trajetórias de vida, experiências sociais dos sujeitos, o que exige uma grande disponibilidade do pesquisador e um real interesse em vivenciar a experiência da pesquisa. Uma consideração importante nesse sentido é que a pesquisa qualitativa é, de modo geral, participante, nós também somos sujeitos da pesquisa. Não podemos pensar que chegamos a uma pesquisa como um “saco vazio”. Não! Temos vida, temos história, temos emoção!

Segundo Minayo (2008):

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.

A decisão de se utilizar a pesquisa qualitativa e quantitativa se deu pelo fato de que ambas se complementam e são fundamentais para obtenção de dados. De acordo com Martinelli (1999, p. 27) é muito importante que possamos perceber com clareza e afirmar com

convicção que a relação entre pesquisa qualitativa e quantitativa não é de oposição, mas de complementaridade e articulação.

Cervo, Bervian e Silva (2007, p. 63) completam que “[...] a pesquisa parte, pois, de uma dúvida ou problema e, com o uso do método científico, busca uma melhor solução”, partindo desse pressuposto levantou-se a questão fundamental para o desenvolvimento da pesquisa: quais as expectativas das pacientes e familiares em relação ao tratamento da dependência química e em que medida o tratamento vem respondendo as necessidades e demanda?

Tanto o dependente quanto a família, a partir do diagnóstico, passam a lidar constantemente com a incerteza de futuro, já que a maior parte das síndromes de abuso de substâncias psicoativas denota controle que se estenderá por toda a vida.

Pacientes e familiares devem cuidar para não cair na ilusão de que na obtenção da alta, ao desintoxicar-se, o indivíduo cessará sua dependência química, quando, na verdade, diversos estudos têm demonstrado que as desintoxicações sem outros acompanhamentos estão relacionadas à recaída (RIGOTTO; GOMES, 2002) uma vez que para que a desintoxicação tenha efetivo resultado, deverá haver adesão ao tratamento, à vontade de abandonar as drogas, a conscientização da doença.

A dependência química é um dos fenômenos de mais difícil resolução da humanidade. Se de um lado da moeda existe a droga, do outro estão a melhoria do sistema de ensino, o fortalecimento do papel familiar, a diminuição da pobreza, a inserção em atividades esportivas, lazer, trabalho, habitação, justiça e outros e deve ser discutido na perspectiva biopsicossocial.

O caminho da investigação deveu-se por ser a Associação Hospitalar Thereza Perlatti (AHTP) de Jaú o local de estágio profissional, criando-se a oportunidade de explorar o tema tendo como base o contato direto com as dependentes de substâncias psicoativas que realizam tratamento na instituição e seus familiares.

O estudo realizou-se na AHTP de Jau, fundada em 23 de julho de 1958, instituição privada, conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS) na área da saúde, destinada ao atendimento de pessoas com transtornos mentais para a população de Jaú e dos municípios de abrangência.

A pesquisa estabeleceu como objetivo geral identificar as expectativas das pacientes e familiares em relação ao tratamento da dependência química. E como específicos: traçar o

perfil dos sujeitos; identificar a compreensão da dependência química e investigar como a dependência química interfere nas relações familiares.

De acordo com Chizzotti (2008, p. 11).

A pesquisa investiga o mundo em que o homem vive e o próprio homem. Para esta atividade, o investigador recorre à observação e à reflexão que faz sobre os problemas que enfrenta, e a experiência passada e atual dos homens na solução destes problemas, afim de munir-se dos instrumentos mais adequados à sua ação em intervir no seu mundo para construí-lo adequado à sua vida.

Reconhecendo as várias determinações do processo saúde-doença e procurando ver o ser humano em sua totalidade, com suas necessidades físicas, sociais e emocionais, foi realizada a tipologia da pesquisa quali quantitativa e descritiva com levantamento bibliográfico e de campo.

Inicialmente, o estudo valeu-se da pesquisa bibliográfica que serviu para a construção do referencial teórico, utilizando-se de fontes como livros, revistas especializadas, legislação, dicionários e sites.

A pesquisa de campo foi realizada através de contato direto com as dependentes de substâncias psicoativas e familiares, nos meses de junho a agosto de 2013.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram entrevista por meio de formulário, com perguntas abertas e fechadas, além da identificação dos perfis dos sujeitos, visando atender os objetivos da pesquisa. Segundo Cervo, Bervian e Silva (2007) a aplicação de formulário possui a vantagem de ter a assistência direta do pesquisador, podendo as perguntas ser de níveis mais complexos além de possuir uniformidade nas interpretações dos dados.

O pré-teste foi realizado no mês de junho de dois mil e treze com dois sujeitos, comprovando a pertinência do instrumental.

A pesquisa foi realizada junto a dez dependentes químicas em tratamento e seus respectivos familiares. A escolha dos sujeitos foi aleatória e foram convidados a participar da pesquisa, sendo informados sobre os objetivos, o caráter voluntário da participação e a garantia do anonimato. Visando o sigilo, os sujeitos foram identificados por números (Ex: Sujeito 1, Sujeito 2) e assinaram o termo de livre consentimento esclarecido, concordando em

participar da pesquisa, ficando cientes que as informações prestadas são confidenciais e guardadas por sigilo profissional.

Após a coleta de dados foi realizada a tabulação dos dados e realizada a análise interpretativa dos dados coletados, correlacionando-os com a teoria pesquisada e os objetivos propostos.

## 5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Como coleta de dados foi utilizado o formulário que, depois de tabulado foi dividido em quatro eixos: caracterização das pacientes, questões relativas à família, questões relativas ao uso de drogas e questões relativas ao tratamento.

### 5.1 Caracterização das pacientes

Quanto ao perfil dos sujeitos, em sua totalidade, é composto por mulheres, devido a pesquisa ter sido realizada no setor feminino da AHTP e com diagnóstico de dependentes de substâncias psicoativas.

Para melhor conhecimento das entrevistadas que compuseram o universo desta pesquisa, foi traçado o perfil das mesmas oferecendo subsídios e dando maior visibilidade sobre a população estudada.

**Quadro 3:** Perfil das pacientes

Suj	Idade	Cidade	Escolaridade	Profissão	Estado Civil	Filhos	Com quem reside
1	31	Bauru	Médio Comp.	Frentista	Solteira	1	Tia e prima

2	27	Lins	Médio Comp.	Controle qualidade	Solteira	0	Pai
3	18	Botucatu	Fund. Inc.	Não tem	Solteira	1	Pai e mãe
4	51	Jau	Médio Comp.	Aux. Enf.	Divorciada	1	Filho
5	42	Jau	Fund. Inc.	Calçadista	Solteira	2	Situação de rua
6	28	Bauru	Médio Incomp.	Empregada doméstica	Solteira	1	Sozinha
7	33	Dois Córregos	Analfabeta	Lavadora	Convivente	0	companheira
8	35	Jau	Fund. Inc.	Calçadista	Solteira	4	Situação de rua
9	35	Bauru	Médio Comp.	Vendedora	Separada	6	Situação de rua
10	54	Jau	Fund. Inc.	Do lar	Casada	4	Marido, filhos e netos

Fonte: Marilda Aparecida Fernandes

As pesquisadas apresentaram idade entre 18 e 54 anos. O quadro pontuou que a maioria, 60% possuem idade que varia entre 26 e 35 anos, 10% entre 18 e 25 anos, 10% de 36 a 45 anos e 20% possuem idade acima de 45 anos, mas com maior ocorrência na faixa de 26 e 35 anos. Trata-se, portanto, de uma população jovem, em idade de produção econômica, de constituição de família e geração de filhos.

Embora a experimentação das drogas ocorra na maioria das vezes, na adolescência e juventude, o processo até a instauração da dependência pode ocorrer na fase adulta, ocasionando a perda de empregos, afastamento de familiares e amigos e o isolamento da sociedade. Para a psiquiatra Marilda Gonçalves de Souza, do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad) da Secretaria de Saúde de Rio Preto uma pessoa pode ficar dependente do crack em dois ou três meses de uso. A dependência do álcool, por exemplo, pode levar de cinco a dez anos.

De acordo com Laranjeira (2001) quanto mais cedo o indivíduo começa a usar as drogas, maior é a possibilidade de tornar-se dependente. Convivemos com um crescimento significativo no consumo de drogas, sendo usada cada vez mais precocemente. Essa

afirmativa foi confirmada por ter no grupo pesquisado uma jovem de dezoito anos com diagnóstico de dependência.

Os dados mostraram que dos sujeitos pesquisados 60% são oriundos de outras cidades, sendo: 30% de Bauru; 10% de Botucatu; 10% de Dois Córregos; 10% de Lins e 40% de Jau. O Hospital Thereza Perlatti em Jaú é o único que atende atualmente sessenta e oito municípios da região, recebendo pacientes com transtornos neurológicos, psiquiátricos e dependência química, conveniados ao SUS.

Quanto ao grau de instrução das entrevistadas foi coincidente o número de 40% com ensino fundamental incompleto e 40% com ensino médio completo, 10% analfabeta, 10% com ensino médio incompleto. Todas interromperam seus estudos em diferentes momentos de suas vidas, determinando que, ao iniciarem o tratamento já estavam afastadas da vida escolar. A baixa escolaridade implica, entre outros aspectos, em menor inserção no mercado de trabalho formal, menor disponibilidade financeira e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade.

O quadro nos aponta uma ampla representação das categorizações profissionais, sendo que 60% dos sujeitos pesquisados possuem profissões diferentes, devido a demanda dos municípios que residem, 10% afirmaram ser do lar, 10% não ter profissão. Devido ao fato de estarem internadas para tratamento nenhuma das entrevistadas exerce sua respectiva profissão no momento.

Há uma forte relação entre mulheres, prostituição e dependência de drogas. Mulheres são mais vulneráveis a abuso sexual e agravos de ordem física. A prostituição surge como forma de garantir o acesso à droga ampliando, assim, também os riscos de infecção por HIV e demais doenças sexualmente transmitidas (NAPPO et al., 1999).

Dentre as entrevistadas 80% tiveram filhos, mas, na maioria relataram não ter família constituída. Os dados desta pesquisa referentes ao estado civil confirmam que o uso de substâncias psicoativas compromete as relações e os vínculos familiares e de relacionamento. Quanto ao número de filhos 50% têm um ou dois filhos, 20% têm quatro filhos, 10% têm seis filhos e 20% declararam não ter filhos. Elas são mães, mas, muitas não cuidam dos filhos. De acordo com o promotor da Vara da Infância e Juventude de Rio Preto, Cláudio Santos de Moraes “a dependência está na base da maioria das situações que envolvem negligência de crianças”.

Quando questionadas com quem estavam residindo 60% revelaram com algum membro da família, 10% sozinha e 30% declararam estar vivendo em situação de rua. De acordo com o CEBRID (2005) os usuários disfuncionais e em condição de extrema vulnerabilidade pessoal e social, por se encontrarem, na maior parte das vezes, em situação de rua, num processo de ampla ruptura das relações sociais e com pouco acesso ao cuidado constituem hoje um grupo de 15 a 25 mil pessoas.

## **5.2 Análises Categorias Temáticas das Pacientes**

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.

### **Questões relativas à família**

Os aspectos pesquisados e analisados com as pacientes relativas à família foram: Relação familiar antes do uso de drogas; Relação familiar hoje; Importância da participação familiar no tratamento.

#### Quadro 4 – Descrição das questões relativas à família emergentes das falas das pacientes

CATEGORIAS TEMÁTICAS	SUBCATEGORIAS
1. Relações familiares antes do uso de drogas	Ruim – 3 Boa – 5 Ótima – 2
2. Relações familiares hoje	Rompida – 3 Distante – 1 Péssima – 1 Ruim – 3 Boa – 2
3. Importância da participação familiar no tratamento	Apoio Atenção Confiança Segurança

\* Em sua maioria, os sujeitos deram mais de uma resposta à questão 3

Fonte: Marilda Aparecida Fernandes

Quanto à relação familiar antes do uso de drogas 50% afirmaram que era boa, seguido pelo relacionamento ruim para 30% delas e 20% admitiram ter um ótimo relacionamento.

Na relação familiar atual, pudemos perceber que conforme a dependência química vai evoluindo, pode acarretar no enfraquecimento ou perda total dos vínculos familiares. Das pesquisadas, 80% revelaram que o relacionamento piorou, 30% referiram que o relacionamento foi rompido, 10% relataram que o relacionamento ficou mais distante, 10% ficaram péssimo, 30% ficaram ruim e 20% que após iniciar o tratamento ficou bom.

De acordo com Oliveira e Nappo (2008) o uso compulsivo do crack e álcool interferem na dimensão individual do usuário, comprometendo também seu relacionamento social, de forma que os vínculos sociais e familiares estáveis e normalizados se fragilizam e rompem-se, marginalizando-o progressivamente. A confirmação pode ser verificada nas respostas da

maioria das pesquisadas que apontaram ter bom e ótimo relacionamento antes do uso de drogas e de ter piorado nas relações familiares atualmente.

Podemos verificar a confirmação através das falas das entrevistadas:

*“Antes das drogas tudo bem. Hoje ninguém mais acredita em mim. Tudo que faço sou errada. A ovelha negra da família sou eu. As brigas são muitas e tudo descontam em cima de mim” (Suj. 2, 27 anos).*

*“Era bom. Agora o problema é que as drogas destrói tudo, mas eles não querem meu mal. Minha mãe vem me visitar e isso é importante” (Suj. 3, 18 anos).*

*“Era maravilhoso, tanto com minha mãe como com minhas filhas. Depois das drogas ficou péssimo, minha mãe não quer me ver. Minha irmã não quer falar comigo. Acho que um dia isso vai mudar” (Suj. 9, 35 anos).*

O apoio da família é de fundamental importância no tratamento da dependência química, segundo o que se observa nos relatos de todas as entrevistadas, pois, com a presença do grupo familiar, sentem-se motivadas a continuar no tratamento, sabendo que existem pessoas torcendo pelo sucesso do tratamento. Schenker e Minayo (2004) afirmam que a família influencia tanto no aparecimento da dependência, como no tratamento do sujeito, pois ela é a rede de apoio mais próxima.

Com relação ao que significa a participação familiar no tratamento foram apontadas como apoio, atenção, confiança e segurança. Em suma, o apoio familiar é de extrema importância, pois ao buscar o tratamento, na maioria dos casos, tanto o usuário quanto a família se encontram disfuncionais nas áreas mental, física, social e profissional (RANGEL, 2010).

Bouer (2004, p. 80) pontua que a família deve ser o refúgio, o porto de confiança dos filhos e isso só é conseguido por meio de carinho, amor, respeito e muito diálogo. Fica clara nas seguintes falas: *“Minha mãe vem me visitar e isso é importante” (Suj. 3, 18 anos)* e *“Eu estar me tratando aqui tá bom, minha mãe veio até me ver” (Suj.7, 33 anos).*

### Questões relativas ao uso de drogas

Os aspectos pesquisados e analisados com os sujeitos foram: Motivos que a levou ao uso de drogas, qual droga usa.

#### Quadro 5 – Descrição das questões relativas ao uso de drogas emergentes das falas das pacientes

CATEGORIAS TEMÁTICAS	SUBCATEGORIAS
1. Motivos que a levou ao uso de drogas	Conflito familiar – 3 Influencia familiar – 3 Curiosidade – 2 Amizade – 2
2. Qual droga usa	Álcool – 3 Crack – 2 Crack e álcool – 5

Fonte: Marilda Aparecida Fernandes

Constatou-se, através do quadro que as entrevistadas relacionaram o uso de drogas a conflitos familiares e influencia familiar, sendo que algumas ainda associaram sua dependência a fatores como a curiosidade e influência de amigos.

*“A primeira vez que experimentei drogas foi com meu tio. Eu voltei a usar meses e meses depois e já estava grávida da minha filha de três anos e não parei mais. Mas eu comecei mesmo por problemas com o meu pai” (Suj. 3, 18 anos).*

*“Eu comecei com a maconha na escola, mas foi por curiosidade mesmo, ninguém me ofereceu, nem me obrigou a nada” (Suj. 1, 31 anos). “Experimentei com amigos e infelizmente gostei” (Suj. 2, 27 anos).*

A relação entre abuso físico e sexual e a dependência química ficou evidente no relato:

*“Minha mãe trabalhava de dia como diarista, quando minha mãe não estava, meu padrasto fazia caipirinha e dava para eu beber e depois ele abusava de mim. Isso eu tinha 12 anos” (Suj. 4, 51 anos).*

Estas falas confirmam a colocação de que a família é o alicerce de qualquer indivíduo uma vez que esta é responsável pela elaboração de relações primárias e a base de seu desenvolvimento, e uma vez que esta apresenta-se desestruturada, o adolescente procura preencher essa lacuna na rua com amigos próximos e, dependendo da situação vivenciada, pode ser incentivado à experimentação e ao uso de drogas (SCHENKER; MINAYO, 2004).

Bouer (2004, p. 80) pontua que a família é a base, a sustentação, grande parte dos jovens consomem drogas para fugir de problemas familiares.

Nonticuri (2010) fala sobre a forte influência dos grupos de amigos, ou até mesmo parceiros, namorado (a) com relação à droga. Muitas vezes a pessoa que se nega a usar acaba sendo excluída pelo grupo, por acharem que este seja careta, e não é parceiro. Nota-se nas entrevistas 5 e 6 essa influência.

*“Quando meu ex-marido vinha pagar a pensão alimentícia ele me induzia a dar voltas com ele e jogava fumaça na minha cara e dizia que não fazia nada, era normal como a maconha, mas era crack e era enrolado no papel de cigarro. Depois eu fui para latinha, gostei e foi” (Suj. 5, 42 anos).*

*“Comecei a fumar crack com o meu marido” (Suj. 6, 28 anos).*

Quanto ao tipo de substâncias psicoativas consumidas, 50% das pesquisadas referenciaram o uso do crack e álcool, 30% somente o uso do álcool e 20% somente o uso do crack. Pode-se constatar a prevalência do uso do álcool, pois somando as entrevistadas que afirmaram usar crack e álcool (50%) mais as que usaram somente álcool (30%) se tem uma amostragem de 80% de usuários de álcool. Constata-se também, o elevado consumo de crack somando as entrevistadas que afirmaram usar crack e álcool (50%) mais as que usaram somente crack (20%) teremos uma amostragem de 70% de usuários de crack. Segundo dados disponíveis sobre o consumo de crack e outras drogas no Brasil apontam um crescimento principalmente de crack e bebidas alcoólicas nos últimos anos.

De acordo com Costa, Rebolledo e Lopes (2007) registra-se um aumento no uso/abuso e na dependência das diversas drogas, particularmente naquelas mais baratas, de maior difusão social e lamentavelmente na de maior impacto social – o crack.

### **Questões relativas ao tratamento**

Os aspectos pesquisados e analisados com os sujeitos foram: Motivo da internação, tipo da internação, internações anteriores, deu continuidade ao tratamento após alta hospitalar, O que é dependência química, quais as expectativas em relação ao tratamento da dependência química.

### **Quadro 6 – Descrição das questões relativas ao tratamento emergentes das falas das pacientes**

<b>CATEGORIAS TEMÁTICAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>
1. Diagnóstico – Motivo da internação	Uso crônico de múltiplas drogas (álcool e crack) – 5 Uso crônico de álcool – 3 Uso crônico de crack – 2
2. Tipo da internação	Voluntária – 7 Ordem Judicial – 3

3. Internações anteriores	Sim – 9 Não – 1
4. Deu continuidade ao tratamento após alta hospitalar	Sim – 6 Não – 4
5. O que é dependência química	Doença – 10
6. Quais as expectativas em relação ao tratamento da dependência química	Abandono das drogas Vida normal
	Trabalho

\* Em sua maioria, os sujeitos deram mais de uma resposta à questão 6

Fonte: Marilda Aparecida Fernandes

Os diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas levantados, conforme a CID 10, pontuaram com maior predominância (50%) os Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas (CID F-19), citadas o álcool e crack como drogas mais consumidas, seguido de 30% de Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de álcool (CID F-10), e 20% de Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de cocaína (CID F-14).

A internação voluntária foi predominante em 70% das entrevistadas. A internação por ordem judicial ocorreu com 30% delas.

Com relação ao histórico de internações anteriores, os dados apontaram que, dentre as 10 dependentes químicas, 90% foram internadas anteriormente para tratamento de dependência química. O número de internações anteriores variou entre 1 e 10, sendo coincidente 20% com 2 internações; 20% com 3 internações; 20% com 4 internações e 20% com 10 internações, 10% com 7 internações e 10% primeira vez. No que se refere à variável de tratamentos extra hospitalares, evidenciaram que 60% realizaram algum tratamento extra hospitalar, o CAPS ad foi o mais frequentado e 40% das pacientes não realizaram nenhum tipo de tratamento extra-hospitalar.

O alto número de internações anteriores para tratamento da dependência química indicou a dificuldade que as pacientes possuem em manterem-se abstinentes após a internação. A falta de acompanhamento após a internação pode favorecer a recaída.

Percebeu-se que, ao serem questionadas sobre o que é dependência química 100% entenderam como uma doença. Isso fica evidente nas seguintes falas:

*“Dependência química não tem cura. Sou doente e vou morrer doente, mas tem como controlar, evitar ao máximo possível o uso. Cura não tem, mas tem controle” (Suj. 1, 31 anos).*

*“É uma doença fatal, progressiva e incurável. Ela te leva para fora dos seus problemas, mas me sentia um lixo” (Suj. 2, 27 anos).*

*“É a pior coisa que tem na vida da gente. Distrói aos poucos, acaba com a família e o que a gente tem” (Suj. 3, 18 anos).*

Estas falas confirmam a colocação de Laranjeira (2012) que pontua que a dependência química (DQ) é uma doença primária, crônica e recidivante (popularmente conhecida como recaída) em que o uso continuado de substâncias psicoativas provoca mudanças na estrutura e no funcionamento do cérebro.

Os resultados evidenciaram que as pacientes conseguem entender o que é a doença, mas este conhecimento não é suficiente para o controle da doença.

Quanto às expectativas do tratamento através da análise das falas das entrevistadas foi possível perceber que o tratamento foi entendido como uma forma de buscar a conscientização acerca da dependência, mudar o comportamento, melhorar o controle sobre si mesmo, enfrentar ou amenizar os prejuízos decorrentes do uso de drogas.

*“Eu tenho vontade de arrumar um emprego. Quero lutar para ocupar minha mente, tudo que não me lembre as drogas” (Suj. 1, 31 anos).*

*“Ao sair daqui vou direto para o CAPS ad, não quero mais ter recaídas” (Suj. 2, 27 anos).*

*“Saindo daqui quero fazer tratamento no CAPS ad, não sinto falta das drogas mais” (Suj. 3, 18 anos).*

*“Minha intenção é essa, não beber, não beber e não beber” (Suj. 4, 51 anos).*

*“Eu vou ser vitoriosa, eu vou provar para mim e não para os outros. Ser vitoriosa vai me levar até o meu terreninho, eu nunca mais quero que alguém fale saia daí. Quero construir minha casinha” (Suj. 5, 42 anos).*

*“Saindo daqui eu vou me tratar no CAPS ad. Fazia 2 anos que eu não ia, mas agora eu vou” (Suj. 6, 28 anos).*

*“Quero o meu emprego de volta. To contando os dias para retornar a vida como era antigamente” (Suj. 7, 33 anos).*

*“Quero minha recuperação. Voltar o que eu era antes. Conseguir dizer não para as drogas” (Suj.8, 35 anos).*

*“Mudar de vida, quero viver minha vida normal de novo, do lado da minha companheira e dos meus filhos. Ter uma família em volta” (Suj. 9, 35 anos).*

*“Espero que eu fique boa e não fique bebendo” (Suj. 10, 54 anos).*

Embora as pacientes afirmassem a vontade em mudar o estilo de vida e comprometimento com o tratamento, a dependência química causa mudanças acentuadas na interação do indivíduo com seus familiares, afetando suas relações sociais e até mesmo profissionais. Apesar dos prejuízos que o indivíduo passa a apresentar pelo uso de drogas, outra característica fundamental da dependência é o fato do sujeito ainda assim manter o consumo ou frequentemente a este retornar. Perde-se, parcial ou totalmente, a capacidade de controlar o uso, a droga passa a controlar a rotina do indivíduo (PRATTA; SANTOS, 2009).

Apesar de ser de extrema importância a continuidade do tratamento pós desintoxicação, apenas três das participantes citaram que pretendem continuar o tratamento posteriormente e apontaram o CAPS ad como o local a ser procurado.

### 5.3 Caracterização dos Familiares

O quadro abaixo apresenta os familiares participantes da pesquisa, caracterizando-os conforme os dados de idade, grau de parentesco, sexo, estado civil, escolaridade, profissão e a cidade de onde são oriundos.

**Quadro 7 – Perfil dos familiares**

Su j	Idad e	Grau de parentesco	Sexo	Estado Civil	Escolaridad e	Profissão	Cidade
1	50	Mãe	Fem.	Casada	Fund. Inc.	Do lar	Bauru
2	63	Mãe	Fem.	Casada	Médio Compl.	Aux. Enferm.	Lins
3	36	Mãe	Fem.	Casada	Fund. Inc.	Doméstica	Botucat u
4	68	Responsável	Masc	Separado	Médio Compl.	Aposentad o	Jau
5	46	Responsável	Fem.	Convivent e	Fund. Inc.	Do lar	Jau
6	76	Pai	Masc	Convivent e	Fund. Inc.	Aposentad o	Bauru

7	59	companheira	fem.	Convivente	Fund. Inc.	Cartomante	Dois Córregos
8	35	Responsável	Masc	Solteiro	Fund. Compl.	Motorista	Jau
9	35	Responsável	Fem.	Casada	Fund. Compl.	Func. Pública	Bauru
10	32	Responsável	Fem.	Solteira	Fund. Compl.	Calçadista	Jau

Fonte: Marilda Aparecida Fernandes

A faixa etária dos familiares entrevistados variou entre 32 e 76 anos. O quadro pontuou que 40% variam entre 31 e 45 anos, 30% entre 46 e 60 anos, 20% entre 61 e 75 anos e 10% com 76 anos, mas com maior ocorrência na faixa de 31 e 45 anos.

A maioria era do sexo feminino, 70% dos participantes; enquanto 30% eram do sexo masculino. Esta participação maior do sexo feminino talvez se dê por uma questão convencional, em que a mulher é vista como a responsável em cuidar da saúde dos integrantes da família, procurando desta forma, mais assistência nos serviços de saúde. Culturalmente, a mulher continua a representar o membro da família responsável pelos cuidados a serem prestados aos familiares (BEATTIE, 2007).

Com relação ao parentesco, o grupo foi composto por 30% de mães, 10% de pais, 10% de maridos e 50% de responsáveis. Entre os pesquisados, aqueles que estiveram mais presentes foram as mães, reforçando a dimensão do papel materno e o seu desdobramento no cuidar humano. Estes dados corroboram os estudos de Beattie (2007) e Ziemer (2005) que também encontraram maior número de mães e esposas cuidando dos familiares dependentes químicos.

O estudo revelou que 40% dos familiares são casados, 30% conviventes, 20% solteiros e 10% separados. Estes dados revelaram que a situação conjugal/estado civil dos familiares dos dependentes químicos não interferiu no acontecimento maior ou menor de dependência química nas famílias.

Quanto ao grau de escolaridade, 50% com o ensino fundamental incompleto, 30% com o ensino fundamental completo e 20% com ensino médio completo.

Quanto à profissão 60% tem ocupações variadas, 20% são aposentados e 20% do lar.

Os dados mostram que 60% são oriundos de outras cidades, sendo: 30% de Bauru; 10% de Botucatu; 10% de Dois Córregos; 10% de Lins e 40% oriundos de Jau.

## 5.4 Análises Categóricas Temáticas dos Familiares

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 categóricas em nível quantitativo e qualitativo.

### Questões relativas à família

Os aspectos pesquisados e analisados com os familiares foram: Relacionamento anterior, Relacionamento hoje e há outros casos de dependência química na família.

### Quadro 8 – Descrição das questões relativas à família emergentes das falas dos familiares

CATEGORIAS TEMÁTICAS	SUBCATEGORIAS
1. Relações familiares antes do uso de drogas	Boa – 9 Ótima – 1
2. Relações familiares hoje	Rompida – 2 Péssima – 3 Ruim – 5
3. Há outros casos de dependência química na família	Sim – 7 Não – 2 Não sabe – 1

Fonte: Marilda Aparecida Fernandes

Quanto a relação familiar antes do uso de drogas pudemos observar que a resposta de 90% foi que era boa, seguido pelo relacionamento ótimo para 10% dos familiares.

Na relação atual os vínculos familiares ficaram extremamente fragilizados ou rompidos e na fala do familiar percebemos o quanto a relação está comprometida.

*“O relacionamento era bom. Com os irmãos era ótimo, pouco brigavam. Agora é só briga, eles brigam por tudo. Ela mudou o jeito de ser com a gente depois que começou a usar as drogas” (Suj. 3, fem., 36 anos).*

De acordo com Orth (2005) a família é o primeiro e principal sistema afetado, quando um dos membros familiares passa a fazer uso de drogas, tal comportamento acarreta consequências para a saúde de todos os envolvidos e a fragilização da relação dos mesmos. Segundo Brasil (2005) cada família reage de uma forma diante do caso de um membro se envolver com a droga, ou seja, as reações e o sofrimento de uma família não necessariamente serão as mesmas de outras.

A presença de uso de drogas por um ou mais dos membros da família foi relatado por 70%, 20% apontaram que não tem outros casos e 10% não sabem.

A ideia de que há influência da família no desenvolvimento da dependência química é constatada na literatura científica e corroborada por Figlie (2004) que aponta que muitos fatores de diversas etiologias contribuem para o desenvolvimento da dependência química, no entanto, a organização familiar mantém uma posição de saliência no desenvolvimento e prognóstico do quadro de dependência química.

### **Questões relativas ao uso de drogas**

O aspecto pesquisado e analisado com os familiares foi: Quais as mudanças percebidas para identificar o uso de drogas.

### **Quadro 9 – Descrição das questões relativas ao uso de drogas emergentes das falas dos familiares**

CATEGORIAS TEMÁTICAS	SUBCATEGORIAS
----------------------	---------------

Quais as mudanças percebidas para identificar o uso de drogas.	Agitação, inquietação Agressividade Desinteresse pelas coisas Desobediência Desrespeito Ficava muito tempo fora de casa Furtos Más amizades Mentiras Perda do emprego Rebeldia
--	--

\* Em sua maioria, os sujeitos deram mais de uma resposta à questão 1.

Fonte: Marilda Aparecida Fernandes

Quanto às mudanças percebidas para identificar o uso de drogas foram citadas como sinais a agitação, inquietação; agressividade; desinteresse pelas coisas; desobediência, desrespeito, ficar muito tempo fora de casa; furto; más amizades; mentiras; perda do emprego e rebeldia, apresentadas nas falas dos sujeitos.

*“Desobediência em casa, no trabalho, na escola. Saia sem falar onde ia e nem dava telefonema. Não falava onde estava e nem com quem, mas sempre com maus amigos” (Suj. 2, fem., 63 anos).*

*“Identifiquei o uso de drogas na vida da minha filha através da rebeldia. Ela ficava agitada, inquieta, não parava dentro de casa. É muito brava, briga por tudo” (Suj. 3, fem., 36 anos)*

*“Começou a roubar, sair de casa e não voltar. Largava os filhos” (Suj. 9, fem., 35 anos).*

A literatura descreve que os indícios de que uma pessoa está usando drogas depende das suas características físicas e psíquicas e da substância que está utilizando. Entre os sinais observados que podem indicar o consumo de drogas estão as mudanças de comportamento: resistência à convivência e ao diálogo, mudanças de humor, mudança de amigos, atitude evasiva ao falar sobre novas amizades, mentira, desrespeito, furto, desenvolvimento de atitudes que demonstrem agressividade ou depressão, ficar muito tempo fora de casa, desinteresse pelas atividades rotineiras. Do ponto de vista físico: pupilas dilatadas ou muito contraídas, aceleração dos batimentos cardíacos, coordenação motora alterada, aumento ou diminuição do apetite, inquietação, agitação, alteração no sono.

### **Questões relativas ao tratamento**

Os aspectos pesquisados e analisados com os familiares foram: Quais as expectativas em relação ao tratamento da dependência química, Importância da participação familiar no tratamento, de que forma sua participação contribui para a efetividade do tratamento, Facilidades encontradas, Dificuldades encontradas.

### **Quadro 10 – Descrição das questões relativas ao tratamento emergentes das falas dos familiares**

<b>CATEGORIAS TEMÁTICAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>
1. Quais as expectativas em relação ao tratamento da dependência química	Melhora Recuperação Continuidade do tratamento Milagre

2. Importância da participação familiar no tratamento	Apoio Essencial para fortalecer a paciente no tratamento Incentivo a recuperação
	Participação Melhorar diálogo Demonstração de carinho
3. De que forma sua participação contribui para a efetivida tratamento.	Apoio – 7 Fortalecimento dos vínculos para melhor tratamento – 1 Paciência – 1 Diálogo – 1
4. Facilidades encontradas	Não encontrou – 4 Na equipe – 1 Em apoiar a paciente – 1 Em visitar paciente – 1 Aceitação do tratamento pela paciente – 1 Na obediência da paciente no hospital – 1 Melhor dialogo com a paciente – 1
5. Dificuldades encontradas	Não encontrou – 6 Transporte – 2 Faltar do serviço – 1 Resistência da paciente em aceitar tratamento – 1

\* Em sua maioria, os sujeitos deram mais de uma resposta as questões 1, 2.

Fonte: Marilda Aparecida Fernandes

Quanto às expectativas em relação ao tratamento da dependência química foram pontuados pelos familiares, como uma forma de busca de resultado: melhora, recuperação, continuidade do tratamento e milagre.

De acordo com Rigotto e Gomes (2002) a hipótese diante da desintoxicação, tanto para pacientes e seus familiares é a obtenção da alta, pois parte-se da ilusão de que, ao desintoxicar-se, o indivíduo cessará sua dependência química, quando, na verdade, a

desintoxicação sem outros acompanhamentos estão relacionados à recaída. Para que a desintoxicação tenha efetivo resultado, deverá haver, adesão ao tratamento, à vontade de abandonar as drogas, a conscientização da doença.

Para Lopes (1996, p. 78) a família tem um papel de destaque no processo de recuperação do dependente, buscando impedir que o problema avance e auxiliando no tratamento mais adequado para a situação. Em alguns casos, isto torna-se particularmente difícil pela fragilidade com que todos os seus membros chegam a este ponto.

Os familiares sinalizaram que o tratamento não é uma caminhada fácil e que depende de a paciente fazer a sua parte. As falas mostraram os diferentes momentos vivenciados pelos familiares.

*“Um milagre! Espero que ela retorne sua vida” (Suj. 3, fem., 36 anos).*

*“Tenho esperança que ela vai melhorar, voltar a raciocinar melhor, enxergar mais as coisas e que se livre mesmo das drogas” (Suj.1, fem., 50 anos).*

*“Só ficamos mais tranquilos quando ela está internada” (Suj. 2,fem., 63 anos).*

Com relação a importância da participação familiar no tratamento foram apontados: apoio, essencial para fortalecer a paciente no tratamento, incentivo a recuperação, participação, melhorar diálogo e demonstração de carinho.

De acordo com Lazure (1994) é importante que a família sinta que pode fazer algo para ajudar o seu familiar a recuperar-se quando tal é possível e, mesmo quando não o é, que seja capaz de compreender a situação e acompanhar o paciente, dando apoio, compreensão, carinho e dedicação, corroborada nas falas.

*“Eu acho muito importante participar, faço sacrifício, saí ontem do hospital” (Suj.2, fem., 63 anos).*

*“É muito importante. Essencial. Senão ela fica muito sozinha e sente-se excluída. O apoio da família fortalece no tratamento” (Suj. 3, fem., 36 anos).*

De que forma sua participação pode contribuir para a efetividade do tratamento e 70% apontou o apoio, 10% no fortalecimento dos vínculos para melhorar o tratamento, 10% na paciência e 10% no diálogo, reveladas nas falas.

*“Contribui para melhorar o relacionamento familiar e melhorar no tratamento. As visitas são muito importantes para ela saber que estamos com ela nessa luta” (Suj. 3, fem., 36 anos).*

*“Como prima é o apoio que eu vou dar a partir de hoje, eu já conversei com meu marido, meus filhos, eu vou ajudar ela, só se ela não quiser ir para minha casa” (Suj.5, fem., 46 anos).*

*“Sozinha ela não consegue, eu estou apoiando” (Suj. 9, fem., 35 anos).*

Dos familiares pesquisados 40% não encontraram facilidades, 10% na equipe, 10% em poder apoiar a paciente em tratamento, 10% em poder visitar a paciente, 10% na aceitação do tratamento pela paciente, 10% na obediência da paciente no hospital e 10% no diálogo com a paciente.

Quanto às dificuldades 60% referiram não ter encontrado, 20% relacionaram o transporte por serem oriundas de outras cidades, 10% mencionaram a dificuldade de faltar no serviço e 10% pela resistência da paciente em aceitar o tratamento.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dependência química é reconhecida pela OMS como doença primária, crônica e recidivante e vem se constituindo em um sério problema social e de saúde pública, uma vez que causa mudanças acentuadas no indivíduo, família e sociedade.

O objeto deste estudo são as expectativas de pacientes e familiares em relação ao tratamento da dependência química, com foco na compreensão sobre a doença. O objeto de estudo se centrou no tratamento e na conscientização da doença.

A pesquisa estabeleceu como objetivo geral identificar as expectativas das pacientes e familiares em relação ao tratamento da dependência química. E como específicos: traçar o perfil dos sujeitos; identificar a compreensão da dependência química e investigar como a dependência química interfere nas relações familiares.

A partir da coleta de dados, demonstra-se que o perfil das dependentes químicas atendidas pela AHTPJ é constituída na sua totalidade (100%) de mulheres (devido a especificidade do setor), 60% estão na faixa etária entre 26 e 35 anos de idade, 60% são solteiras, 80% têm um ou mais filhos, a maioria reside com algum membro da família, coincidente em 40% que não completaram o ensino fundamental e 40% com ensino médio completo, embora com idade em que poderiam estar profissionalmente ativas, 100% não estão trabalhando por estarem internadas para tratamento. A prostituição foi apontada como forma para financiar o consumo de drogas, sendo que a dependência química, principalmente do crack, dificulta a realização de atividades laborais pelas mudanças ocorridas e por estarem desempregadas, agrava o problema da dependência química.

Quanto às relações familiares 70% relataram que era boa antes o uso de drogas e 80% que pioraram após a dependência química. Quanto as importâncias da participação familiar no tratamento foram apontadas como apoio, atenção, confiança e segurança.

Os motivos mais citados para o uso de drogas foram conflitos familiares, influência familiar, curiosidade e amizade. A droga de consumo destacada por 50% das entrevistadas foi o álcool e o crack.

No que se refere ao diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas foram levantados, com maior predominância, 50% de

Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas (CID F-19). As drogas citadas foram o álcool e o crack. A internação voluntária é predominante em 70% das entrevistadas e 90% tem histórico de internações anteriores, que variou de uma a dez internações. Quanto ao tratamento extra-hospitalar 60% realizaram algum tratamento, o CAPS ad foi o mais frequentado.

A dependência química é entendida como doença por 100% das pacientes. Um aspecto importante evidenciado foi que as pacientes entendem o que é a doença, mas este conhecimento não é suficiente para o controle da doença.

As expectativas em relação ao tratamento foram abandono das drogas, vida normal e trabalho. Percebe-se que o tratamento é entendido como uma forma de buscar a conscientização acerca da dependência, mudar o comportamento, melhorar o controle sobre si mesmo, enfrentar ou amenizar os prejuízos decorrentes do uso de drogas.

Os resultados revelaram que o perfil do familiar da dependente química atendida na AHTPJ é composto por 70% de mulheres, na faixa etária de 36 a 76 anos, o grau de parentesco constituído por 50% de responsáveis, 30% de mães, 10% de pais e 10% de maridos, ficando evidenciado que a dependência química acarreta a fragilização e/ou rompimento das relações familiares. Dos pesquisados 40% eram casados, 50% com ensino fundamental incompleto, com 60% de profissões variadas.

Quanto à relação familiar antes do uso de drogas 90% afirmaram que era boa, mas atualmente, os vínculos familiares mostraram-se extremamente fragilizados ou rompidos em 100% dos casos. O uso de drogas por um ou mais dos membros da família foi relatado por 70% dos familiares.

Quanto às expectativas em relação ao tratamento da dependência química foram pontuados pelos familiares, como uma forma de busca de resultado: melhora, recuperação, continuidade do tratamento e milagre. Para que o tratamento tenha sucesso, espera-se das instituições voltadas a esses pacientes que ofereçam um atendimento de qualidade, que preserve a dignidade humana.

Com relação a importância da participação familiar no tratamento foram apontados: apoio, essencial para fortalecer a paciente no tratamento, incentivo a recuperação, participação, melhorar diálogo e demonstração de carinho. Com relação a importância da participação familiar no tratamento foram apontados: apoio, essencial para fortalecer a paciente no tratamento, incentivo a recuperação, participação, melhorar diálogo e

demonstração de carinho. Dos familiares pesquisados 40% não encontraram facilidades. Quanto às dificuldades 60% referiram não ter encontrado.

Pelos dados apresentados, pode-se considerar como a dependência química afeta a vida dos usuários e familiares, uma vez que as perdas pessoais e sociais fazem parte do cotidiano do indivíduo dependente de substâncias psicoativas e, por consequência, repercutem na vida familiar.

Após a análise das informações geradas pelas entrevistas e pelos estudos realizados, foi possível verificar que a internação hospitalar para desintoxicação deve ser parte do tratamento da dependência química, mas não criar tanto para as dependentes quanto para os familiares a ilusão de que só a internação é suficiente. Com isso, faz-se necessária a informação sobre os tratamentos existentes na rede de atenção ao usuário de drogas. Nesta perspectiva, as dependentes químicas desta pesquisa, ao receberem alta, serão encaminhadas e/ou informadas para dar sequência ao tratamento ambulatorial e participarem de grupos de ajuda mútua.

Deve-se levar em consideração que a falta de continuidade de tratamento após a alta pode favorecer a recaída. Com isso, salienta-se a necessidade de os órgãos governamentais instituírem mais serviços que atendam a demanda populacional, fornecendo uma assistência de qualidade e articular-se em rede para que a Reforma Psiquiátrica possa ser consolidada.

Conclui-se que a hipótese foi confirmada, pois o tratamento possibilita a conscientização em relação à dependência química e também da importância da continuidade do tratamento pós-alta hospitalar como manutenção da recuperação, evitando a recaída e mantendo a doença sob controle, tendo como desafio a adesão ao tratamento.

A adesão envolve vários fatores: depende do grau de envolvimento da paciente no tratamento; da disponibilidade e motivação para a mudança do estilo de vida; do protagonismo do sujeito; do vínculo familiar e social; do acesso à informação; do conhecimento e da aceitação da doença, dentre outros.

É preciso entender a complexidade da dependência química e a necessidade que as dependentes químicas têm de aprender a lidar com sua relação com a droga, via tratamento, exposta às demandas da sociedade contemporânea com todas as suas contradições, com disponibilidade e motivação para a mudança do seu estilo de vida para exercer em plenitude o seu direito à cidadania.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. et al. Determinantes sociais e padrão de consumo de álcool na Bahia. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.1, p. 45-54, 2004.

AZEVEDO, R. C. S. de, OLIVEIRA, K. D. Poliusuários de substâncias psicoativas. In.: DIEHL, A, CORDEIRO, DC, LARANJEIRA, Ronaldo. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. São Paulo: Artmed, 2011. p.119-128.

BARBOSA. J. L. Visão histórica e contextualizada das drogas. In.: MELO, M. T. de (Org.). **Saúde Mental**. São Paulo: Laborciência, 2011. p.12-15.

BARROS, D. R. et al. Representações sociais acerca do alcoolismo por parte de profissionais das áreas de humanas e saúde. In: JORNADA INTERNACIONAL E CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 4, 2005, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: Universitária/UFPB, 2005. p.27-32.

BEATTIE, M. **Codependência nunca mais**. 10.ed. Rio de Janeiro: Nova Era, 1997.

BERGERET, J.; LEBLANC, J.. **Toxicomanias**. Porto Alegre. Artes Médicas,1991.

BERNIK, M. A. Planificação do tratamento de alcoolistas. In: Fontes, J. R. A.; Cardo, W. N. (Ed). **Alcoolismo: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Sarvier, 1991. Cap.21. BOUER. J. **Álcool, cigarro e drogas**. São Paulo: Panda, 2004.

BRASIL, V. R. **Um olhar sistêmico do processo de tratamento da drogadição na família**. 2005.337f. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo: 2005. Disponível em: [http://www.sapientia.pucsp.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=344](http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=344) Acesso em: 12 ago. 2013.

BRASIL. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde

mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF 7 abr. 2001. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>>. Acesso em: 21 jun. 2013.

BUCHELE, F.; CRUZ, D. D. de O. Aspectos socioculturais relacionados ao uso de álcool e outras drogas. In.: BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas: curso de capacitação para conselheiros municipais**. Brasília, DF: A Secretaria, 2008. p.64-77.

BUCHELE, F.; MARQUES, A. C. P. R.; CARVALHO, D. B. B. **Importância da identificação da cultura e de hábitos relacionados ao álcool e outras drogas: atualização de conhecimentos sobre redução da demanda de drogas**. Florianópolis: Curso à Distância, 2004. v. 1.

CARLINI, E. A. *et al.* **I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país 2001**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, 2002.

CARLINI, E. A. *et al.* **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/Departamento de Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CEBRID - CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. 2001. Disponível em <<http://www.cebrid.epm.br>>. Acesso em 18 de junho de 2013.

CEBRID UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**. São Paulo: UNIFESP, 2005.

CERVO, A. Luiz; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisas em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2008.

COSTA, M. C. S.; ORTIZ REBOLLEDO, N.; LOPES, L. M. Uso de drogas no Chile: pesquisa documental e bibliográfica. **SMAD. Rev. Eletrônica de Saude Mental Alcool Drogas**, v.3, n.1, Fev. 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38646>>. Acesso em: 24 jul. 2013.

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. Abordagem familiar em dependência química. In.: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004. p. 405-425.

IAMAMOTO, M. V.: **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 18 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

LARANJEIRA, R.; NICASTRI, S. Abuso e dependência de álcool e drogas. In. ALMEIDA, O. P.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 1996. p.84-89.

LARANJEIRA, R.; SURJAN, J. Conceitos básicos e diagnóstico. **Jornal Brasileiro de Dependências Químicas**, v.2, p. 2-6, 2001.

LARANJEIRA, R. (Org.). O Uso de Cocaína e Crack no Brasil. **II LENAD Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. In: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas – INPAD. São Paulo: UNIFESP, 2012.

LAZURE, H. **Viver a relação de ajuda**: abordagem teórica e prática de critério de competência da enfermeira. Lisboa: Lusodidacta, 1994.

LIMA, L. P.; FONSECA, V. A. S.; RIBEIRO, M. Neurobiologia da dependência de crack. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org). **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.143-160.

LIMA, S. **Atendimento psicológico a pacientes internados e seus familiares na fase de suspeita de diagnóstico de câncer e/ou AIDS: avaliação do trabalho realizado.** Florianópolis, 2003. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, SC, 2012. Disponível em: <<http://www.labsfac.ufsc.br/documentos/SoniadeLima.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2013.

LINO, M. V. A contemporaneidade e seu impacto nas relações familiares. **Revista IGT na Rede**, v.6, n. 10, p. 2-13, 2009.

LONGENECKER, G. **Drogas: ações e reações.** São Paulo: Market Books, 2002.

LOPES, C. **Cara a cara com as drogas.** Porto Alegre: Sulina, 1996.

MACIEL, C. Pesquisa revela que metade de dependentes químicos tem doenças psíquicas associadas. **Agência Brasil de Notícias**, 2012. Disponível em <<http://agenciabrasil.etc.com.br/noticia/2012-08-19/pesquisa-revela-que-metade-de-dependentes-quimicos-tem-doencas-psiquicas-associadas>> Acesso em 17 jun. 2013.

MANSUR, G. C. **Psiquiatria para o médico generalista.** Porto Alegre: Artemed, 2013

MARTINELLI, M. L. (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio.** São Paulo: Veras, 1999. (Série Núcleo de Pesquisa; 1).

MEIRELLES, R. Entre os mais pobres, 71% abusam do álcool: consumo cresce mais entre os brasileiros com menos renda, mostra estudo da Unifesp. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 13 abr. 2013. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,entre-os-mais-pobres-71-abusam-doalcool,1020571,0.htm>>. Acesso em: 23 maio 2013.

MINAYO, M. C. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In.: MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p.9-32.

MINAYO, M. C. Sobre a toxicomania da sociedade. In.: BAPTISTA, M. et al. **Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 2003. v.2. p.35-45.

NAPPO, S. A; GALDURÓZ, J., M.; CARLINI, E. A. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. **Journal of Psychoactive Drugs**, San Francisco, v. 33, n. 3, p. 241-253, jul./Set. 1999.

NICASTRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In.: BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas (Ed.). **Prevenção ao uso indevido de drogas: curso de capacitação para conselheiros municipais**. Brasília, DF: Autor, 2008. p. 20-29.

NICASTRI, S.; MEYER, M. et al. **Cuidando da pessoa com problemas relacionados com álcool e outras drogas**. São Paulo: Atheneu, 2004. v.1.

NONTICURI, A. R. **As vivências de adolescentes e jovens com o crack e suas relações com as políticas sociais protetoras neste contexto**. 2010. 133f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pelotas, RS, 2010.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS - OBID. SENAD. **Informações sobre Drogas**. 2013. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo>>. Acesso em: 08 jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Transtornos devido ao uso de substâncias**. Brasília: Gráfica Brasil, 2001.

ORTH, A. P. I. S. **A dependência química e o funcionamento familiar à luz do pensamento sistêmico**. 2005. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br>>. Acesso em: 22 jun. 2013.

PEDROSA, M. I. **O papel da família na prevenção ao uso de drogas**. 2004. 132f. Monografia (Especialização) –UNIFESP, São Paulo, SP, 2004.

PINA, A. P. B. de. **Os efeitos específicos das drogas**. 2000. Disponível em: <<http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/055toxicodependencia/Dependencias/Efeitos>>. Acesso em: 08 jun. 2013.

PETRY, E. M. **A Inserção das Famílias no Tratamento e Recuperação de Usuários de Drogas na Clínica a Caminho do Sol: A Ação do Assistente Social**. 2005. 155f. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, SC, 2005.

PRATES, J. **Polígrafo didático de pesquisa social**. Porto Alegre: PUCRS, 2005.

PRATTA, E. M. M., SANTOS, M. A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v.25, n.2, p. 203-211, abr.-jun. 2009.

RANGEL, E. R. O processo terapêutico na Comunidade Terapêutica. In.: Serrat, Saulo, Monte (Org.). **Drogas e álcool prevenção e tratamento**. Campinas: Komedi, 2010. p.15-21.

RIBEIRO, M., **O Tratamento do Usuário de Crack** – Avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco. Terapias psicológicas, fármaco-terapia e reabilitação. Ambientes de tratamento. Ed. Casa Leitura Médica, São Paulo, 2010.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org). **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

RIGOTTO, S. D.; GOMES, W. B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v.18, n.1, p. 95106, 2002.

Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), fev. 2007, vol.3, no. 1, p.00-00. ISSN 1806.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. de S. A importância da família no uso abusivo de drogas: uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n.3, p. 649– 659, mai. /jun., 2004.

SENAD. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Atualização de conhecimentos sobre redução da demanda de drogas**. Brasília, DF: 2002.

SILVA. A. L. B. da. A Sociedade Contemporânea: a visão de Zygmunt Bauman. **Extraprensa**, v.5, n.8, p. inicial-final, jun. 2011.

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.). **Panorama atual de drogas e dependência**. São Paulo: Atheneu, 2006.

SOUZA, J., KANTORSKI, L. P., et al. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: Novas Propostas, Novos Desafios. **Revista Enfermagem ERRJ**; Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.210-217, abr./jun. 2007.

SOUZA, N. **Cartografias das práticas de atenção aos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em territórios sociais de risco**. 2005. 183f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, Assis, SP, 2005.

SUDBRACK, F. **Reinserção social**. 2013. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/superacao/reinsercao-social>>. Acesso em 08 jun. 2013.

TOSCANO, A. J. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In.: SEIBEL, Sergio Dario;

TOSCANO, Alfredo Junior. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. p.181-190

YAZBEK, M. C. Os fundamentos históricos e teóricos-metodológicos do serviço social brasileiro na contemporaneidade. In: CFESS; ABEPSS. **SERVIÇO SOCIAL: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: DF. CFESS/ABEPSS, 2004.

ZIEMER, R. **Codependência: a doença da perda da alma**. 2005. Disponível em: <<http://www.plenitude.com.br/noticias/news/indexnoticias.php?id=92>> Acesso em Jul 2013

