

USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: UMA RELAÇÃO FAMILIAR EM DEBATE.

FERNANDA BEZERRACAMBUÍ*
MARIA DVANIL D'ÁVILA CALOBRIZI**

RESUMO

O presente estudo foi realizado no período de Fevereiro a Novembro de 2008, tendo como objetivo geral identificar a forma como o uso de drogas interfere no contexto familiar e a importância das ações do Assistente Social neste contexto, caracteriza-se por uma pesquisa quali-quantitativa, os instrumentais utilizados foram a observação sistemática e a entrevista semi-estrutura, através de um formulário, com perguntas abertas e fechadas. Foram sujeitos validos deste estudo 23 usuários para as questões objetivas e subjetivas equivalentes 50% do universo de 45 sujeitos. Em relação ao grupo de apoio, foram sujeitos validos 11 famílias equivalente a 22% do universo de 50 sujeitos. Os resultados apontam o perfil dos pesquisados (usuários de substâncias psicoativas): sexo masculino, dezesseis a vinte e seis anos, solteiros e com o ensino médio completo, possuem trabalho formal (fora da clinica), residindo com dois a três membros da família, moradia própria, renda mensal de um a três salários mínimos. O estudo tem como resultado que, a curiosidade é a motivação que leva os jovens a consumir drogas pela primeira vez, o fato de um filho consumir drogas gera nos pais uma sensação de culpabilidade, de impotência, de fracasso.

Palavras Chave: Família, Droga, Dependência Química.

*Bacharelada em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social de Bauru, mantida pela Instituição Toledo de Ensino.

**Possui graduação em Serviço Social - Instituição Toledo de Ensino (1989) e mestrado em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Atualmente é Professora da Faculdade de Serviço Social de Bauru mantida pela Instituição Toledo de Ensino.

ABSTRACT

This study was carried out from February to November 2008, with the aim of identifying how the use of drugs interferes with the family, and the importance of the Social Worker actions in this context, characterized by a qualitative and quantitative research, the instruments used here were the systematic observation and the semi- structure interview, through a form with open and closed questions. The subjects validated in this study were 23 users for the objective ad subjective questions, the equivalent of 50% from populations of 45 subjects. In the support group, 11 families were been validated, the equivalent of 22% from a universe of 50 subjects. The results indicates the profile of those surveyed (users of psychoactive substances): male, formal work (outside the clinic), living with two to three family members, own housing, income from one to three minimum wages. The results point that the curiosity is the motivation that leads young people to use drugs for the first time, the fact of a child using drugs creates in his parents a sense of guilt, of impotence, of failure.

Keywords: family, drugs, chemical dependency.

1 Introdução

Achar o tom ideal para falar sobre drogas é um desafio para especialistas do mundo todo. Mesmo nos consultórios, o diálogo do psicólogo ou do psiquiatra com o paciente que apenas experimentou ou que já é usuário de algum tipo de droga é, muitas vezes, difícil. Qual seria então, o melhor jeito de abordar essa questão?

Adotar um discurso moralista, proibitivo, que não explica nem informa não funciona. Não basta também usar slogans simplistas, do tipo “Drogas? Tô fora!”. Por outro lado, não pode adotar um tom liberal e irresponsável para falar do assunto. Uma coisa é certa: não é possível abrir mão da informação. É importante esclarecer quais são os riscos envolvidos na questão das drogas, ressaltando que cada um é livre para fazer suas opções, mas é responsável por elas.

Quanto mais informada mais condições a pessoa terá de tomar uma decisão acertada. Porém, em se tratando de comportamento, a informação é só o primeiro passo. Conta muito como está a nossa cabeça, como é o grupo que nos cerca, a nossa família, o mundo de hoje...

Nos últimos anos os jovens ficaram muito mais perto das drogas. Quem é que nunca ouviu um amigo um colega de escola ou mesmo alguém da família falando do assunto? Muitos deles já chegaram a ter nas mãos um inalante ou um cigarro de maconha.

Em média, 25% dos estudantes já experimentaram algum tipo de droga, excluindo o cigarro e o álcool. Isso quer dizer que, de cada quatro jovens que estão na escola, um já usou drogas pelo menos uma vez na vida. Em primeiro lugar, vêm os solventes, seguidos da maconha, dos ansiolíticos (calmantes), das anfetaminas e da cocaína.(BOUER, 2004,p. 5).

A adolescência é uma fase de mudanças, e toda mudança gera algum grau de angústia, de medo, insegurança, timidez, problema com auto-estima podem levar o jovem a procurar a droga. Muitas vezes ele não consegue perceber que conversar, fazer amigos, aprender a superar seus limites são alternativas muito mais saudáveis para lidar com suas dificuldades. Nessa fase a descoberta de novas possibilidades,

a curiosidade, a inquietação, a pressão do grupo podem trazer a ilusão de que as drogas abrirão novas portas.

Pesquisas sobre o contato dos jovens com as drogas revelam alguns pontos em comum. Se você nunca experimentou droga, tente manter essa postura. É bom você não ter tido essa experiência. Na adolescência, o risco de alguém que experimenta drogas se tornar um usuário freqüente é maior do que na idade adulta.

Quem já experimentou e usa eventualmente precisa prestar atenção no impacto que a droga causa em sua vida, além das complicações legais que podem surgir pelo uso de substâncias proibidas.

Quem faz uso de drogas, com certa freqüência, deve buscar a ajuda de um especialista. Assim será mais fácil entender os comprometimentos que a droga pode causar. Quem já é dependente não deve perder tempo, precisa de suporte.

As drogas ativam no cérebro o sistema de recompensa. Há uma sensação de bem-estar quando a substância é ingerida. Quem começa pode querer usar outras vezes para recuperar essa sensação. Algumas drogas provocam reações muito ruins quando seu uso é interrompido (síndrome de abstinência). As pessoas continuam consumindo para evitar essas sensações desagradáveis. Outros têm uma predisposição genética para se tornarem dependentes.

Se começam, é difícil parar. É como se o seu corpo tivesse uma dificuldade natural em lidar com as drogas. Pessoas ansiosas, deprimidas, com problemas de auto-estima correm maior risco de precisar das drogas para lidar com suas limitações. Problemas com a família e as pressões do grupo também podem influenciar na dependência.

O presente estudo deu-se na Comunidade Terapêutica-Esquadrão da Vida, localizada em uma chácara com área de 14 alqueires, distante da cidade de Bauru 30 Km e no Grupo de Auto-Ajuda para os familiares, localizado no centro da cidade de Bauru.

A demanda atendida no Esquadrão da Vida é em torno de quarenta e cinco usuários do sexo masculino, a partir dos dezoito anos de idade sendo 25 encaminhados pelo CREAS/SEBES. E no grupo de apoio tem média cinqüenta familiares mensalmente, a grande maioria mães.

O Esquadrão da Vida é uma instituição filantrópica e pioneira no tratamento de dependência de substâncias psicoativas na cidade de Bauru e existe há 27 anos

Tem por finalidade prestar os seguintes serviços:

Prevenção ao uso indevido de drogas;

- ☐☐ Tratamento, recuperação e reinserção familiar e social do dependente de substâncias psicoativas;
- ☐☐ Tratamento ambulatorial para dependentes de substâncias psicoativas;
- ☐☐ Grupo de apoio a dependentes substâncias psicoativas;
- ☐☐ Grupo de apoio a familiares de dependentes de substâncias psicoativas;
- ☐☐ Atuar no enfrentamento da pobreza e na assistência à família;
- ☐☐ Promoção de cursos de formação, treinamentos e aperfeiçoamento para pessoas envolvidas no trabalho com dependentes de substâncias psicoativas;

O programa de tratamento tem duração de sete meses de internação e um ano de acompanhamento pós-tratamento, no entanto, o período vai variar de acordo com o envolvimento do residente e sua família no processo terapêutico como também das conseqüências das drogas no cérebro e organismo do residente.

O Serviço Social frente a esta atuação tem todo um arcabouço em sua formação para que possa realizar um trabalho eficiente junto ao dependente de substâncias psicoativas e familiar, pois vislumbra o indivíduo a partir de uma visão global, entendendo a importância da complexa rede social do ser humano. Em contrapartida, valoriza a história individual de cada um. Contribui significativamente com o propósito de atendimento coletivo, fomentando nos integrantes a importância dessa relação grupal para seu tratamento e recuperação, maneja bem com a questão do preconceito, não apenas da sociedade, mas também do próprio dependente. Consegue contribuir sem ser invasivo para o resgate da promoção social do indivíduo, já que a pessoa que chega a um nível elevado de dependência tem vários aspectos da vida prejudicados.

O objeto do estudo compõe-se pelas relações familiares dos usuários de substâncias psicoativas. A problematização do estudo é no sentido de se verificar se o uso de drogas interfere no contexto familiar.

O objetivo geral proposto foi identificar a forma como uso de drogas interfere no contexto familiar e a importância das ações do assistente social neste contexto

Os objetivos específicos consistiram em:

- ☐☐ Revelar o perfil dos dependentes de substâncias psicoativas;
- ☐☐ Desvelar os motivos que levaram ao uso e dependência das substâncias psicoativas;

- Identificar as conseqüências do uso de substâncias psicoativas para o dependente;
- Revelar as ações da família, perante o usuário de substâncias psicoativas;
- Verificar o trabalho do Assistente Social junto às famílias dos usuários de substâncias psicoativas;

Quanto à hipótese sugeriu-se que: A curiosidade é a motivação que leva nove em cada dez jovens a consumir drogas pela primeira vez. Na família são muitos problemas enfrentados quando se descobre que um membro da família é dependente de substâncias psicoativas, a violência, vergonha, medo, destruição dos sonhos, além da co-dependência, onde a família fica dependente psicologicamente e emocionalmente daquele que é dependente, ou seja, a família começa a viver em função do dependente.

Quanto à tipologia da pesquisa, caracterizou-se por um estudo quali- quantitativo, utilizando para viabilizar a investigação, como técnica de coleta de dados os instrumentais: observação sistemática e a entrevista, subsidiada por um formulário com perguntas abertas e fechadas.

A abordagem tornou-se um momento de conversa, onde os sujeitos sentiram-se à vontade e tranquilos ao responderem as perguntas, com duração de aproximadamente dez minutos. As entrevistas foram realizadas em dois locais, primeiramente na Comunidade Terapêutica-Esquadrão da Vida, durante o período matutino (para os usuários) e no Grupo de Apoio localizado no centro da cidade de Bauru no Edifício Caravelas, décimo andar, no período noturno (para os familiares).

Foram sujeitos válidos desta pesquisa vinte e três usuários para as questões objetivas e subjetivas equivalente a cinquenta por cento do universo de quarenta e cinco sujeitos. Em relação ao grupo de apoio, foram sujeitos válidos desta pesquisa onze familiares para as questões objetivas e subjetivas equivalente a vinte e dois por cento do universo de cinquenta sujeitos.

O pré-teste foi aplicado no mês de julho em três usuários a fim de verificar o instrumental, e orientar de forma eficaz a busca dos objetivos propostos. Na aplicação do pré-teste, não se verificou a necessidade da revisão do instrumental, visto que os objetivos e eixos foram contemplados.

O estudo foi realizado nos meses de fevereiro a novembro de dois mil e oito para os usuários e familiares.

Como aportes teóricos deste estudo, buscaram-se literaturas que abordassem substâncias psicoativas e as famílias. Ao final, foi realizada a tabulação dos dados, para

interpretá-los, o que tornou possível à realização da conclusão.

Enfatizou-se ainda o perfil dos sujeitos, o usuário de substâncias psicoativas e as relações familiares, e o trabalho do Assistente Social junto com usuários de substâncias psicoativas e familiares.

Finalmente, apresentou-se a conclusão dos dados levantados, possibilitando novos conhecimentos através deste estudo, tanto para a instituição, bem como para o Serviço Social que atua neste contexto.

2 SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, TRATAMENTO E FAMÍLIA

O consumo de drogas existe desde a antiguidade. Usada pelos egípcios, mesopotâmios, os hindus na Índia, na China Antiga, civilizações pré-colombianas, civilizações amazônicas e na idade média, são alguns exemplos que podem ser citados por existir provas em literaturas disponíveis. Apesar do uso milenar, foi apenas nos últimos duzentos anos que a possível relação problemática entre as drogas e seus usuários começou a ser estudada e debatida como uma questão de saúde.

Não há a menor dúvida que um dos maiores problemas da humanidade, no momento, é o uso das drogas.

2.1 Conceitos, Classificação e Efeitos

A Organização Mundial de Saúde – OMS define que droga é qualquer substância natural ou sintética que, administrada por qualquer via no organismo, atua sobre o cérebro, modifica seu funcionamento, altera as sensações, o humor, o grau de consciência, o estado emocional, bem como outras funções psicológicas e comportamentais.

As drogas são popularmente conhecidas pelo seu caráter lícito ou ilícito. Do ponto de vista médico, elas são classificadas de acordo com sua forma de agir no cérebro, modificando a atividade do sistema nervoso central. Conhecemos então drogas que são depressoras ou estimulantes da atividade cerebral e ainda as que causam alucinações.

As classificações das substâncias psicoativas podem também acontecer de formas

diferentes para alcançar objetivos específicos. Neste caso queremos apresentar estas substâncias a partir da ação das mesmas no organismo humano conforme descritas por João Carlos Dias e Izabel Martins Pinto em Panorama Atual de Drogas e Dependências, 2006:

Drogas depressoras: são aquelas que diminuem a atividade mental são depressoras do sistema nervoso central (SNC) e agem no cérebro lentificando seu funcionamento, reduzindo a capacidade de atenção, concentração, tensão emocional e provocam perdas na capacidade intelectual. Ex: álcool, inalantes (colas e solventes). Várias delas são usadas com fins médicos, como morfina e heroína.

Drogas estimulantes: Essas drogas são chamadas estimulantes, porque aceleram o funcionamento cerebral; aumentam a produtividade do indivíduo e inibem a sensação de cansaço ou fadiga. O indivíduo pode acreditar que o uso seja benéfico, mas as consequências em médio e longo prazo são catastróficas. Ex: cafeína, nicotina, anfetaminas, cocaína. A cocaína, as anfetaminas e a nicotina são as mais associadas a problemas físicos, mentais e sociais no Brasil.

Drogas perturbadoras, alucinógenas: são aquelas que alteram a percepção da realidade, provocam transtornos no funcionamento cerebral, fazendo-o trabalhar de forma desordenada, produz delírios e alucinações. Esse conjunto de efeitos caracterizam um estado que os usuários conhecem como “viagem”. Ex: LSD, ecstasy, cogumelos, lírio, maconha e outras substâncias derivadas de plantas.

Os efeitos variam de acordo com quatro fatores básicos:

Tipo de droga: cada droga possui características químicas específicas que produzem efeitos diferentes no organismo, dependendo da quantidade e do grau de pureza.

Forma de uso: o padrão de consumo da droga, a forma de uso, quantidade, frequência e propósito do uso, contribuirão para determinar os efeitos da substância. *Tipo de usuário:* as pessoas possuem características biológicas e psicológicas diferentes umas das outras podendo, portanto, manifestar reações diferentes sob o efeito de uma mesma droga. Os pensamentos, os medos, o estado emocional, as condições físicas e as expectativas pessoais do usuário formam um conjunto de fatores que influenciam diretamente os efeitos da substância.

Condições ambientais: o ambiente é caracterizado por fatores externos ao indivíduo, mas que o influenciam e interferem nas reações produzidas pela droga. Ex: local, horário, riscos de punição, etc.

2.2 Os Padrões de Uso

A partir de fatores biológicos e psicológicos ligados ao próprio indivíduo e a natureza da substância e ao ambiente sócio-cultural, cada um pode desenvolver um padrão de consumo de substâncias psicoativas, sendo este de um simples uso experimental a um consumo nocivo e de dependência. (Guia Prático sobre Uso, Abuso e Dependência de Substâncias Psicotrópicas para Educadores e Profissionais da Saúde, 2006.).

Uso Experimental: Refere-se ao primeiro contato com a droga. É caracterizado por um uso de curta duração (poucos episódios), sem definir um padrão. Os usuários utilizam drogas motivados pela curiosidade e desejo de experimentar seus efeitos. Este uso, geralmente, inicia de forma social e entre amigos. Cabe ressaltar que após este contato inicial com a droga, nem todos os indivíduos darão continuidade ao consumo, levando ao abuso ou dependência.

Uso recreacional / social: O uso da droga ocorre em ambientes favoráveis, geralmente entre amigos que desejam compartilhar experiências percebidas como aceitáveis e prazerosas. A motivação inicial é social e o uso é voluntário. Neste tipo de uso, não há relação com o fato do usuário ser ou não dependente.

Uso circunstancial / ocasional: É um padrão de uso de frequência, intensidade e duração variável. O usuário utiliza uma ou várias drogas quando disponíveis ou em ambiente favorável, sem apresentar problemas nos campos afetivo, social e profissional.

Uso prolongado / Orgia (“Binge”): É o consumo de doses altas e repetidas de substâncias psicoativas, em geral estimulantes, como cocaína e anfetaminas, para manutenção do estado de euforia causado por tais substâncias. As repetições das doses são em função da vida média das substâncias administradas. Tais consumos são feitos em “embalos”, “festas” ou “orgia”.

Uso intenso: É caracterizado como um padrão de uso de longa duração, no mínimo de uma vez ao dia. O indivíduo exibe uma necessidade ou desejo intenso de obter alívio de problemas persistentes ou situação estressante.

Uso compulsivo: O indivíduo pode usar a droga em grandes quantidades ou por um período de tempo maior do que aquele previamente intencionado, por ex. o indivíduo continua bebendo até a intoxicação apesar de ter estabelecido beber somente uma dose.

Uso nocivo: É quando um padrão de uso de substâncias psicoativas está causando dano à saúde decorrente do consumo. Este dano pode ser tanto de natureza física (ex. perfuração do septo nasal em dependentes de cocaína; HIV adquirido através do uso injetável de drogas) como psíquica (ex. depressão após grande consumo de álcool).

Poliusuário: Este termo se refere ao indivíduo que utiliza mais do que uma droga freqüentemente, ao mesmo tempo ou em seqüência e, geralmente, com intenção de aumentar, potencializar ou conter os efeitos de outra droga.

A seguir descrevemos a Classificação do uso de drogas segundo a organização mundial de saúde.

- **Uso na vida:** o uso de droga pelo menos uma vez na vida.
- **Uso no ano:** o uso de droga pelo menos uma vez nos últimos doze meses.
- **Uso recente ou no mês:** o uso de droga pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.
- **Uso freqüente:** uso de droga seis ou mais vezes nos últimos 30 dias.
- **Uso de risco:** padrão de uso que implica alto risco de dano à saúde física ou mental do usuário, mas que ainda não resultou em doença orgânica ou psicológica.
- **Uso prejudicial:** padrão de uso que já está causando dano à saúde física ou mental.

Quanto à freqüência do uso de drogas, segundo a OMS, os usuários podem ser classificados em:

- **Não-usuário:** nunca utilizou drogas;
- **Usuário leve:** utilizou drogas no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana;
- **Usuário moderado:** utilizou drogas semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês;
- **Usuário pesado:** utilizou drogas diariamente durante o último mês.

2.3 Dependência de Substâncias Psicoativas

A dependência de substâncias psicoativas é identificada a partir de um padrão de consumo constante e descontrolado. Visando principalmente a aliviar sintomas de mal-estar e de desconforto físico e mental, é que surge uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância. Nesta fase geralmente acontecem complicações clínicas, mentais e sociais.

De acordo com Marlatt (1993), antes do uso problemático de uma substância psicoativa ser vista como uma doença, esta era muitas vezes vista como um problema de “controle de impulso”, no qual faltava ao indivíduo força de vontade, fibra moral e capacidade de exercer controle apropriado sobre seu comportamento. Moralistas cristãos têm visto o alcoolismo como resultado de falhas morais e ato pecaminoso. Marlatt&Gordon (1993,p.6) em seu livro *Prevenção Da Recaída*, relatam o conteúdo de um bilhete encontrado em meio a garrafas de vinho em um supermercado que dizia:

CORREÇÃO: NÃO É DOENÇA; É ESTUPIDEZ!! Centenas de colunas em jornais e milhões de dólares têm sido usados na exposição e combate ao “abuso de drogas” e ao “alcoolismo”. “O abuso de drogas é aquilo que as pessoas infligem sobre si mesmas”, de acordo com um artigo publicado no *Journal of Nervous and Mental Disease*. Em outras palavras, considerando-se as conseqüências, é simplesmente o caso de as pessoas usarem drogas – incluindo o álcool – para abusar de si mesmas. Obviamente, portanto, deveríamos admitir que o que é tão comumente denominado de “abuso de drogas” e “alcoolismo” não é doença, mas o resultado do exercício voluntário da estupidez. O registro oficial de Deus acrescenta estes fatos: “Você sabe que o indigno não herdará o reino de Deus? Não se engane; nem fornicadores, nem idólatras, nem adúlteros, nem afeminados, nem aqueles que abusam de si mesmos, nem ladrões, nem mentirosos, nem avarentos, nem bebedores, nem caluniadores, nem usuários, herdarão o Reino de Deus”. É chegada a hora do arrependimento.

Com o avanço das pesquisas, verificamos uma abordagem focada mais no orgânico, em fatores fisiológicos. Finalmente chegamos a algumas conclusões mais brandas e empíricas, onde um conjunto de fatores contribui para que o indivíduo se torne dependente de determinado produto. Dentre tantos fatores podemos citar a susceptibilidade à dependência, fatores genéticos (essa condição não significa que a pessoa tenha herdado geneticamente essas características e irá, invariavelmente tornar-se dependente, mas sim que, se abusar de determinadas substâncias psicoativas, terá maiores chances de desenvolver a síndrome de dependência do que as pessoas não-vulneráveis); fatores ambientais e estresse.

O dependente químico é um indivíduo em crise, em conflito consigo mesmo e/ou com a família e/ou com a sociedade. Emotivamente frágil, incapaz de estabelecer

relações interpessoais bem sucedidas, refugia-se na droga para não experimentar a angústia diante de situações difíceis nas quais se sente desconfortável.

E assim começamos a definir dependência de substâncias psicoativas, dizendo que há uma relação alterada entre o usuário e o seu modo de consumo. Qualquer consumo de substâncias psicoativas e psicotrópicas é influenciado por uma série de fatores que diminuem ou aumentam o risco de complicações agudas e crônicas. Com o passar do tempo, cada um desenvolve um padrão particular de consumo. Este padrão é constantemente influenciado por uma série de fatores de proteção e risco de natureza biológica, psicológica e social.

A interação destes fatores determina a evolução do consumo da substância usada. Ressalta-se que nunca um fator de risco isolado leva à dependência.

A seguir Quadro explicativo do Guia Prático sobre Uso, Abuso e Dependência de Substâncias Psicotrópicas para Educadores e Profissionais da Saúde. Prefeitura da cidade de São Paulo, (2006, p.30):

Quadro 1: Fatores de Risco para o Surgimento da Dependência Química
BIOLOGICOS • Predisposição genética • Capacidade do cérebro de tolerar presença constante da substância. • Capacidade do corpo em metabolizar a substância. • Natureza farmacológica da substância, tais como potencial

de toxicidade e dependência, ambas influenciadas pela via de administração escolhida.

PSICOLÓGICOS

- Distúrbios do desenvolvimento.
- Morbidades psiquiátricas: ansiedade, depressão, déficit de atenção e hiperatividade, transtornos de personalidade.
- Problemas/alterações do comportamento.
- Baixa resiliência e limitado repertório de habilidades sociais.
- Expectativa positiva quanto aos efeitos das substâncias de abuso.

SOCIAIS

- Estrutura familiar disfuncional: violência doméstica, abandono, carências básicas.
- Exclusão e violência social.
- Baixa escolaridade.
- Oportunidades e opções de lazer precárias.
- Pressão de grupo para o consumo.
- Ambiente permissivo ou estimulador do consumo de substâncias.

2.4 Classificação do CID-10 (para dependência de substâncias psicoativas)

O CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e o DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) que significa "Manual de Diagnóstico e Estatística" e o número IV (indica que já foram feitas quatro revisões), são dois critérios diagnósticos que servem para ajudar o profissional de saúde a classificar a doença em questão.

Critério da CID-10 para Uso Nocivo (ou prejudicial) de substâncias:

Padrão de uso que causa prejuízo físico ou mental à saúde, que tenha causado um dano real à saúde física ou mental do usuário, sem que os critérios para dependência sejam preenchidos.

Crítérios da CID-10 para Dependência de Substâncias:

Um diagnóstico definitivo de dependência só pode ser feito se pelo menos três

(3) ou mais dos seguintes critérios abaixo, estiverem presentes.

- (1) Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- (2) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de início, término e níveis de consumo;
- (3) Quando a pessoa pretende usar uma determinada quantidade da substância e acaba consumindo mais do que desejava;
- (4) Intoxica-se com frequência ou apresenta mal-estar quando é privado do consumo. Continua a usar mesmo sofrendo pressão no trabalho, na escola, em casa ou quando o uso representa perigos físicos.
- (5) Passa a usar a substância com maior frequência. Por exemplo, antes usava uma vez por mês, depois passou a usar semanalmente, todos os dias;
- (6) estado de abstinência fisiológico, quando o uso da substância cessou ou foi reduzida, como evidenciado por síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- (7) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- (8) abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos, em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou ingerir a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
- (9) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas, tais como: danos ao fígado, por consumo excessivo de bebidas alcoólicas; estados de humor depressivos, conseqüentes a períodos de consumo excessivo da substância; ou comprometimento do funcionamento cognitivo, relacionado à droga. Nesse caso, deve-se fazer esforço para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano. (Curso SUPERA, SENAD, 2006.)

Transtornos Mentais e de Comportamento: os transtornos provocados pelo uso de substâncias são codificados por uma letra e dois números. Os diagnósticos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo as bebidas alcoólicas, têm sempre a letra F seguida por dois números que vão de 10 a 19.

Estes são os códigos da CID-10 que indicam a que tipo de substâncias psicoativas o

transtorno está associado:

“Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas”.

- F10 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool;
- F11 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos;
- F12 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides (maconha);
- F13 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos;
- F14 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína;
- F15 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína;
- F16 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos;
- F17 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo (tabaco);
- F18 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis;
- F19 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas;

Um terceiro número deve ser acrescentado ao código para indicar o tipo de transtorno:

- 0 – Intoxicação aguda;
- 1 – Uso nocivo para a saúde;
- 2 – Síndromes de dependência;
- 3 – Síndrome {estado} de abstinência;
- 4 – Síndrome de abstinência com *delírios*;
- 5 – Transtorno psicótico;
- 6 – Síndrome amnésica;

- 7 – Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia;
- 8 – Outros transtornos mentais ou comportamentais;
- 9 – Transtorno mental ou comportamental não especificado;

Fonte: Curso SUPERA, SENAD, 2006.

2.4.1 Dificuldade em Admitir a Dependência

Segundo Rahd (2005, p.38): Na maioria das vezes, a dificuldade em admitir a dependência deve-se ao fato de o usuário alimentar falsas crenças ou idéias de que a dependência esteja intimamente ligada ao conceito de "falha moral", "defeito de personalidade", falta de vontade, de motivação ou de vergonha, etc. Uma pessoa dependente é aquela cujo organismo sofreu alterações e adaptou-se ao uso de uma determinada substância, o que nada tem a ver com "fraqueza de caráter", ou "incapacidade moral".

Acreditar na possibilidade de poder controlar o consumo obriga o indivíduo a tentar provar para si mesmo, que é capaz de controlar a compulsão ou "fissura" pela droga. No entanto, o consumo moderado só é possível no início, antes de ocorrer à dependência. Depois, todo esforço mental nesse sentido será inútil, por tratar-se de alterações neurológicas e, não apenas psíquicas.

A pessoa não pode saber com exatidão quando irá se tornar dependente. Ela só reconhecerá o problema quando tentar parar e não conseguir. A partir daí é comum inventar justificativas como: "Eu uso porque eu gosto"; "Eu uso para ficar mais 'ligado'"; "Todos meus amigos usam e se eu parar não mais serei aceito no grupo"; "Não tem jeito de parar, na minha cidade todo mundo usa". Essas desculpas que criam para si e para os outros se mantêm por muito tempo, até a pessoa se conscientizar dos danos e decidir procurar ajuda ou tratamento.

2.4.2 Síndrome da Abstinência

Síndrome de Abstinência é o mal-estar provocado pela interrupção abrupta do

consumo de uma determinada substância. Isso acontece porque o organismo está "acostumado" e sente necessidade da substância.

Para entender melhor a síndrome de abstinência devemos compreender o significado da expressão. *Síndrome* é um conjunto de sinais e sintomas, sendo os sinais tudo o que a pessoa apresenta fisicamente (transpiração, tremores, etc.), e sintomas, as queixas apresentadas (ansiedade, angústia, medo, sensação de estar sendo perseguida ou vigiada, etc.).

Abstinência é a privação, ou seja, deixar de fazer algo voluntariamente ou ser impedido. Portanto, Síndrome de Abstinência é o conjunto de sinais e sintomas apresentados quando o consumo de álcool ou outras drogas é interrompido.

Cada droga produz um tipo de síndrome de abstinência e representa sofrimento real (físico ou psicológico). A síndrome de abstinência de drogas como o álcool, a morfina, heroína e cocaína podem provocar aceleração dos batimentos cardíacos queda na pressão arterial, fortes dores abdominais, angústia, aumento da salivagem, agitação psicomotora, sensação de estar morrendo, transpiração excessiva, tremor intenso, insônia, náuseas, vômitos, alucinações (sensação de insetos caminhando sobre a pele, percepção de objetos e pessoas diminuídos) ansiedade e até convulsões.

2.5 DEPENDÊNCIA DE MACONHA (CANABINÓIDES)

Maconha é o nome usado no Brasil, para o conjunto de folhas, flores e sementes da planta *Cannabis sativa*, que cresce com facilidade em regiões de clima quente. Em outros países, a droga pode receber nomes como hashish, bangh, ganja, diamba, marijuana e marihuana. A maconha é conhecida há mais de 2.700

a.C. Apesar de antiga é uma das drogas mais populares. Não existem muitos estudos precisos sobre a extensão e gravidade dos males provocados pela maconha. Sabe-se que esta droga afeta o sistema nervoso central (SNC), provocando a chamada síndrome amotivacional, caracterizada pela perda de interesse por atividades sociais e intelectuais, com sérios prejuízos educacionais para o usuário.

No Brasil, os primeiros registros escritos sobre a maconha datam de 1548. No século XII, lutadores árabes, sob os efeitos dessa substância lutavam e matavam

cruelmente e ficaram conhecidos por haschichins, de onde originou a palavra "assassinos" (FOCCHI, 2001,p.80)

O ingrediente ativo mais potente da maconha é o delta-9-tetrahidrocanabinol (THC). A porcentagem de THC ativo, produzida pela planta depende da quantidade de luz, do tipo de solo, clima, da época da colheita e do tempo decorrido entre a colheita e o uso. A resina das folhas de maconha é chamada, no Brasil, de haxixe, cujo THC é mais potente que na maconha como é comumente conhecida.

Embora existam usuários de maconha nas mais diversas faixas etárias e em todos níveis sócio-econômico, a maioria é adolescente. Desse modo, a preocupação com o abuso é legítima, já que nesta fase os sistemas cerebral e sexual ainda estão em desenvolvimento, podendo ocasionar danos irreversíveis aos usuários.

2.5.1 Formas de Consumo

Fumada: a droga pode ser fumada na forma de cigarros enrolados manualmente ou em cachimbos artesanais conhecidos no Brasil como "maricas". Um cigarro de maconha médio contém de 2,5 a 5mg de THC. A maconha fumada demora em média 10 minutos para fazer efeito no organismo. Porém, os efeitos esperados pelo usuário aparecem após 20 ou 30 minutos e podem durar entre 2 e 3 horas.

Comestível: a maconha pode ser ingerida na forma de bolo, torta ou outras variações alimentares. Esta forma de consumo não é comum no Brasil, mas em países como a Holanda, onde a droga é aceita legalmente, há lojas especializadas na produção.

2.5.2 Efeitos Predominantes

Os efeitos físicos predominantes do THC ocorrem no cérebro, coração e pulmões. Podem ser classificados em: a) efeitos físicos (ação da droga sobre o organismo) e b) efeitos psíquicos (ação da droga sobre os pensamentos e percepção). Podem também ser subdivididos em: a) efeitos agudos (quando ocorrem apenas algumas horas após o uso) e b) efeitos crônicos (seqüelas que surgem com o uso prolongado da droga por semanas, meses ou anos).

Os efeitos físicos propriamente ditos são em geral, olhos vermelhos (hiperemia das conjuntivas), boca seca (xerostomia), aceleração do ritmo cardíaco (taquicardia). Os batimentos passam da normalidade de 60 a 80 por minuto, para 120 a 140 ou até mais. As alterações no humor dependem da quantidade, do grau de pureza, da forma de uso, das condições orgânicas do usuário e das circunstâncias em que é usada.

Outros problemas físicos da intoxicação incluem tremores leves, diminuição da temperatura do corpo, redução da força e do equilíbrio dos músculos. Algumas pessoas sentem náuseas e dores de cabeça. Com menor frequência, o THC pode provocar convulsões e, em pessoas com problemas cardíacos, pode causar maiores danos.

Os efeitos psíquicos podem ser euforia, sensação de relaxamento, sonolência, aumento ou negligência do desejo sexual, perda da noção precisa de tempo (sensação de que o tempo demora a passar), lentificação do raciocínio, perda da capacidade de armazenar dados na chamada memória de curto prazo, fome exagerada (conhecida na gíria brasileira por "larica"), vontade de rir à toa (hilaridade) e alucinações. Esses sintomas são desejados pela maioria dos usuários.

Sentimentos de angústia, medo de perder o controle da situação, dores de cabeça, tremores e suor intenso (sudorese) também podem ser experimentados. Quando os efeitos são desagradáveis, a experiência é chamada "má viagem" (bad trip) ou "bode"; esses efeitos diminuem as chances do "experimentador" usar a droga novamente. Os efeitos crônicos mais evidentes da maconha são a diminuição ou perda do interesse por atividades ou relacionamentos sociais.

Esses sintomas caracterizam a síndrome amotivacional. A pessoa que abusa de maconha desenvolve problemas com a memória e prejuízos na capacidade de desempenhar tarefas em várias etapas. Pode apresentar desconfiança, idéias de perseguição, apatia, diminuição da autoconsciência, prejuízo no julgamento social, pensamento lento, decréscimo nos impulsos e a perda da capacidade de avaliar sensatamente a realidade. Se a droga for usada durante um estado de estresse, a pessoa pode se tornar agressiva. Mas, a maconha por sua ação depressora do sistema nervoso central, em geral, diminui a agressividade. No entanto, qualquer usuário pode tornar-se agressivo quando privado do consumo. Como qualquer outra droga de abuso, a reação tóxica da maconha pode produzir confusão, desorientação e pânico.

Acreditava-se que a dependência psíquica da maconha era muito mais evidente do que a dependência física. Porém, sabe-se hoje, que a maconha causa dependência física e psíquica, bem como síndrome de abstinência leve.

2.5.3 Problemas Clínicos

Os problemas de saúde provocados pelo abuso de maconha, na maioria dos casos tendem a desaparecer com a interrupção do consumo. As áreas mais importantes de possíveis lesões são as seguintes:

Pulmões: a maconha é irritante aos pulmões e pode provocar bronquite (que normalmente desaparece com a interrupção do consumo). O uso crônico de qualquer substância irritante aos pulmões pode causar destruição dos tecidos e diminuir a capacidade vital desse órgão, mesmo em pessoas jovens e saudáveis. A maconha possui níveis de hidrocarbonetos carcinogênicos 50% mais altos que o tabaco. O teor de alcatrão encontrado na maconha é maior do que nos cigarros de tabaco. Ao contrário da crença comum e equivocada de que a maconha, por ser fumada em sua forma natural (não industrializada) não provoca câncer, alguns estudos comprovam a evidência de lesões pulmonares pré-cancerosas em fumantes desta droga após alguns anos de abuso (XAVIER, 2003, p.20).

Nariz e garganta: não raro, fumantes crônicos de maconha, apresentam faringite, sinusite e aumento significativo do risco de câncer de cabeça e pescoço, idêntico aos fumantes crônicos de cigarros de tabaco.

Aparelho cardiovascular: a maconha produz aceleração do ritmo cardíaco e aumento dos riscos de complicações em pessoas com problemas preexistentes.

Sistema reprodutor: alguns estudos apontam a diminuição em até 60% da quantidade de testosterona (hormônio masculino), prejudicando a produção de espermatozoides em usuários crônicos, bem como a redução do tamanho dos testículos.

Apesar dessas alterações a maconha não causa impotência sexual e nem a perda do desejo sexual na maioria dos casos, mas pode provocar a esterilidade, em homens. Em mulheres, a maconha pode bloquear a ovulação. Tanto em homens, quanto em mulheres essas alterações são reversíveis quando o consumo é interrompido. Durante a gravidez, a maconha pode reduzir a oxigenação, causando danos ao feto e problemas no processo de

aprendizagem da criança.

Cérebro: fumantes crônicos de maconha podem apresentar modificações no funcionamento cerebral por três meses ou mais, após interromper o uso e, com menor frequência, lesões irreversíveis. Alguns estudos mostram que a atuação do TCH na região do cérebro responsável pelo controle das emoções provoca danos e disfunções graves na memória.

2.5.4 Outros Problemas (Acidentes)

Os maiores riscos são os acidentes provocados por prejuízos no desempenho motor. A redução da capacidade de julgamento impossibilita uma avaliação do tempo e da distância. Esses efeitos são muito parecidos aos de bebidas alcoólicas. Alguns pesquisadores afirmam que a maconha reduz a capacidade de dirigir automóveis por até 8 horas após o uso. Um estudo realizado nos Estados Unidos revelou que esta droga diminui a capacidade de pilotar adequadamente aviões por 24 horas após o último consumo de maconha, mesmo em pilotos experientes. Nos casos de preexistência de doenças psíquicas não evidentes ou controladas com medicamentos adequados, a maconha pode agravar o quadro, desencadear a manifestação da doença ou neutralizar os efeitos dos medicamentos, em especial nos casos de esquizofrenia. (LARANJEIRA, 2001, p.20).

2.5.5 Prevenção

As pessoas que decidem fazer uso dessa droga ou que julgam muito atraente o consumo crônico de maconha devem buscar conhecimento sobre seus riscos potenciais. É comum o fato de usuários crônicos de maconha se retirarem da competição e do convívio social, graças à síndrome amotivacional (perda do interesse por tarefas diárias, falta de planejamento e de objetivos na vida). Para educar sobre drogas é preciso estar bem informado. Os argumentos devem se apoiar em estudos científicos, capazes de apresentar com seriedade os males associados ao abuso. As informações erradas ou tentativas de amedrontar o usuário podem levá-lo a desconfiar de todas informações que lhe são oferecidas e comprometer a própria credibilidade do informante.

2.6 DEPENDÊNCIA DE COCAÍNA (CRACK E MERLA)

A cocaína é uma droga estimulante do sistema nervosa central (SNC), conhecida há mais de 3000 anos. No entanto, o tipo da droga usado hoje, o cloridrato de cocaína (pó branco extraído das folhas de coca), só foi refinado em 1857. Sua ação bloqueia o funcionamento de determinados neurônios (células nervosas), produzindo efeito anestésico (BOUER, 2004). Em 1914, a imprensa brasileira já alertava para os perigos referentes ao abuso de cocaína, mas somente nas décadas de 60 e 70, a substância tornou-se popular no Brasil, foi considerada a droga da moda nos anos 80. A cocaína é vendida nas ruas em forma de pó.

É conhecida por várias denominações nas diferentes regiões do país. Por exemplo, "pó", "farinha", "branquinha" . Para aumentar os lucros os traficantes adicionam à droga, açúcares, anestésicos, anfetaminas, pó de giz, entre outras substâncias. Desse modo, o usuário consome substâncias de origem e riscos desconhecidos. Outras variações dessa droga recebem os nomes de "crack" ou "pedra", merla, entre outros.

O crack é fumado em cachimbos artesanais ou improvisados (latas de refrigerante), ou misturado no cigarro de maconha.

A merla (cocaína em forma de base) é conhecida e consumida principalmente em Brasília e em outras localidades da região centro-oeste do país. A pasta de coca, obtida nas primeiras fases de refinação da cocaína, quando as folhas são tratadas com querosene ou gasolina e ácido sulfúrico, é um produto altamente tóxico que contém inúmeros tipos de impurezas.

A merla e a pasta de coca são fumadas misturadas nos cigarros de tabaco ou de maconha, conhecidos por "mesclados". O crack e a merla por não serem solúveis em água, não podem ser utilizados de forma injetável (LARANJEIRA, 2001,p.40).

2.6.1 Forma de Consumo

Segundo Laranjeira (2001, p.45):

Via oral (Mascar as folhas ou em forma de chá). Nos Andes, os nativos mascam as folhas de coca para aliviar as sensações de cansaço e fadiga produzidas pela altitude da região. Os índios peruanos misturam às folhas cal ou cinzas para facilitar a absorção da droga. Quando mastigadas, a absorção da cocaína é feita pela mucosa da boca; se engolidas, a absorção é feita pelo estômago e pelos intestinos. No Peru e Bolívia, a ingestão do chá das folhas de coca é uma prática legal, e a qualidade é controlada por órgão governamental.

Aspirar pelo nariz é a forma mais comum de abuso da cocaína em pó. O modo de uso consiste em colocar o pó em carreira sobre um vidro e cheirá-lo com canudos, ou com papel enrolado. Os efeitos ocorrem 10-15 minutos após a inalação e a maior parte dos efeitos desaparecem em duas horas aproximadamente, embora alguma atividade persista por até quatro horas. Mesmo com altas concentrações da droga no sangue, a pessoa torna-se ansiosa, irritável e deprimida em poucos minutos após inalar a droga; para evitar esse mal-estar o consumo é mantido por várias horas. Nessa forma de abuso, os efeitos duram por mais tempo, pois a substância ativa pode permanecer na mucosa nasal por mais de três horas e ser detectada na urina após três dias ou mais. (LARANJEIRA, 2001, p.47).

O uso injetável de cocaína, em geral, provoca os mesmos efeitos do uso intranasal; a diferença é que ao injetar a droga o usuário experimenta uma aceleração cardíaca intensa ("baque") mais rapidamente. A dose intravenosa costuma ser menor do que a dose intranasal.

O abuso intravenoso de cocaína representa maiores riscos de overdose e de contágio por agentes transmissores da AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, de hepatite, malária e dengue, devido ao compartilhamento de seringas e agulhas contaminadas.

No Peru, Equador, na Colômbia e Bolívia é uma prática antiga comum, fumar pasta de coca misturada em cigarros de tabaco ou de maconha e, mais recentemente, passou-se a utilizá-la desse modo no Brasil. Mas os resultados não

trouxeram satisfação aos usuários e, a partir disso, criaram um preparo especial para alcançar tais efeitos - o crack.

O crack e a pasta de coca necessitam de temperatura relativamente baixa para passar do estado sólido para o estado de vapor (95°C) e por tal razão são fumados em "cachimbos". O "pó" necessita de temperatura elevada (195°C) e por isso, não pode ser fumado (LARANJEIRA, 2001, p.49).

Apesar da semelhança dos efeitos destas drogas é preciso distinguir a cocaína em pó do crack e da pasta de coca, em função das diferentes formas de administração.

Quando fumados, o crack e a pasta de coca são absorvidos pelos vasos pulmonares quase instantaneamente, atingindo a corrente sanguínea e o cérebro com maior rapidez do que por outras vias. Os efeitos surgem entre dez e quinze segundos após o uso e duram aproximadamente cinco minutos, obrigando o usuário a aumentar a frequência do consumo.

A tolerância à cocaína pode desenvolver-se dentro de poucos dias, isto é, a pessoa usando a mesma quantidade da droga, sente seus efeitos (sensação de euforia) com menor intensidade, sendo necessário aumentar as doses para experimentar os efeitos iniciais, porém, a sensação de ansiedade e aumento de energia podem permanecer por até 4 horas.

A dependência de cocaína pode ser observada pela presença de sintomas depressivos ou irritabilidade quando se interrompe o uso. Em forma de crack, a droga causa dependência quase instantaneamente, com apenas três ou quatro doses.(LARANJEIRA, 2001, p.52).

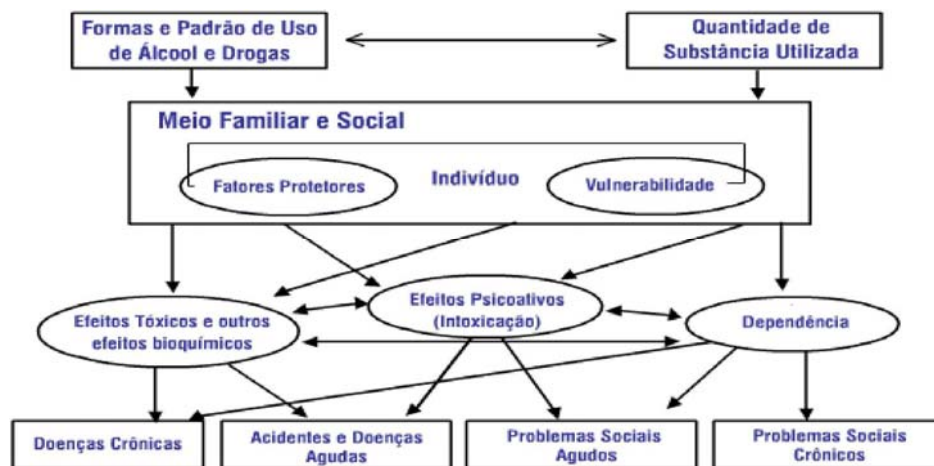
2.7 PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES CAUSADAS PELO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

As complicações clínicas ou orgânicas e sociais, causadas pelo consumo de substâncias lícitas como o álcool, tabaco ou de substâncias ilícitas, a maconha, cocaína, LSD, e outros, são hoje bem conhecidas e consideradas um problema de saúde pública. O tabaco, por exemplo, foi o maior fator responsável pelas mortes nos Estados Unidos, em 1990, contribuindo substancialmente para as mortes relacionadas a neoplasias,

doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, baixo peso ao nascimento e queimaduras. Cerca de um terço dos acidentes vasculares cerebrais em adultos jovens está associado ao consumo de drogas. Entre indivíduos de 20 a 30 anos, esse índice chega a 90%. (LARANJEIRA, 2003).

Esquema sobre a relação entre uso de álcool e outras drogas e problemas sociais, de saúde física ou mental.

Adaptado de Babor, Caetano, Casswell et al., 2003.



Em cada caso, a ocorrência de danos pode ser relacionada a um ou mais mecanismos diferentes e depende do tipo e da forma de uso da substância e da quantidade utilizada. A gravidade dos danos vai depender de fatores, que variam de pessoa para pessoa e que podem ser fatores de proteção ou de maior vulnerabilidade (física, psicológica ou social).

2.7.1 Complicações Clínicas

As complicações clínicas são resultados de um uso de drogas nocivo à saúde do indivíduo. Diagnosticá-las a tempo permite que, na maioria das vezes, sejam passíveis de tratamento e recuperação completa. Muitos indivíduos recusam-se a admitir que seus problemas estejam ligados com o uso da droga, mas, devido à gravidade de seu quadro, aceitam iniciar o tratamento. Quando surgem complicações clínicas, muitas vezes servem como facilitadores e até estimuladores para a continuidade da abstinência.

Estaremos a seguir, apresentando algumas complicações clínicas, de acordo com as substâncias usadas.

Cocaína e Crack:

A cocaína e o crack são atualmente consumidos por 0,3 % da população mundial. Destes a maior parte concentram-se nas Américas (70%). No Brasil, cerca de 2% dos estudantes já usaram cocaína pelo menos uma vez na vida e 0,2% , o crack.

Estarei descrevendo as complicações clínicas da cocaína, como forma de mostrar as sérias conseqüências causadas aos usuários desta e de outras drogas ilícitas.

A seguir quadro ilustrativo das complicações relacionadas ao consumo de cocaína/crack e maconha de acordo com Laranjeira (2001, p.35-38):

Principais efeitos do uso agudo da cocaína e do crack

Sistema	Efeitos
Geral: psicológico	Euforia Sensação de bem-estar Estimulação mental e motora (o famoso “ficar ligado” da cocaína) Aumento da auto-estima Diminuição do apetite sexual Agressividade Irritabilidade Inquietação Sensação de anestesia
Geral: físico	Aumento do tamanho das pupilas Sudorese Diminuição do apetite Diminuição de irrigação sanguínea nos órgãos
Neurológico	Tiques Coordenação motora diminuída Derrame cerebral Convulsão Dor de cabeça Desmaio Tontura Tremores Tinido no ouvido Visão embaçada
Psíquico	Desconfiança e sentimento de perseguição (a famosa “nóia”) Depressão (efeito rebote da intensa excitação)

Cardiovascular	Aumento dos batimentos cardíacos Batimento cardíaco irregular Aumento da pressão arterial Ataque cardíaco
Social	Isolamento Falar muito Desinibição
Respiratório	Parada respiratória, tosse

Principais efeitos do uso crônico da cocaína e do crack

Sistema	Efeitos
Geral: psicológico	Irritabilidade Agressividade Inquietação Irresponsabilidade Mentiras Diminuição do cuidado consigo (falta de higiene pessoal) Perda de valores morais e sociais Diminuição do apetite sexual
Geral: físico	Insônia Infecções (devido ao uso da cocaína injetável), entre elas AIDS, etc. Coriza (nariz escorrendo - devido ao uso da cocaína cheirada) Perfuração do septo nasal (cartilagem do nariz - devido ao uso da cheirada) Sinusite Diminuição do apetite Perda de peso Diminuição de irrigação sanguínea nos órgãos
Neurológico	Dor de cabeça Tontura Visão embaçada Tinido no ouvido Tremores
Respiratório	Tosse Infecções pulmonares
Psíquico	Depressão Ansiedade e Psicose
Nutricional	Diminuição da vitamina B6 Desnutrição
Cardiovascular	Infarto Cardiopatias (doença do coração)

	Batimento cardíaco irregular
Ginecológico/ /Obstétrico: mãe	Placenta prévia Aborto espontâneo
Ginecológico/ /Obstétrico: feto	Baixo peso fetal Sofrimento fetal Nascimento prematuro

Principais efeitos do uso agudo da maconha

Sistema	Efeito
Geral	Relaxamento / euforia Pupilas dilatadas Conjuntivas avermelhadas Boca seca Aumento do apetite Rinite / faringite
Neurológico	Comprometimento da capacidade mental Percepção alterada Coordenação motora alterada Voz pastosa (mole,
Cardiovascular	Aumento dos batimentos cardíacos Aumento da pressão arterial
Psíquico	Despersonalização Ansiedade / confusão Alucinações Perda de consciência do insight

Principais efeitos do uso crônico da maconha

Sistema	Efeito
Geral	Fatiga crônica e letargia Náusea crônica Dor de cabeça Irritabilidade
Respiratório	Tosse seca Dor de garganta crônica Congestão nasal Piora da asma Infecções frequentes dos pulmões

Neurológico	Diminuição da coordenação motora Alteração da memória e da concentração
Reprodutivo	Infertilidade Problemas menstruais
Psíquico	Depressão e ansiedade Mudanças rápidas do humor / irritabilidade Ataques de pânico Mudanças de personalidade
Social	Isolamento social Afastamento do lazer e de outras atividades

2.7.2 Complicações Sociais

As complicações sociais devido ao uso de drogas lícitas ou ilícitas têm preocupado em muito a sociedade atual, uma vez que, os atingidos são muitos, não escolhendo classe social, cor, crença ou qualquer outro tipo de classificação que pudera existir.

Um documento da ONU (1998) lista alguns desses impactos provocados pelas drogas ilícitas:

- Os custos identificáveis do abuso de drogas, incluindo crimes, imposições legais e gastos com serviços de saúde abrangem de 0,5 a 1,3 % do PIB na maioria dos principais países consumidores.
- Com as céleres transformações econômicas e sociais nas últimas décadas houve um aumento no consumo de drogas entre crianças e mulheres tanto nos países desenvolvidos quanto nos subdesenvolvidos. Considerando que muitas mulheres usuárias estão em idade reprodutiva, os efeitos nos fetos são uma crescente preocupação.
- Há um aumento no envolvimento das mulheres na produção ilícita e no tráfico de drogas. Elas são predominantes ceifeiras de ópio na Ásia ou das folhas de coca na América do Sul.
- Enquanto o uso de cocaína pode levar a elevadas taxas de crimes relacionados à aquisição de drogas, os seus consumidores também podem praticar uma ampla variedade de crimes não relacionados às drogas e atividades não criminosas para sustentar o seu uso.
- Há elevadas taxas de abusadores de drogas entre médicos, enfermeiros, militares, executivos, motoristas de caminhões, pilotos e trabalhadores nas linhas de montagem.
- Devido ao aumento do consumo global de drogas ilícitas, a mortalidade relacionada ao abuso de substâncias mais do que triplicou na última década. Dados recentes sugerem que o uso de

substâncias injetáveis é responsável por entre 100 mil a 200 mil mortes por ano.

- Durante o cultivo de coca e da papoula do ópio, houve um aumento do emprego de poderosos herbicidas, pesticidas e fertilizantes, frequentemente sem conhecimento técnico dos seus usos e potenciais efeitos danosos ao ambiente.

- A intensificação do cultivo da coca na planície alagada de Hualagae e nas colinas baixas adjacentes no Peru, assim como uma vigorosa expansão dentro das florestas montanhosas, é responsável pela aniquilação de um milhão de hectares dos recursos da floresta tropical.

- A destruição da floresta Amazônica pelo cultivo de coca contribui para a perda de raras espécies de plantas das quais futuras drogas farmacêuticas e outras substâncias benéficas poderiam ser desenvolvidas; tendo em vista que um sexto dos medicamentos prescritos possuem um princípio químico originado de uma planta tropical.

2.7.3 Complicações no Trabalho

Antes de falar dos problemas no trabalho devido ao uso de drogas, vale ressaltar que este ambiente é um lugar importante para se fazer prevenção, mas nem sempre isso acontece. Uma das justificativas para esta idéia é de que o funcionário passa a maior parte de sua vida justamente neste ambiente. Outro motivo relevante é neste ambiente em que as pessoas mais interagem com outras pessoas, sofrem pressões, dificuldades, encontram soluções, etc..., porque então não pensarem juntos prevenção?!

A seguir serão relacionados alguns problemas no trabalho pelo uso de drogas:

- Absenteísmo: A falta no trabalho é de duas a três vezes maiores entre usuários de drogas, lícitas e/ou ilícitas, do que entre outros trabalhadores.
- Acidente no trabalho: O índice que as pesquisas apontam é que 20 a 25% dos acidentes de trabalho são causados por trabalhadores intoxicados. Algumas pesquisas ainda afirmam que muitos destes acidentes acontecem na segunda-feira.
- Uso de serviços de saúde: É de três a cinco vezes maiores o uso do serviço de saúde pelos dependentes químicos bem como os benefícios requeridos (auxílio doença), em relação a outros trabalhadores.

- **Rendimento:** Sem considerar a quantidade de produto psicoativo usada, este trabalhador possivelmente terá um desempenho menor, menos qualidade e segurança em relação a outro trabalhador.

A Folha de S. Paulo - (13/03/03) publicou alguns problemas relacionados com certos tipos de drogas ilícitas;

Maconha

Quando retoma suas atividades, quem usa maconha tende a ficar desatento, disperso e com dificuldade para realizar tarefas mais complexas ou para processar várias informações ao mesmo tempo. Esses efeitos podem acometer também o usuário de final de semana e ainda com mais intensidade quem consome um cigarro de maconha todo dia. Segundo os médicos, a capacidade de concentração fica comprometida durante dois ou três dias posteriores ao uso. Quem consome a droga três vezes por semana, pelo menos, pode apresentar menor motivação no dia-a-dia.

Cocaína

Em geral, usuários de cocaína tendem a ficar instáveis mentalmente, apresentando comportamento mais impulsivo e irritadiço. O consumo no trabalho pode deixar o usuário muito eufórico em uma reunião, agressivo em outra e, não raro, deprimido após o efeito do entorpecente.

As complicações anteriormente citadas servem para entender da necessidade de tratar o problema da dependência de substâncias psicoativas. Esta necessidade surge justamente no momento em que se revela que a doença é complexa e precisa de diagnóstico detalhado e preciso, para garantir um resultado satisfatório.

2.8 O TRATAMENTO

Sabemos que ninguém fica dependente de drogas de uma hora para outra. Além da experiência prazerosa (não se deve esquecer que o usuário sente prazer com a droga), o dependente começa a experimentar algum tipo de problema, com o uso da droga. Em geral ele não nota esses problemas, acreditando que está tudo sob controle e que usa a droga quando quer etc. Muitas vezes o dependente também não percebe que as

prioridades de sua vida começaram a mudar, que a escola e seus compromissos ficaram de lado, que a vida familiar com suas obrigações tornaram-se um tormento e fonte de brigas, que a saúde física e mental passou a ser desconsiderada, que tenta agora obter dinheiro a qualquer custo exclusivamente para comprar a droga..

Todos esses fatores acabam-se somando e fazendo com que a pessoa entre num círculo vicioso para baixo, em que a droga (mais enfaticamente a cocaína e o crack, em comparação à maconha) é o principal fator de ligação dos eventos negativos no processo de dependência. Para entendermos o que é o tratamento, temos também de entender esse processo. Devemos buscar uma série de mudanças que possa elevar o indivíduo numa espiral para cima. Uma mudança positiva dá oportunidade para outra mudança positiva, é o que chamamos, círculo virtuoso, em que coisas boas chamam coisas boas.

O tratamento deve então ser considerado dentro de uma ampla gama de ações: o envolvimento familiar, o afastamento do grupo e dos locais com quem e onde o dependente consumia drogas, o incentivo a novas formas de relacionamento social (novos grupos, nova religião, novo emprego, grupos de auto-ajuda) até ajuda profissional propriamente dita. (BOUER, 2004, p.56).

Normalmente a família tenta uma serie de intervenções antes de buscar a ajuda de um especialista. Mas chega um momento em que se espera algo eficiente e rápido para mudar o comportamento do usuário. Antes de mais nada, é essencial que os familiares tenham em mente que não é fácil deixar uma dependência, o processo é lento, as recaídas ocorrem e não devem ser encaradas como fracasso, mas como uma fase do tratamento.

Muitas vezes vale a pena, antes de recorrer à ajuda profissional, procurar motivar a pessoa à vida, reinserindo-a nas atividades rotineiras (estudos, trabalhos, refeições etc.) e socioculturais (cinema, leituras, encontro com amigos etc). Algumas atitudes podem auxiliar na cessação do consumo e na prevenção das recaídas.

Afastamento do meio social antigo, dos companheiros de consumo, e busca de outros contatos;
Mudar de residência, ainda que temporariamente, pode ser terapêutico. (BOUER, 2004, p.58).

2.8.1 Desintoxicação

Bouer (2004, p.60), o nome desse tipo de tratamento não é o mais correto, pois a cocaína e o crack não ficam no organismo por muito tempo, tampouco a maconha. A maioria das pessoas que buscam desintoxicação não estão intoxicadas no sentido médico da palavra, na maior parte das vezes elas apresentam sintomas de uso crônico da droga, como emagrecimento, deterioração mental, ansiedade e uma série de sintomas de abstinência. Os sintomas da abstinência podem durar de seis a oito semanas para a cocaína e para o crack, período no qual o usuário está bastante vulnerável a recaídas. Na desintoxicação devemos ter dois procedimentos:

1. Melhorar as condições gerais do usuário – Alimentação balanceada acompanhada de oportunidade e tranquilidade para dormir são importante para o usuário de cocaína (em geral magro e com o sono atrasado). A maconha não mexe tanto com o aspecto físico da pessoa e sim com o psicológico.
2. Medicamentos que possam aliviar os sintomas de abstinência:

Ainda não possuímos um tratamento-padrão que melhore esses sintomas, mas os medicamentos mais usados são:

Antidepressivos: Com o uso crônico dos estimulantes (cocaína-crack), o sistema nervoso fica num estado de estímulo artificial. Quando a pessoa pára de usar a droga, existe a tendência de o sistema nervoso produzir um efeito rebote, que são os sintomas de abstinência mais ou menos opostos aos efeitos da cocaína e do crack (ansiedade, depressão, falta de vontade de fazer qualquer coisa irritabilidade e um desejo intenso de usar a droga). As medicações antidepressivas parecem diminuir a intensidade de todos esses sintomas. O maior inconveniente desse tipo de medicação é que os seus efeitos demoram, mas de dez dias para aparecer, necessitando-se, portanto de grande colaboração dos pacientes.

Calmantes ou tranquilizantes (ansiolíticos): Quando a pessoa pára de usar a cocaína-crack podem predominar sintomas de ansiedade, agitação e irritabilidade. As medicações que combatem a ansiedade (calmantes) podem ser úteis para reduzir esse estado, tornar a abstinência mais tolerável e diminuir a chance de recaída. Os calmantes não parecem ter efeitos específicos sobre a abstinência da cocaína e do crack, mas diminuem a ansiedade global. Sua grande vantagem é que seu efeito ocorre em poucos minutos. (OLIVEIRA, 1997, p.80).

2.8.2 Internação

Recentemente houve uma expansão muito grande do número de clínicas privadas e de organizações não governamentais (ONGs). Aparentemente a boa vontade em tratar pessoas dependentes focalizou-se em desamiar apenas uma das possibilidades terapêuticas: a internação em detrimento de outras formas comunitárias de tratamento. Deve-se, portanto colocar a importância da internação em perspectiva, pois do contrário ela pode ser encarada como a única forma de tratamento que realmente funciona.

A internação não é solução para todos os dependentes e mesmo o tempo de internação pode variar de internações curtas a internações de no máximo algumas semanas.

Conforme Rahd (2005, p.14):

A internação não deveria ser considerada como o único tratamento, mas como um dos eventos importantes no processo de recuperação. A indicação de internação depende de alguns fatores, dentre eles: várias tentativas de tratamento ambulatorial que não deram certo, reconhecimento pelo usuário de que não está conseguindo ficar longe das drogas, deterioração física, sintomas psicóticos persistentes associados ao uso de cocaína/ crack, envolvimento criminal persistente e necessidade vital de afastamento do local onde vive.

Quanto aos efeitos da internação, podemos afirmar que ela proporciona um ambiente seguro, no qual a pessoa fica distante do meio onde usava a droga e tem a oportunidade de se recuperar física e mentalmente. Em contrapartida nas clínicas é bastante variado. Aparentemente predomina uma combinação das idéias de recuperação baseada nos doze passos dos Narcóticos Anônimos com idéias de conscientização em relação ao problema. Em algumas clínicas o paciente fica por um mês longe da família e imerso no ambiente terapêutico.

A maior parte das atividades são feitas em grupo e a pessoa tem a oportunidade de trocar experiência com outros usuários sobre o processo de recuperação.

O tempo de internação varia bastante e depende muito de quão estruturado é o programa da clínica. As internações mais curtas, de duas semanas, são focadas na desintoxicação, e pouco mais do que o aspecto físico da dependência pode ser tratado.

Alguns programas duram de oito a doze semanas, período mínimo de conscientização do problema, segundo seus defensores. Outras clínicas propõem internações prolongadas por vários meses, como as comunidades terapêuticas, nesse tipo de internação os pacientes participam intensamente de toda a organização da comunidade terapêutica, muitas vezes cultivando a terra na produção de alimentos, fazendo faxina, cozinhando etc. O princípio é que por meio dessas atividades a pessoa reaprenderia uma série de responsabilidades e contatos sociais que foram perdidos no processo de dependência de drogas.

2.8.3 Tratamento Ambulatorial(SemInternação)

De acordo com Rahd (2005, p.30): O objetivo primordial do tratamento é ajudar o paciente a se manter abstinência, reduzir ao máximo os efeitos aversivos da síndrome de abstinência e desenvolver habilidades para lidar com situações de riscos.

Para atingir esses objetivos é fundamental a adesão ao tratamento (cumprimento rigoroso das instruções médico-psicológicas), motivação e elevado empenho para mudar comportamentos e pensamentos inadequados. Não há uma forma única e cem por cento eficaz de tratar os transtornos decorrentes do abuso de substâncias psicoativas.

Nenhum método pode ser considerado superior aos demais. Pessoas com problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas e/ou outras drogas apresentam um histórico de vida com experiências distintas e razões individuais para manutenção do problema.

Portanto, compete aos profissionais avaliar o perfil do paciente e ajudá-lo a escolher o tipo de tratamento mais adequado para o caso. O principal benefício do programa ambulatorial é a oportunidade de tratamento, sem afastar o paciente de seu convívio familiar, profissional e social.

Outro aspecto importante desse programa consiste na aquisição de habilidades para lidar com as situações de risco (situações que facilitam ou aumentam os riscos de recaída), às quais o paciente estará exposto constantemente no contexto sócio- cultural e familiar.

O tratamento é realizado em três (3) etapas, com intervalos de 60 dias entre as consultas. Na consulta inicial, realiza-se uma triagem para formação de grupos, nos quais são esclarecidas as causas da doença, os fatores agravantes, a evolução e gravidade dos problemas e a forma de tratamento.

O atendimento em grupo na primeira consulta visa ampliar a compreensão através de relatos e da observação de casos de outros pacientes do grupo, dos efeitos físicos, psicológicos e sociais provocados pelo abuso de substâncias e o desenvolvimento da doença ao longo dos anos.

Após a consulta motivacional e avaliação do quadro clínico de cada paciente é feita à prescrição dos medicamentos que deverão ser tomados durante o intervalo das consultas.

Tanto o paciente, quanto os acompanhantes ou familiares são incentivados e encorajados a ligar para clínica durante os intervalos das consultas, sempre que houver necessidade de esclarecimentos ou apoio da equipe profissional. Nas consultas seguintes, o atendimento é individual.

O paciente é reavaliado e, se necessário, são realizados ajustes ou alterações nas intervenções terapêuticas.

2.8.4 Grupos de auto-ajuda (Narcóticos Anônimos)

Os grupos de auto-ajuda para usuários de drogas-Narcóticos Anônimos (NA) é uma Irmandade ou sociedade sem fins lucrativos, de homens e mulheres para quem as drogas se tornaram um problema maior. Um serviço gratuito baseado exclusivamente na disponibilidade e na generosidade dos seus membros. Os NA seguem uma doutrina de recuperação baseada nos chamadas doze tradições e os doze passos:

As Doze Tradições dos Narcóticos Anônimos e Nar-Anon:

1º. O nosso bem estar comum deve vir em primeiro lugar; a recuperação individual depende da unidade de NA.

2º. Para o nosso propósito comum existe apenas uma única autoridade – um Deus amoroso que pode se expressar na nossa consciência coletiva. Nossos líderes são apenas servidores de confiança, eles não governam.

3º. O único requisito para ser membro é o desejo de parar de usar.

4º. Cada grupo deve ser autônomo, exceto em assuntos que afetem outros grupos ou NA como um todo.

5º. Cada grupo tem apenas um único propósito primordial – levar a mensagem ao adicto que ainda sofre.

6º. Um grupo de NA nunca deverá endossar, financiar ou emprestar o nome de NA a nenhuma sociedade relacionada ou empreendimento alheio, para evitar que problemas de dinheiro, propriedade ou prestígio nos desviem do nosso propósito primordial.

7º. Todo grupo de NA deverá ser totalmente auto-sustentável, recusando contribuições de fora.

8º. Narcóticos Anônimos deverá manter-se sempre não profissional, mas nossos centros de serviço podem contratar trabalhadores especializados.

9º. NA nunca deverá organizar-se como tal; mas podemos criar quadros de serviço ou comitês diretamente responsáveis perante aqueles a quem servem.

10º. Narcóticos Anônimos não tem opinião sobre questões alheias; portanto o nome de NA nunca deverá aparecer em controvérsias públicas.

11º. Nossa política de relações públicas baseia-se na atração, não em promoção; na imprensa, rádio e filmes precisamos sempre manter o anonimato pessoal.

12º. O anonimato é o alicerce espiritual de todas as nossas Tradições, lembrando-nos sempre de colocar princípios acima de personalidades.

Os Doze Passos dos Narcóticos Anônimos e Nar-Anon:

1º. Admitimos que éramos impotentes perante a nossa dependência, que nossas vidas tinham se tornado incontroláveis.

2º. Viemos a acreditar que um Poder maior do que nós poderia devolver-nos à sanidade.

3º. Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, da maneira como nós o compreendíamos.

4º. Fizemos um profundo e destemido inventário moral de nós mesmos.

5º. Admitimos a Deus, a nós mesmos e a outro ser humano a natureza exata das nossas falhas.

6º. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.

7º. Humildemente pedimos a Ele que removesse nossos defeitos.

8º. Fizemos uma lista de todas as pessoas que tínhamos prejudicado, e dispusemo-nos a fazer reparações a todas elas.

9º. Fizemos reparações diretas a tais pessoas, sempre que

possível, exceto quando faze-lo pudesse prejudica-las ou a outras.
10°. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
11°. Procuramos, através de prece e meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, da maneira como nós O compreendíamos, rogando apenas o conhecimento da Sua vontade em relação a nós, e o poder de realizar essa vontade.
12°. Tendo experimentado um despertar espiritual, como resultado destes passos, procuramos levar esta mensagem a outros adictos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

Os grupos de NA funcionam basicamente através de reuniões diárias em que alguns usuários em recuperação coordenam os grupos que discutem a experiência de cada um durante o processo de dependência e a recente recuperação.

Os membros desses grupos seguem as doze tradições e os doze passos citados anteriormente, que, embora possam parecer por demais simples, oferecem a oportunidade das pessoas se organizarem e se recuperarem. Apesar da ênfase em Deus, esses grupos não são religiosos e não mantêm nenhuma ligação com grupos políticos ou sistemas de tratamento. Eles se mantêm exclusivamente por contribuições voluntárias de seus membros. Qualquer ligação fora do NA é enfaticamente rejeitada por seus membros. (LARANJEIRA 2001, p.64).

Nar-Anon

Associados aos grupos de auto-ajuda para usuários existem grupos de orientação para os familiares qual o nome é NAR-Anon é um programa que segue também os Doze Passos e as Doze Tradições citados anteriormente , cujo único propósito é ajudar os familiares e amigos de adictos(usuários) a se recuperar emocionalmente dos prejuízos causados pelo uso de drogas de um ente querido. O programa focaliza a família do dependente. Qualquer que tenha sido a causa inicial, a família do dependente pode facilmente agravar o problema. O NAR-ANON ajuda a família a adquirir compreensão do problema da dependência química como uma doença e a possível contribuição dela como provocadora e facilitadora. Os membros do NAR-ANON acreditam que a melhor maneira de ajudar o dependente desorientado é modificando suas próprias atitudes.

Nas reuniões dos grupos o propósito do NAR-ANON é alcançado pelos mesmos mecanismos de Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, através da identificação com pessoas que passaram, ou estão passando, por experiências semelhantes - numa

atmosfera de apoio, protegida pelo anonimato. A mensagem de NAR-ANON é compatível com várias formas de ajuda ao alcance do dependente ou de sua família.

O único requisito para ser membro Nar-Anon é que exista um problema de dependência num parente ou amigo.

2.9 O PAPEL DA FAMÍLIA NO PROCESSO DO TRATAMENTO

No dicionário Aurélio, (1997, p.2003) o termo família significa “o pai, mãe e os filhos, pessoas do mesmo sangue, (...) comunidade formada por um homem e uma mulher, unidos pelo laço matrimonial, e pelos filhos nascidos dessa união”.

Segundo Dias (1992, p.57-58):

Na concepção de hoje, família é formada pelo casal de pais e seus filhos (legítimos ou adotivos), e talvez por parentes ou conhecidos que morem junto com o grupo familiar. Estes modelo apresentado tem sua origem na Europa, da qual nos originamos através da colonização. Não podemos esquecer que a família é uma organização mutável: ao longo dos tempos e que acaba ocupando o lugar que os padrões culturais de uma determinada sociedade lhe indicam.

Pode-se dizer que o conceito de família é até certo ponto, subjetivo, pois depende do ponto de vista de quem a observa. De qualquer modo o que realmente liga uma pessoa à outra na família são os laços de parentesco ou afinidades.

Toda pessoa sabe o que é uma família, já que todos nós somos parte integrante de uma.

A sociedade define família como uma estrutura instituída que se desenvolve através dos esforços de seus membros, podendo ser reconhecida como uma unidade socioeconômica organizada em torno de um casal, capaz de reproduzir esta mesma unidade. Visa as ideologias do Estado, em um mesmo período, conforme o grupo social observado.

A Constituição Federal do Brasil, de 1988, em seu artigo 226, representou um marco na evolução do conceito de família, reconhecendo a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, ou seja, não precisam estar casados legalmente para serem reconhecidos como uma família.

Atualmente, podemos encontrar outras definições de família, além da patriarcal.

A família de origem, é a família dos pais; Existem também a matriarcal onde a mãe exerce a influência sobre a mesmo; família nuclear é a existência de diversos tipos de família, em duas épocas e local, família natural composta pela mãe e filho, sem designação do pai, família neolocal formada pelo homem e pela mulher com um lar próximo, sem interferência de pai e mãe, família de reprodução formada por indivíduo com outro e os filhos são decorrentes dessa formação. (MANSUR, 1991, p. 30).

A família conquistou na sociedade o espaço que conhecemos hoje, onde se desenvolve uma relação de afeição direta entre pais e filhos, de forma a garantir o desenvolvimento dos mais novos, através do processo de educação.

Atualmente a família brasileira, por consequência, vem passando por sensíveis mudanças. O desenvolvimento industrial, a urbanização, as correntes migratórias, as alterações na divisão sexual do trabalho e o surgimento de uma nova moral sexual seriam responsáveis por essa mudança.

Freqüentemente, um problema de dependência de substâncias psicoativas na família a envolve de maneira tão intensa quanto ao indivíduo usuário de drogas, atingindo diretamente o cônjuge e os filhos, e envolvendo de alguma forma outras pessoas como, pais, irmãos, avós e tios, seja por sofrer determinadas consequências em virtude do comportamento de quem usa drogas, ou seja, por estimular ou procurar ajuda na recuperação do doente, tendo em vista a posição de sujeito de suas ações concedida ao homem.

Os problemas dos dependentes de substâncias psicoativas não são fatos isolados na sociedade, pois, virtualmente, afetam outras pessoas além dos doentes especialmente os que vivem mais próximos a eles. Costuma existir um envolvimento tão grande e tão visível entre os familiares e os problemas e sintomas do doente que o termo co-dependência foi inventado para descrever tal situação. Embora não existam duas famílias iguais ou

que respondam à dependência de substâncias psicoativas da mesma forma, há temas, sentimentos e comportamentos comuns que prevalecem em quase toda família que abriga um dependente.

Os familiares começam a experimentar ansiedade em decorrência do uso de drogas pelo dependente. Mesmo havendo um consenso geral na família de que não existe problema real de drogas, a verdade é que o relacionamento vai se tornando cada vez mais tenso.

A família inteira passa a se preocupar com o uso abusivo de substâncias psicoativas por parte do usuário. Ao mesmo tempo em que se ilude a respeito da doença, tenta controlar o uso ou as consequências do abuso de substâncias psicoativas por parte do dependente. Desgoverna-se a vida familiar à medida que os membros desenvolvem sintomas físicos e emocionais e, frequentemente, se afastam do convívio social. Um acordo, implícito ou explícito, conhecido como a regra do “não falar”, instala-se, e não se discute o assunto para que se mantenha a ilusão de que “o uso de substâncias psicoativas não está causando problema algum nesta família; estamos com ele muito bem, sem ajuda de quem quer que seja”.

Os membros da família assumem papéis rígidos e previsíveis. Tornam-se “co-participantes”. Nesta fase é comum negar o sofrimento emocional e outros sentimentos.

Poderão ocorrer crises graves na família à medida que os familiares, cansados, procuram fugir da situação que lhes parece insuportável. Costuma ocorrer também que se afastem emocionalmente do doente ou que aconteça um divórcio na família – ou até mesmo, um suicídio ou homicídio. O contrário pode ocorrer: uma forte unidade familiar protegendo o dependente. O fato é que esse último estágio caracteriza-se pela exaustão emocional.

A descoberta do consumo de drogas de um membro da família gera muito tumulto e vários conflitos. Além de sentimentos de angústia, desespero e impotência nos familiares, busca-se um culpado para o que, em geral, passa a ser um drama familiar.

O senso comum acredita ser esta uma questão individual, fruto de “problemas de personalidade”, influência de más companhias ou, muitas vezes, decorrência de desajustes familiares. O fato é que, ainda hoje, mesmo diante de tantas informações, a droga exerce um grande poder no imaginário social, sendo responsabilizada por atos delinquentes e comportamentos ditos “anormais”.

A família é de suma importância na prevenção do uso de drogas e conseqüentemente, busca auxiliar na construção de qualidade de vida dos seus filhos, no entanto, quando é descoberto o uso é necessário observar e estimular o tratamento.

Souza (1997, p.20) pontua:

Família desperta em todos nós lembranças, emoções, saudades, expectativas quase sempre contraditórias, intensas e, principalmente, inegáveis. Família é algo universal e, por enquanto, eterno; não foi descoberto outra formação humana capaz de substituí-la.

Todo ser humano para ter um desenvolvimento “saudável”, necessita da presença de pessoas que possibilitem a construção de normas e valores, na qual constituem a essência, ou seja, a formação de seres humanos com caráter.

Em nome da saúde e do bem-estar dos filhos, influenciados pela mídia e reforçados pela própria escola, a família discrimina os jovens usuários de drogas, enquadrando-os em comportamentos estereotipados. Estas reações ocorrem, muitas vezes, pela falta de informação adequada e pela impossibilidade da família discernir as diversas formas de uso e as funções que a droga pode ocupar para cada indivíduo.

Segundo Sarti (1996, p.40), família é:

[...] Família é conceito que aparece e desaparece das teorias sociais e humanas, ora enaltecida, ora demonizada. É acusada como gênese de todos os males, especialmente da repressão e da servidão, ou exaltada como provedora do corpo e da alma. Ao longo da história, muitas tentativas foram feitas para combater sua força, tanto por movimentos de direita quanto pelos de esquerda, comunitários e fascistas, [...]

A família é essencial para construção de pessoas capazes de exercerem papéis de verdadeiros cidadãos, onde não será necessário usar nenhuma substâncias psicoativas para sobreviver nessa sociedade tão excludente.

Segundo Kalina (2005,p.93):

Toda a dependência tem sua origem inspiradora na família ou no meio social imediato e/ou mediato. Muitas vezes a família poderá conviver por um longo tempo com o integrante usuário, tendo este um consumo dito social. Percebe-se um período de latência entre o momento do primeiro uso e a evolução no consumo até o momento da descoberta pela família. A descoberta pela família dificilmente acontece por iniciativa do usuário, acontece sim por terceiros ou por descuido no uso, deixando a droga ou resíduos em lugar visível.

A revelação de que tem alguém usando drogas, marca o início de uma crise familiar. A família, quem sabe, poderia ter visto antes o problema, mudanças sutis de comportamento acontecem querendo dizer – as coisas não estão bem comigo – numa linguagem não verbal, mas a maioria das pessoas não sabe ler essas mensagens.

O sofrimento, a culpa, frente à revelação da dependência são muito grandes. Muitas perguntas surgem. Onde foi que erramos? Normalmente é a primeira a ser feita.

2.9.1 A Importância da prevenção na família

A prevenção consiste num trabalho de conscientização ou redução da motivação para o consumo de drogas. Esta tarefa deve focar realisticamente os aspectos prejudiciais (danos físicos, psíquicos e sociais) relacionados ao abuso de substâncias.

A prevenção deve ser entendida como um preparo intelectual para enfrentar riscos futuros, através do desenvolvimento da capacidade crítica de analisar os danos. É um esforço antecipatório no sentido de evitar que a pessoa tenha curiosidade ou interesse em conhecer os efeitos da droga, evitar os primeiros contatos e poupar-se das complicações decorrentes desse comportamento.

O indivíduo capaz de aprender com a experiência de outros ou através de uma formação sólida e intensiva de conceitos e explicações sobre a doença, estará muito mais habilitado para recusar uma oferta, um convite ou uma idéia fantástica e ilusória sobre consumo de drogas.

Os primeiros comportamentos em relação às drogas podem ser aprendidos na infância, quando o brincar pode significar uma reprodução de comportamentos dos adultos: brindar bebidas, brincar de fumar, etc.

É óbvio que tomar esses fatos isoladamente, não justificaria o abuso de drogas no

futuro, mas essa aprendizagem aliada à falta de diálogo na família, falta de informações corretas sobre os riscos potenciais, facilidades para experimentar, disponibilidade, influência do grupo e à curiosidade sobre seus efeitos, constituem condições favoráveis e incentivadoras para o desfecho de uma história de abuso de drogas.

Para que os pais, professores ou qualquer outra pessoa possa ajudar os jovens, é necessário que disponham de conhecimentos adequados. É preciso tratar o problema com a devida seriedade sem ignorá-lo (fingir que não existe ou que existe apenas em outras famílias), nem exagerar na dose de preocupação (representações dramáticas, alarmismo e desespero).

O trabalho de prevenção significa aceitar o problema, dimensionar sua real gravidade e tratá-lo com sensatez. Para isso é necessário:

Informação - É preciso buscar informações corretas acerca das drogas, seus efeitos e possíveis danos. Muitos pais encontram dificuldades para falar com os filhos sobre drogas ilícitas, nesse caso, podem utilizar o exemplo da dependência do álcool, que se aplica muito bem em vários aspectos, às outras substâncias. Exagerar os riscos, culpar o grupo de amigos, reprimir irracionalmente, pode contribuir para aumentar a curiosidade ou o desejo de experimentar drogas.

Diálogo - Dialogar não é apenas conversar ou “despejar” conhecimento técnico, mas é também ter a capacidade de ouvir, compreender as razões individuais do jovem, etc. Para que o diálogo seja efetivo é preciso que haja um autêntico desejo de ajudar. Falar menos e ouvir mais são bons ingredientes para começar um diálogo e para despertar a confiança do usuário. Quando a situação torna-se insustentável ou quando as possibilidades de diálogo estiverem escassas, os pais podem recorrer a uma pessoa por quem o jovem sinta admiração. Por exemplo, um professor, um parente, amigo, padre ou pastor, médico ou psicólogo.

Interesse - demonstrar interesse pela pessoa e suas preocupações; analisar o grupo de amigos e seus comportamentos em relação às drogas; procurar saber em que tipo de atividade o jovem está envolvido e quais são as gratificações que essas atividades lhe proporcionam pode ser um bom começo à prevenção do problema. O interesse em ajudar deve anteceder o desejo de bancar o herói da história, ou seja, reconhecer quando as reservas pessoais esgotaram e procurar outras pessoas ou outras formas de ajuda, ao invés de insistir em técnicas fracassadas, como ocorre na maioria dos casos.

Didática - ensinar a diferença entre prazer e felicidade, onde o prazer é uma sensação momentânea e a felicidade o resultado de nossas conquistas. Ensinar ao jovem,

que na vida tudo tem um preço. Por exemplo: o preço da felicidade é o constante esforço de crescimento pessoal, profissional, intelectual, respeito por si próprio e pelos outros, etc. O preço do prazer imediato pelo abuso de drogas pode significar graves problemas futuros, como danos à saúde, problemas com a polícia, expulsão escolar, marginalização, acidentes automobilísticos, perda do ano letivo e, em casos extremos, internações em hospitais psiquiátricos ou cumprimento de penas em regimes carcerários.

Autoridade - a autoridade dos pais deve ser exercida num ambiente de compreensão e confiança, com a exigência do cumprimento dos deveres: freqüentar as aulas, fazer tarefas de casa, respeitar horários previamente estabelecidos para as refeições, atividades de lazer, para voltar de festas, etc. Punições excessivas, ofensas infundadas e desnecessárias, dificilmente contribuirão para solucionar o problema e ainda podem agravar o consumo.

Os pais devem estabelecer limites claros do que será permitido e o que não será tolerado no comportamento dos filhos e, somente determinar o que eles próprios forem capazes de cumprir. Ameaçar reduzir os benefícios caso o filho não cumpra sua parte no acordo e, não fazê-lo quando o filho descumprir, invalida a autoridade dos pais.(DRUMOND, 1998, p.180).

2.9.2 Família como Grupo de Apoio

Deve-se entender aqui por família, todas as pessoas que moram sob o mesmo teto e que interagem intimamente. Algumas vezes é necessário ampliar ainda mais esta família quando vemos que mãe, sogra, avó, etc.. , mesmo não morando juntos, exercem um papel preponderante na dinâmica familiar.

Todos os integrantes da família precisam de espaço para uma comunicação explícita favorecendo uma melhor definição de papéis com conseqüente aumento da estabilidade grupal. Para se alcançar este objetivo é necessário, muitas vezes, até um ou mais anos de trabalhos.

A importância de envolver a família no tratamento, com o objetivo focado que no decorrer do tempo esta possa ter um papel fundamental na manutenção da abstinência do membro diretamente afetado, certamente é um bom trabalho.

Conforme Cerveny (1994, p.53):

O grupo familiar funciona como um conjunto, no qual as particularidades dos membros não bastam para explicar o comportamento de todos os outros membros da família. Cada parte só pode ser entendida no contexto todo, e a mudança em qualquer uma das partes pode afetar as outras.

Para Ackerman (1996, p.60):

A família é um grupo primário e é a intermediária entre o indivíduo e a sociedade mais ampla. Assim, as perturbações de personalidade e distúrbios na adaptação social dos indivíduos não são encaradas isoladamente, e sim como um padrão dinâmico e variável influenciado continuamente pelos efeitos recíprocos da interação familiar.

A família tem competência para resolver o problema do uso de drogas do filho, só não sabe que tem e como fazer. Nenhum profissional conseguirá estabelecer um vínculo tão poderoso com este adolescente, jovem ou adulto, como o vínculo entre o filho e os pais. Os vínculos dos pais com os filhos são mais poderosos em operar mudanças que qualquer vínculo terapêutico ou de autoridade constituída. São vínculos com história de vida com um tempo de no mínimo a idade do filho.

É esta crença do profissional que vai confirmar a família como capaz e competente e vai torná-la poderosa em promover mudanças verdadeiras em todo o sistema familiar. Se esta família não for confirmada como capaz o que de fato é, ficará mergulhada numa crença de fracasso e de incompetência tão grande, que dificilmente terá condições de ajudar o filho, e tentará de todos os modos transferir esta competência para o profissional, que se não for 'esperto', será seduzido pelo brilho do poder de curar e cairá na armadilha mais antiga e perigosa.

Não podemos esquecer que mesmo que o pai deste adolescente seja um alcoólatra, é o único pai que ele tem, e se devolvermos a dignidade a este homem, confirmando-o como pai, o pouco que ele fizer pelo filho terá um efeito maior que, qualquer efeito provocado por uma "intervenção maravilhosa" realizada por um "terapeuta fantástico". Sem esta crença na competência da família, na qual esta se fia e se agarra, o profissional jamais conseguirá fazer uma parceria com esta família, parceria esta fundamental e vital para o sucesso desta grande aventura, que é ajudar a parar com o uso de drogas.

3 CAMINHOS DA PESQUISA

3.1 Considerações metodológicas

Minayo (2001,p.16) aponta que a “metodologia é o caminho do pensamento, é a prática exercida na abordagem da realidade, para atingir os objetivos propostos bem como evidenciar a hipótese de estudo”.

Demo (2000, p. 11) explica sobre a metodologia, colocando que:

Metodologia, que significa, na origem do termo, estudo dos caminhos, dos instrumentos usados para se fazer ciência. Ao mesmo tempo em que visa conhecer caminhos do processo científico, também problematiza criticamente, no sentido de indagar os limites da ciência, seja com referência à capacidade de conhecer, seja com referência à capacidade de intervir na realidade.

O presente estudo deu-se na Comunidade Terapêutica – Esquadrão da Vida, localizada em uma chácara com área de 14 alqueires, distante da cidade de Bauru 30 km e no Grupo de Auto –Ajuda para os familiares, localizado no centro da cidade de Bauru.

A demanda atendida no Esquadrão da Vida é em torno de quarenta e cinco usuários do sexo masculino, a partir dos dezoito anos de idade sendo 25 encaminhados pelo CREAS/SEBES. E no grupo de apoio tem em média cinquenta famílias mensalmente, a grande maioria do sexo feminino.

A comunidade Terapêutica- Esquadrão da Vida é uma micro sociedade e proporciona ao residente situações para reaprender a viver de maneira socialmente correta através de acertos, erros e suas conseqüências viabilizando meios para atingir as mudanças necessárias.

O programa de tratamento tem duração de sete meses de internação e um ano de acompanhamento pós-tratamento, no entanto, o período vai variar de acordo com o envolvimento do residente e sua família no processo terapêutico como também das conseqüências das drogas no cérebro e organismo do residente.

A triagem marca o início efetivo do processo terapêutico que objetiva o tratamento e a reinserção social do dependente de substâncias psicoativas e requer todo empenho para obtenção dos resultados esperados, seja pela equipe multidisciplinar seja pelo dependente de substâncias psicoativas e seus familiares.

O Esquadrão da Vida é um local bem simples elaborado para tratamento, não é um local de lazer ou de descanso.

O programa é desenvolvido em três etapas, a saber:

- Primeira Fase: Processo de Integração na comunidade e estabelecimento do vínculo terapêutico, com duração de 15 dias;
- Segunda Fase: Processo de reestruturação pessoal que implica na reorganização da vida, na reconstrução de valores morais e na formação de conceitos corretos a respeito de família, trabalho, sociedade, autodisciplina etc... Duração de três meses;
- Terceira fase: Processo de reestruturação social e reinserção social, nesta fase o paciente participa de atividade com breves incursões no seu ambiente social com retorno à comunidade terapêutica para avaliação e tratamento em áreas específicas que possam vir a ser possíveis fatores de recaídas. Duração de três meses e quinze dias;
- E etapa de pós –tratamento (fora da comunidade terapêutica): Nesta fase o dependente participa de grupo de apoio (semanal), de terapia individual semanal (se possível) e realização de testes laboratoriais para manutenção da abstinência (opcional). Duração de um ano, nessa fase a comunidade terapêutica atua como base de apoio para consolidação da recuperação e a família e o paciente reassumem o papel na tarefa de condução do processo terapêutico.

Tendo como objeto de estudo usuários de substâncias psicoativas, subdividiu-se a pesquisa em três eixos:

- Demonstrando o perfil dos sujeitos;
- O usuário de substâncias psicoativas e as relações familiares;
- O Trabalho do Assistente Social junto com usuários de substâncias psicoativas e familiares.

Para se atingir os objetivos propostos neste estudo, realizou-se primeiramente uma aproximação com o tema, através da elaboração de uma hemeroteca com artigos de jornais, revistas e internet sobre substâncias psicoativas, e de um fichamento com obras

de diversos autores, os quais abordaram teorias referentes ao objeto de estudo, a fim de propiciar uma melhor apreensão da realidade pesquisada, ampliação dos conhecimentos e a elaboração da fundamentação teórica do estudo. Logo após, foi elaborado o projeto de pesquisa que teve contribuição fundamental para o acompanhamento geral do estudo realizado.

O objetivo geral proposto foi identificar a forma como o uso de drogas interfere no contexto familiar e a importância das ações do Assistente Social neste contexto.

Os objetivos específicos consistiram em:

- Revelar o perfil dos usuários de substâncias psicoativas;
- Desvelar os motivos que levaram ao uso e dependência das substâncias psicoativas;
- Identificar as conseqüências do uso de substâncias psicoativas para o dependente;
- Revelar as ações da família, perante o usuário de substâncias psicoativas;
- Verificar o trabalho do Assistente Social junto às famílias dos usuários de substâncias psicoativas;

Levantou-se como problematização, se o uso de drogas interfere no contexto familiar. Como hipótese sugeriu-se que: A curiosidade é a motivação que leva nove em cada dez jovens a consumir drogas pela primeira vez. Na família são muitos problemas enfrentados quando se descobre que um membro da família é dependente químico, a violência, vergonha, medo, destruição dos sonhos, além da co-dependência, onde a família fica dependente psicologicamente e emocionalmente daquele que é dependente, ou seja, a família começa a viver em função do dependente.

Através de uma abordagem quali-quantitativa, puderam-se extrair dados que permitiram um aprofundamento no conhecimento da realidade a ser estudada.

Foram sujeitos válidos desta pesquisa vinte e três usuários para as questões objetivas e subjetivas equivalente a cinquenta por cento do universo de quarenta e cinco sujeitos. Em relação ao grupo de apoio, foram sujeitos válidos desta pesquisa onze famílias para as questões objetivas e subjetivas equivalente a vinte e dois por cento do universo de cinquenta sujeitos.

O pré-teste foi aplicado no mês de julho em três usuários a fim de verificar o instrumental, e orientar de forma eficaz a busca dos objetivos propostos. Na aplicação do pré-teste, não se verificou a necessidade da revisão do instrumental, visto que os objetivos e eixos foram contemplados.

O estudo foi realizado nos meses de fevereiro a novembro de dois mil e oito para os usuários e familiares.

Para viabilizar a investigação, utilizou-se como técnica de coleta de dados os instrumentais: observação sistemática e a entrevista, subsidiada por um formulário com perguntas abertas e fechadas. As questões abertas possibilitaram a liberdade de resposta dos usuários e famílias, enriquecendo a pesquisa.

Não houve nenhuma objeção em responder as questões que foram feitas aos sujeitos do estudo. A abordagem tornou-se um momento de conversa, onde os sujeitos sentiram-se à vontade e tranquilos ao responderem as perguntas durando aproximadamente dez minutos.

As entrevistas foram realizadas em dois locais, primeiramente na chácara do Esquadrão da Vida, durante o período matutino (para os usuários) e no Grupo de Apoio localizado no centro cidade de Bauru no Edifício Caravelas décimo andar, no período noturno (para os familiares).

Houve ótima participação, empenho e dedicação dos entrevistados tanto dos usuários quanto de seus familiares.

3.2 Apresentação e Análise dos Dados

Com a finalidade de se conhecer os usuários de substâncias psicoativas e sua família, e atingir os objetivos propostos, esta pesquisa foi subdividida em três eixos: Demonstrando o perfil dos sujeitos; O usuário de substâncias psicoativas e as relações familiares; e o Trabalho do Assistente Social junto aos usuários de substâncias psicoativas e familiares.

3.2.1 Revelando o perfil dos usuários de substâncias psico ativas.

Idade	Estado Civil	Habitação
16 a 26 = 14	Solteiro = 14	Própria = 14
27 a 37 = 07	Casado = 06	Alugada = 07
38 a 58 = 01	Amasiado = 02	Financiada = 01
Total = 23	Separado = 01	Cedida = 01
	Total = 23	Total = 23

Quadro1: Caracterização dos usuários de substâncias

psicoativas Fonte: Esquadrão da Vida.

Ao efetuar a pesquisa, verificou-se que quatorze sujeitos entrevistados estão na faixa etária de dezesseis a vinte e seis anos, respectivamente quatorze deles são solteiros e residem em casa própria.

O presente estudo evidenciou que o uso da droga teve início na adolescência, quando os jovens começam a frequentar com os amigos festas, bares, tendo assim grande oportunidade de conhecer algum tipo de droga.

Membros na família	Renda Familiar	Escolaridade
02 a 03 membros = 10	01 a 03 salários mínimos = 16	Ensino F. Incompleto = 04
04 a 05 membros = 09	04 a 06 salários mínimos = 04	Ensino F. Completo = 03
06 a 07 membros = 03	07 a 09 salários mínimos = 01	Ensino M. Completo = 11
07 a 08 membros = 01	Não responderam = 02	Ensino M. Incompleto = 04
Total = 23	Total = 23	Ensino S. Incompleto = 0
		Ensino S. Completo = 01
		Total = 23

Quadro2: Caracterização dos usuários de substâncias psicoativas Fonte: Esquadrão da vida.

O quadro evidenciou que dez dos sujeitos, possuem em suas residências de dois a três membros.

A renda familiar dos dezesseis sujeitos pesquisados perpassa entre um a três salários mínimos.

Constatou-se nos sujeitos pesquisados, no que tange à escolaridade, onze deles concentram-se no Ensino Médio Completo.

Sexo :	Profissões
Feminino = 0	Emprego Formal = 15
Masculino = 23	Emprego Informal = 07
Total = 23	Aposentado = 01
	Total = 23

Caracterização dos usuários de substâncias psicoativas Fonte: Esquadrão da vida.

A maior demanda do Esquadrão da Vida é de 100% homens com idade entre dezesseis a cinquenta e oito anos, trata-se, portanto de uma população jovem, em idade

de produção econômica, constituição de família e gerações de filhos.

Pôde-se verificar que os vinte e três entrevistados/sujeitos possuem uma profissão, sendo que quinze possuem emprego formal.

Porém precisamos ressaltar que devido todos estarem internados para tratamento, nenhum deles no momento exerce sua respectiva profissão.

3.2.2 Os usuários de substâncias psicoativas e as relações familiares.

As drogas em seu significado mais amplo refere-se a qualquer substâncias e/ou ingredientes utilizados em laboratórios, farmácias, tinturarias, etc. Assim, desde um pequeno comprimido para aliviar uma dor de cabeça, até uma inflamação, é uma droga. Contudo, o termo é comumente empregado a produtos alucinógenos, ou seja, drogas que levam à dependência química.

As drogas psicoativas são substâncias naturais ou sintéticas que ao serem penetradas no organismo humano, independente da forma (ingerida, injetada, inalada ou absorvida pela pele entram na corrente sanguínea e atingem o cérebro alterando todo seu equilíbrio podendo assim levar o usuário a ter reações agressivas).

Geralmente os principais motivos que levam um jovem a usar drogas são a curiosidade, influência de amigos, desejo, fuga (principalmente por questões familiares), fortalecer (encorajar alguém a tomar tal atitude que sem o uso, julgue não ter coragem), dificuldades em enfrentar e/ou suportar situações difíceis, hábito, dependência (comum), rituais, sensações de prazer, acalmar, estimulantes, facilidades de acesso e obtenção. Conforme relato dos pesquisados, estes foram os principais motivos que os levaram a experimentar a droga pela primeira vez:

Curiosidade e querer mostrar para os outros.

(Sujeito01, sexo masculino, 20anos).

Curiosidade, o desejo de saber o efeito da droga.

(Sujeito 05, sexo masculino, 37 anos).

Amizades e curiosidade

(Sujeito 03, sexo masculino, 22 anos).

Curiosidade, queria saber como é a reação de estar no efeito da droga. (Sujeito 10, sexo masculino, 25 anos).

Através dos relatos dos sujeitos, nota-se que todos tiveram o primeiro contato com algum tipo de substância psicoativa, quando se deixaram levar pela curiosidade. A curiosidade é a motivação que leva nove em cada dez jovens a consumir drogas pela primeira vez é difícil eles perceberem a importância que a droga pode assumir em suas vidas no futuro. Porém, o próprio círculo de amizades pode ser também o início de uma sucessão de experiências que podem levar à dependência. Têm jovens que acham que precisam se igualar a alguém e fazem uso também.

O jovem de hoje sente falta de algo, seja de afeto, de atenção ou de até mesmo algum motivo para não usar drogas (elas são muito tentadoras).

Talvez falte hoje uma aproximação entre pais e filhos, o que resultaria em uma proteção extra contra este submundo das drogas.

Segundo BOUER (2004, p.13):

O uso de drogas ilícitas atinge cerca de 5,0% da população mundial entre 15 e 64 anos, ou seja, aproximadamente 200 milhões de pessoas. As mais usadas são: Maconha, Anfetaminas, Heroína, Crack, Cocaína, Ecstasy e LSD.

Os depoimentos abaixo deixam em evidência as drogas mais utilizadas pelos sujeitos entrevistados:

Maconha e Crack.

(Sujeito12, sexo masculino, 25anos).

Crack.

(Sujeito 02, sexo masculino, 24 anos).

Maconha e pedra (crack).

(Sujeito 19, sexo masculino, 26 anos).

Crack e Cocaína.

(Sujeito 03, sexo masculino, 22 anos).

Através dos depoimentos pode-se notar que a droga mais consumida pelos sujeitos foi o crack.

O surgimento do crack se deu no início da década de 80, o que possibilitou seu fumo foi à criação da base de coca batizada como livre.

O consumo do crack é maior que o da cocaína, pois é mais barato e seus efeitos duram menos. Por ser estimulante, ocasiona dependência física e, posteriormente, a morte por sua terrível ação sobre o sistema nervoso central e cardíaco.

De acordo com Rahd (2005, p45):

Devido à sua ação sobre o sistema nervoso central, o crack gera aceleração dos batimentos cardíacos, aumento da pressão arterial, dilatação das pupilas, suor intenso, tremores, excitação, maior aptidão física e mental. Os efeitos psicológicos são euforia, sensação de poder e aumento da auto-estima. A dependência se constitui em pouco tempo no organismo. Se inalado junto com o álcool, o crack aumenta o ritmo cardíaco e a pressão arterial o que pode levar a resultados letais.

Quando se fala em drogas, logo pensamos em jovens, cerca de 25 milhões de pessoas são dependentes em drogas no mundo.

Os jovens estão experimentando drogas cada vez mais cedo, a escola e a rua são lugares mais associados ao seu consumo.

A adolescência é como um processo na vida do indivíduo, processo este muitas vezes gerador de angústias e incertezas, impulsionando o adolescente a buscar sua identidade própria. Nesta busca, o uso de drogas pode surgir como possibilidade de identificação, para alguns, o uso indevido destas substâncias será apenas parte de seu processo de desenvolvimento, podendo cessar com seu amadurecimento sem a necessidade de um tratamento intensivo.

Entretanto, outros mostram já no início de seu consumo de drogas, característica

que indicam um uso problemático e anormal, interrompendo o processo normal da adolescência e trazendo graves conseqüências que se não forem abordadas permanecerão na vida deste indivíduo (FOCCHI, 2001, p.50).

Segundo relatório da ONU:

O que jamais deveria acontecer está acontecendo cada vez mais cedo, para ser preciso, aos 13 anos e quatro meses, em média, recém chegados à adolescência, os jovens brasileiros têm usado drogas pela primeira vez.

De acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente:

È expressamente proibida a venda de armas, munições e explosivos, bebidas alcoólicas e produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica à criança ou ao adolescente.

Freitas (2002, p.103) pontua:

Podemos afirmar que o adolescente, em virtude do particular momento que atravessa, não só pode tornar-se um consumidor contumaz de drogas, como também, em casos mais complexos, participar ativamente do comércio ilegal desses produtos.

Sobre a idade inicial, ao submundo das drogas, os sujeitos relatam:

Dezesseis anos.

(Sujeito 07, sexo masculino, 20 anos).

Treze anos.

(Sujeito 06, sexo masculino, 25 anos).

Dezoito anos.

(Sujeito 05, sexo masculino, 37 anos).

Doze anos.

(Sujeito16, sexo masculino, 16 anos).

Através dos relatos, pudemos constatar que todos deram início ao primeiro contato com a droga na adolescência, pois os adolescentes, muitas vezes, utilizam determinada droga para apontar a incoerência do mundo adulto que usa e abusa das drogas legais como álcool, cigarro e medicamentos. Acreditam que os adultos deveriam ser um "porto- seguro", um referencial da lei e dos limites. No entanto, muitos adultos não pararam para refletir sobre isso.

Segundo Focchi (2001, p.25):

A dependência química hoje atinge dimensões mundiais, é um problema grave de saúde pública, mas que ao mesmo tempo transcende a dimensão meramente médica tornando-se também questão econômica, social e política.

A dependência de substância psicoativas é uma doença caracterizada por um conjunto de sintomas fisiológicos (transtornos orgânicos) e psicológicos (alterações do pensamento, sentimentos e comportamentos), após um determinado período de consumo de drogas.

Portanto, Rahd (2005, p.29) afirma que:

A dependência é um processo no qual o consumo de uma ou mais substâncias é priorizado em relação a outras atividades, antes consideradas importantes para o indivíduo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde:

Reconhece a dependência química como doença, porque há alteração da estrutura e no funcionamento normal da pessoa, sendo-lhe prejudicial. Não tem causa única, mas é produto de uma série de

fatores (físicos, emocionais, psíquicos e sociais) que atuam ao mesmo tempo, sendo que às vezes, uns são mais predominantes naquela pessoa específica, do que em outras. Atinge o ser humano nas suas três dimensões básicas (biológica, psíquica e espiritual), e atualmente, é reconhecida como uma séria questão social, à medida em que atinge o mundo inteiro, em todas as classes sociais.

Através do relato dos sujeitos pesquisados, pode-se notar que os mesmos já se consideravam um dependente de substâncias psicoativas quando iniciaram o tratamento.

Sim, porque não tinha mais controle sobre mim mesmo. (Sujeito 02, sexo masculino, 24 anos).

Sim, pois tudo que eu iria fazer tinha que estar com a droga na cabeça. (Sujeito 15, sexo masculino, 30 anos).

*Já, porque a droga estava acabando com minha vida, hoje eu já não me considero, pois aceitei Jesus, e ele está me libertando aos poucos.
(Sujeito 16, sexo masculino, 16 anos).*

*Sim, pois todos os dias eu usava uma quantia de R\$100,00 reais de crack por vez.
(Sujeito 08, sexo masculino, 22 anos).*

Conforme depoimento dos sujeitos, nota-se que todos conseguiram assumir que eram dependentes de substâncias psicoativas é que precisavam de ajuda, só assim conseguiram ter uma vida limpa e saudável.

A busca voluntária destes usuários pelo tratamento, acontece em geral, no momento em que eles reconhecem que o uso de drogas se torna desconfortável e apresentam problemas difíceis de serem manejados, trazendo conseqüências para a saúde, para o trabalho, mas sobretudo para família.

A dependência de substâncias psicoativas é uma síndrome médica 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. É considerada doença crônica, tal qual a hipertensão arterial e a

diabete, e como tal acompanha o indivíduo por toda a vida.(OLIVEIRA, 1997, p.98).

Como em 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.

Segundo Silva (2001, p55):

O tratamento de dependentes de substâncias psicoativas é uma das formas de minimizar os prejuízos que costumam ocorrer na vida do indivíduo, de seus familiares, de seus vizinhos e possíveis empregadores, do município onde reside, enfim, da comunidade em que vive, de seu estado, bem como, de seu país.

Segundo definição encontrada no dicionário Michaelis (1998 p.2106):

Tratamento é o conjunto de meios terapêuticos de que lança mão o médico (ou a equipe técnica) para a cura de doenças ou alívio do paciente.

Através do relato dos sujeitos pesquisados, pode-se notar que os mesmos já procuraram tratamento em diversas casas de recuperação.

Lar Sagrado Coração de Jesus, Tereza Perlatti, Esquadrão da Vida. (Sujeito 16, sexo masculino, 16 anos).

Tereza Perlatti, Comunidade Terapêutica Vida e Paz e Esquadrão da Vida. (Sujeito 22, sexo masculino, 27 anos).

Lar Dom Bosco em Pirajuí, e o Esquadrão da Vida. (Sujeito 17, sexo masculino, 24 anos).

Rainha da Paz em Avaré, a aqui no Esquadrão da Vida. (Sujeito 12, sexo masculino, 25 anos).

Pode-se observar através dos depoimentos, muitas são as instituições junto à sociedade civil que têm se proposto a desenvolver um trabalho de assistência e tratamento a dependentes químicos: grupos anônimos, clínicas ou casas de recuperação, hospitais, etc. O número delas cresce à medida em que a demanda aumenta, levando grupos, comunidades, associações, clubes de serviços e igrejas a organizarem trabalhos de atendimento a esse segmento. As propostas de formas de atendimento a essa população específica variam de acordo com a visão de mundo e perspectiva política, ideológica e religiosa dos diferentes grupos.

Geralmente só após inúmeras e sofridas crises que minam o sistema de defesa é que os usuários de substâncias entorpecentes são forçados a pedir ajuda, pois a doença envolve o indivíduo em todos os aspectos: físicos, psicológico, social, espiritual, financeiro.

FREITAS (2002, p.29) pontua:

A sociedade como um todo tem se questionado sobre as motivações deste aumento de SPAs, parte das justificativas apoiam-se no contexto sócio político que reforça os valores baseados no consumismo e prazer imediatista, associado a pauperização de importante parcela da população em todo mundo. Apesar disto, tal explicação mostra-se insuficiente quando temos diante de nós um adolescente que intoxicado coloca-se como incapaz de conseguir pensar na sua vida longe de sua substâncias de escolha. Considero, portanto, que muito há a compreender deste trinômio sujeito-droga para que possamos de fato oferecer-lhes algo que lhes faça um maior sentido do que a anestesia efêmera e cara proporcionada pelos produtos psicoativos.

Nas falas a seguir, pode-se evidenciar os motivos que levaram a cada um a pedir ajuda:

Quando percebi que estava perdendo toda família, bens materiais e o caráter.
(Sujeito 09, sexo masculino, 26 anos).

Quando percebi que minha situação era caótica, e estava interferindo em todas as áreas da minha vida.
(sujeito 13, sexo masculino, 35 anos).

Foi quando percebi que eu estava destruindo minha família e principalmente minha mãe, graças a Deus meu irmão me ajudou e estou aqui hoje.
(Sujeito 14, sexo masculino, 23 anos).

Quando percebi que havia perdido tudo na minha vida. (sujeito 15, sexo masculino, 30 anos).

Com os depoimentos dos entrevistados acima mencionados pode-se perceber que todos pediram a ajuda, somente quando despertaram para realidade e puderam perceber a destruição que a droga estava causando na vida de cada um.

Percebe-se que há uma grande preocupação em relação às conseqüências da dependência química e os prejuízos para o desempenho do indivíduo ou qualquer atividade realizada por ele, o uso de drogas lícitas e ilícitas é um grande problema da sociedade moderna. Essas substâncias estão cada vez mais disponíveis para os diferentes grupos populacionais afetando sua vida cotidiana.

Conforme Drummond (1998, p.120):

O consumo das drogas vem atingindo formas e proporções cada vez mais preocupantes. Mas é preciso ir além dos fatos, precisamos procurar as causas e atacá-las. O consumo abusivo de drogas não deve ser visto apenas como resultado de patologias individuais, mas como um fato social. E aqui está um grande indicativo de causa: uma sociedade como a nossa, cada vez mais pragmática, insensível, competitiva, consumista e individualista, é uma sociedade que favorece o uso de drogas. Ela gerou um mundo onde a existência cotidiana se tornou tão árdua e tão vazia de sentido, que os tóxicos funcionam como “amortecedores” nas relações do ser humano consigo mesmo e com o mundo. Há quem use a expressão “civilização química”, para falar desta sociedade destituída de sentido verdadeiro para a vida humana.

Na falas a seguir, serão evidenciadas as conseqüências da droga na vida de casa sujeito:

*Perda dos familiares, auto- estima baixa, conseqüência com policiais e com a sociedade.
(Sujeito 01, sexo masculino, 20 anos).*

*Só trouxe desarmonia, desespero, e solidão, a pior conseqüência é a perda de tudo que você consegue na vida.
(Sujeito 03, sexo masculino, 22 anos).*

Perda total, financeira, espiritual, familiar e sociedade. (Sujeito 12, sexo masculino, 25 anos).

*Devastadora, interfere nos relacionamentos, no trabalho, na vida social e na família, em tudo.
(Sujeito13, sexo masculino, 35 anos).*

Através dos depoimentos, conclui-se que ser usuário de substâncias psicoativas leva uma destruição gradativa de si mesma, atingindo sua vida pessoal, familiar, profissional e social.

Diante de situação tão difícil, propor e seguir caminho para sanidade é tarefa que exige coragem, não há formulas mágicas que possam modificar a situação. Os caminhos são feitos de árduo trabalho, envolvendo a família e a sociedade num processo de reestruturação, em busca de uma nova forma de viver.

3.2.3 Revelando o perfil da família:

Idade:	Sexo:	Parentesco:
21 a 24 = 02	Feminino = 09	Mãe = 06
24 a 44 = 03	Masculino = 02	Pai = 02
44 a 53 = 06	Total = 11	Irmã = 01
Total = 11		Esposa = 02
		Total = 11

Quadro1: Caracterização dos familiares Fonte: Grupo de Apoio de Bauru

Ao efetuar a pesquisa, verificou-se que onze dos sujeitos entrevistados estão na faixa etária de quarenta e quatro à cinquenta e três anos, respectivamente nove são do sexo feminino. Dos onze sujeitos pesquisados, entre eles, seis são genitoras.

3.2.4 O usuário de substâncias psicoativas e as relações familiares

Segundo Souza (1997, p.07): “O termo família vem do latim Famulus, que significa: conjunto de servos e dependentes de um chefe ou senhor. Entre os reconhecimentos como dependentes estão, a esposa e os filhos”.

Segundo Dias (1992, p.57-58):

Na concepção de hoje, família é formada pelo casal de pais e seus filhos (legítimos ou adotivos), e talvez por parente ou conhecidos que morem junto com o grupo familiar. Este modelo apresentado tem sua origem na Europa, da qual nos originamos através da colonização. Não podemos esquecer que a família é uma organização mutável; ao longo dos tempos e que acaba ocupando o lugar que os padrões culturais de uma determinada sociedade lhe indicam.

Deste modo a sociedade define família como uma estrutura instituída que se desenvolve através dos esforços de seus membros, podendo ser reconhecida como uma unidade sócio –econômica organizada em torno de um casal, capaz de reproduzir esta mesma unidade. Visa as ideologias do Estado, em um mesmo período, conforme o grupo social observado.

A família é um fator fundamental, tanto na dependência como em seu tratamento. Alguns estudiosos chegam a considerar a dependência como uma patologia familiar (doença de origem no funcionamento familiar). A genética, por um lado, é considerada responsável por 30% dos casos de alcoolismo, embora sua influência seja menor no caso de outras drogas.

A respeito da reação da família ao descobrir que um membro é usuário de substâncias psicoativas assim revelaram.

Foi muito assustador para mim, pois meu filho era muito jovem começou com a cola aos 10 anos de idade e depois todos os tipos de

drogas. (Sujeito10, sexo feminino, 42 anos).

Tristeza, principalmente quando começaram desaparecer coisas dentro de casa.

(Sujeito 11, sexo feminino, 40 anos).

Assustada, não quis acreditar durante dois anos.

(Sujeito 02, sexo feminino, 50 anos).

Foi horrível, foi ele que me disse, prometi ajuda-lo, quando ele me disse ainda namorávamos e eu não desisti.

(Sujeito 04, sexo feminino, 24 anos).

Através dos relatos dos entrevistado, nota-se que todos tiveram o mesmo impacto quando descobriram que um membro de sua família é usuário de drogas. A família sofre um desgaste emocional muito forte, envolvem muitos sentimentos diferentes como angústia, sentimento de traição, quebra de confiança, decepção, perplexidade. É preciso falar muito sobre drogas, mas o mais importante é o posicionamento perante o assunto, ou seja, os valores pessoais, familiares, sociais e até religiosos. O essencial é conhecer os valores do filho, para conduzir adequadamente a conversa. É necessário evidenciar os prejuízos que as drogas provocam, sobretudo do ponto de vista do jovem. Quanto mais se conhece um problema, mais condições se têm de enfrentá-lo.

O uso de drogas pode representar um período crítico para a família e desestabilizar sua rotina. Se não forem, portanto, compreendidos e trabalhados os motivos dessa crise, dificilmente a família vai conseguir superá-la.

Conforme BOUER (2004, p.80):

A família é a base, a sustentação, grande parte dos jovens consomem drogas para fugir de problemas familiares. 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.

Nas falas a seguir, será evidenciada a primeira providência a ser tomada pela família quando descobri que o filho usava drogas:

Comunicar ao meu marido para que juntos tomássemos a atitude correta. (Sujeito 01, sexo feminino, 45 anos).

Conversamos, dialogamos e em seguida procurei ajuda. (Sujeito 05, sexo feminino, 50 anos).

Bati nele, quase o matei, mas não adiantou nada só piorou. (Sujeito 10, sexo feminino, 42 anos).

*Conversamos e ele aceitou ajuda, foi quando procurei o Esquadrão da Vida.
(Sujeito 06, sexo feminino, 48anos).*

Compreende-se através dos relatos, que a primeira providência a ser tomada pela família foi o importantíssimo e fundamental diálogo, exceto uma mãe que a primeira atitude foi bater, porém ela mesma chegou a conclusão que nada adiantou.

Para ajudar os jovens terem uma atitude adequada com relações às drogas, o que os pais podem fazer é tornarem-se exemplos para os filhos. Ou seja, o que se faz é muito mais importante do que o que se quer se dizer.

Segundo Sarti (1996, p.40):

Para que o pai possa estabelecer e manter um relacionamento saudável com seus filhos pela a vida fora, é importante que esse contato seja de qualidade ou seja, que ele esteja presente, é importante dialogar com eles a respeito do dia-a dia deles, como estão na escola, verificar suas lições de casa.

Saliento que mais importante do que o tempo despendido com os filhos, é a qualidade deste tempo com eles, muitas vezes, meia hora de conversa e atenção exclusiva para os filhos é muito mais afetivo do que passar um dia todo sem ao menos conversar com eles, apenas embaixo do mesmo teto.

Segundo Freitas (2002, p.99):

Ao refletirmos sobre o uso de substâncias psicoativas no mundo atual, vários fatores conjugados entram em cena: o indivíduo, a droga, o cenário sócio econômico, e como não poderia deixar de ser mencionada, a família.

A família tornou-se um eixo de preocupação importante quando o assunto é droga.

Ao perguntar para os entrevistados se em algum momento sentiram-se culpados, revelaram a seguir:

Sim, em todos os momentos eu me sinto culpada.

(Sujeito 02, sexo feminino, 50 anos).

Sim, por não ter sido presente na vida dele.

(Sujeito 09, sexo feminino, 47 anos).

Sim, por que eu tinha que trabalhar para tratar dos meus filhos e os deixava sozinhos em casa.

(Sujeito 10, sexo feminino, 42 anos).

Muito, pois eu também era usuária, hoje ainda sou fumante

(cigarro). (Sujeito 06, sexo feminino, 48 anos).

Através dos relatos nota-se o fato de um filho consumir drogas gera nos pais uma sensação de culpabilidade, de impotência, de fracasso. Aliado a isso há todo um discurso da sociedade de que a família falhou, aumentando o sofrimento.

A maioria dos pais passa por tais angústias quando descobre ou desconfia que um filho usa droga. O que fazer?

A seguir descrevem-se as condutas possíveis:

- *Não dramatize o fato. Discuta com seu esposo(a) ou com alguém de confiança. Recriminações ou agressividade não ajudam em nada.*
- *Procure ter certeza de que o fato está realmente acontecendo.*

- *Tenha uma conversa franca com seu filho.*
- *Tente descobrir o tempo e quais drogas ele está usando e, se possível, a frequência.*
- *Procure descobrir as razões que levaram seu filho ao uso da droga.*
- *Não estigmatize seu filho, chamando-o, por exemplo, de maconheiro, marginal, nem faça ameaças de expulsá-los de casa ou mesmo interná-los.*
- *Nunca fique se recriminando ou procurando culpados.*(BOUER,2000,p.85).

Vá ao encontro do seu filho com compreensão, amor e carinho. Ajude-o a se abrir, a falar das dificuldades que atravessa.

Em suma, use sua arma mais importante o diálogo. Inicie o jogo limpo, voltado à recuperação do filho e o reencontro da família.

3.2.5 O trabalho do Assistente Social junto aos usuários de substâncias psicoativas e familiares.

O Assistente Social é um profissional com o compromisso ético de atuar no sentido da construção da cidadania e emancipação dos sujeitos. A intervenção do profissional está voltada para a melhoria das condições de vida da população e se dá tanto pela oferta de bens, recursos e serviços, como pelo exercício de uma ação sócio-educativa. A ação sócio-educativa do Assistente Social deve se voltar para uma perspectiva emancipatória, defendendo, preservando e efetivando direitos sociais.

Conforme Iamamoto (2002, p27):

Serviço Social tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho, questão social aprendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista moderna que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a aproximação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma pequena parte da sociedade.

A questão social é vivenciada no cotidiano dos Assistentes Sociais através de suas variadas expressões: desemprego falta de habitação, alcoolismo, dependência química, etc. O Assistente Social no Esquadrão da Vida realiza um trabalho terapêutico, e coletivo, valorizando a identidade própria e genuína de grupo,

contudo respeitando e preservando as identidades específicas de cada componente, o Assistente Social entende e respeita a complexidade do bem estar físico, social e emocional. Compreende que cada um destes aspectos tem sua importância tanto no grupo e para o indivíduo, quanto na vida em comunidade. Neste entendimento prima fundamentalmente pelo respeito ao ser humano independente de suas condições, já que o bem estar do indivíduo em todas as esferas de sua vida é à base do trabalho do Assistente Social. Zela na busca contínua de proporcionar ao dependente condições/ferramentas para sua auto-promoção na complexidade da rede social: lazer, família, trabalho, direitos, deveres, amizades, escola, comunidade, saúde, entre outros.

Procurou-se desvelar o trabalho do Assistente Social junto aos usuários de substâncias psicoativas e aferiu-se que:

O Serviço Social junto ao Esquadrão da Vida tem a finalidade de acolher, informar, acompanhar o tratamento, dar assistência social aos residentes e familiares levando-os a refletir sobre sua condição dentro de uma perspectiva de emancipação, cidadania e justiça social.

O trabalho do Assistente Social, no atendimento da dependência de substâncias psicoativas, deve proporcionar aos residentes trabalhar coletivamente suas dificuldades diante do uso de drogas, sua inserção de classe numa estrutura capitalista e desta forma estimular o protagonismo.

O trabalho deve assumir uma ação questionadora e emancipatória do usuário diante das drogas.

E trabalhar a:

- Sensibilização da pessoa quanto à necessidade de tratamento;*
- Reflexão sobre as alternativas de tratamento;*
- Articulação da rede de tratamento – Caps ad e CREAS. (Assistente Social, sexo feminino).*

Nota-se através do relato que o Serviço Social tem a finalidade de encaminhar, de auxiliar, de acompanhar, de orientar e de dar assistência social, levando- os a refletir sobre sua condição dentro de uma perspectiva de emancipação de cidadania e de justiça social.

De acordo com Pereira (1990, p.15):

Historicamente, a família sempre esteve inserida na área de atuação do serviço social, porém, na maioria dos serviços, ela vem sendo contemplada de maneira fragmentada, ou seja, cada integrante da unidade familiar é visto de forma individualizada, descontextualizada e portador de um problema. Em vista disso, um dos desafios da profissão é a busca de metodologias para trabalhar a família como um grupo com necessidades próprias e únicas.

A prática profissional dos Assistentes Sociais com famílias acompanha a história da profissão, o que as leva a buscar cada vez mais formas de atendimento mais eficazes e efetivas.

A seguir será evidenciado o trabalho do Assistente Social as famílias dos usuários de substâncias psicoativas:

De forma geral, são os familiares mais próximos do dependente que procuram o tratamento, quando não o próprio dependente. Neste momento fica claro que a família perdeu o “controle” da situação. A família neste contexto é chamada a participar do tratamento. Independente do caso, a participação familiar é parte integrante e indispensável no tratamento de pessoas com problemas relacionados ao uso/abuso de substâncias psicoativas. Frequentemente, o problema acaba gerando fortes sentimentos de culpa e frustrações em todos os membros da família. Torna-se necessário uma comunicação clara, na busca de soluções satisfatórias para todos, é dessa forma que se recuperam valores perdidos e se ajuda o residente. Normalmente, os familiares apresentam disfunções principalmente nas áreas envolvidas com a expressão de afeto, de estabelecimento de limites e papéis familiares. (Assistente Social sexo feminino).

Compreende-se através do relato que é essencial trabalhar com as famílias, pois estas respectivas famílias precisam de todo um respaldo profissional, pois este terá importância fundamental nesse acompanhamento e principalmente no resgate social dessas famílias que estão totalmente desvalidas pela bombástica

problemática que a droga proporciona.

4 CONCLUSÃO

O estudo teve papel facilitador para evidenciar o tema: Usuários de substâncias psicoativas: Uma relação familiar em debate visto ser um tema atual que está presente no nosso cotidiano.

O perfil dos sujeitos pesquisados dependentes de substâncias psicoativas pode ser definido como cem por cento do sexo masculino, com idade entre dezesseis a vinte e seis anos, solteiros e com o ensino médio completo. Destacamos ainda que dos sujeitos pesquisados, um número relevante possui trabalho formal (fora da Comunidade Terapêutica), residem com dois a três membros da família, em casa própria e renda mensal de um a três salários mínimos.

Em relação ao perfil dos sujeitos (famílias) pesquisados pode ser definido como em sua grande maioria do sexo feminino, mães com idade entre quarenta e quatro a cinquenta e três anos.

Ao identificar-se os principais motivos que os levaram a experimentar a droga pela primeira vez, nota-se que todos os sujeitos tiveram o primeiro contato com algum tipo de substâncias psicoativas quando se deixaram levar pela curiosidade.

A droga mais consumida pelos sujeitos foi o crack. O crack é resultante da mistura de cocaína, bicarbonato de sódio ou amônia e água destilada, resultando em grãos que são fumados em cachimbos.

Sobre a idade inicial, ao submundo das drogas, os sujeitos relataram que deram início na adolescência, fase esta que os jovens começam a frequentar com os amigos da escola, festas, bares, tendo assim grande oportunidade de conhecer algum tipo de droga.

Através do relato dos sujeitos, pôde-se notar que os mesmos já se consideravam um dependente de substâncias psicoativas quando iniciaram o tratamento.

Pôde-se notar que os sujeitos já procuraram tratamento em diversas Comunidades Terapêuticas, muitas são as instituições junto à sociedade civil que têm se proposto a desenvolver um trabalho de assistência e tratamento a dependentes de substâncias psicoativas tais como: grupos anônimos, clínicas ou comunidades terapêuticas, hospitais, etc.

Os motivos que levaram a cada um dos sujeitos a pedir ajuda, percebe-se que somente quando despertaram para a realidade e puderam perceber a destruição que a droga estava causando na vida de cada um.

Através de todas as questões respondidas pelos sujeitos, chegou-se à conclusão que ser dependente de substância psicoativa, leva a uma destruição gradativa de si mesmo, atingindo sua vida pessoal, familiar, profissional e social.

Quando a família descobre que um membro de sua família é usuário de substâncias psicoativas, constatou-se que a mesma sofre um desgaste emocional muito forte, envolvem muitos sentimentos diferentes como angústia, tristeza sentimento de traição, quebra de confiança, decepção, perplexidade.

Constatou-se que a primeira providência a ser tomada pela família, foi à conversa franca, ou seja, o diálogo.

Ao se perguntar para os sujeitos (famílias) se em algum momento sentiram-se culpados, constatou-se que o fato de um filho consumir drogas gera nos pais uma sensação de culpabilidade, de impotência, de fracasso.

A pesquisa confirmou a hipótese, visto que a curiosidade é a motivação que leva nove em cada dez jovens a consumir drogas pela primeira vez e é difícil eles perceberem a importância que a droga pode assumir em sua vida no futuro, a maioria das drogas só provoca dependência depois de algum tempo de uso.

Na família, são muitos problemas enfrentados quando se descobre que um membro é dependente de substâncias psicoativas, a violência, vergonha, medo, destruição dos sonhos, além da co-dependência, onde a família fica dependente psicologicamente e emocionalmente daquele que é dependente, ou seja, a família começa a viver em função do dependente, tenta controlá-lo, tenta esconder o problema, mas tudo o que faz gira em torno de contornar a situação que o dependente de substâncias psicoativas possa causar.

REFERÊNCIAS:

AKERMAN, N. Diagnóstico e Tratamento das relações Familiares. Artes Medicas,

Porto Alegre, 1996.

BUCHER, Richard. Drogas e Drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BOUER, J. Alc ool, Cigarro e Drogas. São Paulo: Panda, 2004.

BRASIL. Lei nº 8.662, de 13 de março de 1993. Código de Ética do Assistente Social. 4.ed. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 1997.

COMUDA/ABEAD. Guia Prático: Sobre Uso, Abuso e Dependência de Substâncias Psicotrópicas para Educadores e Profissionais da Saúde. Prefeitura da cidade de São Paulo, 2006.

CERVENY, CM. A Família como Modelo. Editorial Psy, Campinas, 1994.

DEMO, P. Metodologia Científica em Ciências Sociais, São Paulo: Atlas, 2000.

DIAS, M.L. Vivendo em família: Relações de afeto e conflito. São Paulo: Moderna, 1992.

DRUMONND. M.C. A Busca de Respostas. São Paulo: Loyola, 1998.

FOCCHI, G.A. Dependência Química. São Paulo: Roca, 2001.

FREITAS, L.A.P. Adolescentes, Família e Drogas. Rio de Janeiro: Mauad, 2002.

IAMAMOTO, M.V. Atribuições Privativas do (a) Assistente Social: Questão Social. Brasília/DF: Conselho Federal do Serviço Social, 2002.

KALINA, E. Viver sem Drogas. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

LARANJEIRA, R. Drogas: Maconha, Cocaína e Crack. São Paulo: Contexto, 2001.

LARANJEIRA, R. Usuários de Substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento, et al. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003.

MARLATT, G. A.; GORDON. J. R. Prevenção de Recaída: estratégias de Manutenção no Tratamento de Comportamentos Adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

MANSUR, J. O que é alcoolismo? 2.ed. São Paulo: Brasiliense,1991.

MINAYO, M.C.S. (org). Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.19. ed.Petrópolis:Vozes,2001.80 p.

OLIVEIRA, L.C. Por que voltei às Drogas. Bauru: Edusc, 1997.

PEREIRA, A.P.P. Desafios Contemporâneos para a Sociedade e Família. revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez.

RAHD, T. Manual de informações: Dependência Química, Tratamento Ambulatorial e Família.São Paulo, 2005.

SARTI, C. A Família como Espelho: São Paulo: Autores Associados, 1996.

SILVA, M.S. Se Liga .Rio de Janeiro: Record, 2001.

SILVEIRA, D. X, MOREIRA, F. G. Panorama Atual de Drogas e Dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

SOUZA, A. A família e seu espaço. Rio de Janeiro: Agir, 1997.

SUPERA - Sistema para Detecção do Uso abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

XAVIER, D. Dependência – Compreensão e assistência às toxicomanias. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.