



**FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA RATIO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

LUANA DE LIMA POLICARPO

**JOVENS, DEPENDÊNCIA QUÍMICA E FAMÍLIA, UMA ANÁLISE DO
PAPEL DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE TRATAMENTO DO JOVEM
USUÁRIO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA, A PARTIR DA
PERCEPÇÃO DO JOVEM EM TRATAMENTO, ATENDIDO NO
DESAFIO JOVEM DO CEARÁ.**

**FORTALEZA
2015**

LUANA DE LIMA POLICARPO

JOVENS, DEPENDÊNCIA QUÍMICA E FAMÍLIA, UMA ANÁLISE DO PAPEL DA
FAMÍLIA NO PROCESSO DE TRATAMENTO DO JOVEM USUÁRIO DE
SUBSTÂNCIA PSICOATIVA, A PARTIR DA PERCEPÇÃO DO JOVEM EM
TRATAMENTO, ATENDIDO NO DESAFIO JOVEM DO CEARÁ.

Monografia submetida à aprovação do Curso de
Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade
Teológica Ratio, como requisito parcial para
obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.
Orientadora: Prof^a. Eps. Adryana Estácio Trummer

FORTALEZA
2015

Luana de Lima Policarpo

JOVENS, DEPENDÊNCIA QUÍMICA E FAMÍLIA, UMA ANÁLISE DO PAPEL DA
FAMÍLIA NO PROCESSO DE TRATAMENTO DO JOVEM USUÁRIO DE
SUBSTÂNCIA PSICOATIVA, A PARTIR DA PERCEPÇÃO DO JOVEM EM
TRATAMENTO, ATENDIDO NO DESAFIO JOVEM DO CEARÁ

Monografia como pré-requisito para obtenção do
título de Bacharelado em Serviço Social,
outorgado pela Faculdade Teológica Ratio, tendo
sido aprovada pela banca examinadora composta
pelos professores.

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Eps.
(Orientadora)

Prof.^a Ms. _____

Prof.^a Ms. _____

Dedico este trabalho a Deus e à minha
família, que estiveram presentes em
minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus vivo e verdadeiro amigo que sempre permaneceu ao meu lado, dando-me força e coragem para prosseguir minha caminhada.

Ao meu marido, Márcio por seu apoio e grandes contribuições para a realização deste trabalho.

Aos meus filhos Miguel e Noemi pelo apoio e carinho que me prestaram.

A minha orientadora, Adryana Trummer, pela sábia orientação que possibilitou a elaboração deste trabalho.

A todos os professores do Curso de Serviço Social, que contribuíram para minha formação acadêmica; e a todas as pessoas e amigos que me incentivaram e apoiaram ao longo do curso.

Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes.

Martin Luther King

RESUMO

Esta pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de compreender a importância da família no tratamento do jovem em situação de dependência química, as drogas tem se alastrado na sociedade atual e os jovens são os mais atingidos. O nosso estudo verificou, através de leituras, artigos e consultas bibliográficas a influência da família durante o tratamento dos jovens. Sabemos que as drogas têm aumentado nos últimos anos, se tornando um caso no meio das famílias, que sofre por terem que enfrentar essa situação a qual seus membros têm se envolvido, a família é uma forte contribuição para que os jovens se dediquem ao seu tratamento, nesse sentido compreendo que quando a família se interessa para ajudar, fica, mas fácil o tratamento. O estudo foi desenvolvido com quatro jovens residentes de uma comunidade terapêutica (CT) Desafio jovem do Ceará, que trata de dependente químico por abuso de álcool e outras drogas, localizada em Fortaleza, Ceará. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, cujo objetivo geral foi compreender, a partir da percepção dos jovens atendidos no Desafio Jovem do Ceará, qual a importância da família para a recuperação do usuário de substâncias psicoativas. Demonstrando as políticas públicas e as formas que estas podem ajudar os dependentes de substâncias psicoativas, a se recuperarem, a dependência química é uma doença e que precisa de tratamento, com o resultado do estudo percebe-se que apesar da lei que adota a Prevenção como um de seus alicerces, ainda falta muito para que se consiga realmente o resultado favorável. Os dados serão avaliados segundo os autores principais: Minayo (2006), Laranjeira (2012), Alessandro Dieh (2011), Freitas (2002), Vizzolto (2000), e outros, a análise dos dados será por meio do embasamento teórico desses autores, pois através desses autores abordarei suas obras para melhor compreender a importância da família para o tratamento do jovem usuário de substância química, também nosso estudo realizou uma pesquisa de campo.

Palavra-chave: dependência química e família.

ABSTRACT

Is research was conducted in order to understand the importance of family in the treatment of adolescents in substance abuse situation, the drug has raged in today's society and youth are but achieved. Our study found, through readings, articles and bibliographic queries the influence of family for the treatment of young people. We know that drugs have increased in recent years become one I cause among the families who suffer by having to face this situation which its members have been involved, the family is a strong contribution to young people to dedicate themselves to their treatment in this sense I understand that when the family is interested to help, is but easy treatment. The study was conducted with four young residents of a therapeutic community (TC) Young Challenge of Ceará, which deals with drug addict for abuse of alcohol and other drugs, located in Fortaleza, Ceará. It is a qualitative, descriptive study, whose main objective was to understand, from the perception of young people attended the Youth of Ceará Challenge, which the importance of the family for user retrieval psychoactive substances. Demonstrating the public policy and the ways that they can help addicts of psychoactive substances, to recover, drug addiction is a disease and needs treatment, with the result of the study it can be seen that despite the law that adopts the Prevention and one of its foundations, there is still much to really get a favorable result. The data will be evaluated according to the main authors: MINAYO (2006), Orange (2012), Alessandro Dieh (2011), Freitas (2002), Vizzolto (2000), and others, the data analysis will be through the theoretical basis of these authors because through these authors discuss their works to better understand the importance of family for the treatment of the young user chemical, our study also conducted a field survey.

Keywords: drug addiction and family.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEAD – Associação Brasileira de Estudo de Álcool e Drogas

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial (álcool e drogas)

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CONAD – Conselho Nacional Antidrogas

CEBRID – Centro Brasileiro de informações sobre Drogas

FUNAD – Fundo Nacional Antidrogas

MS – Ministério da Saúde

OBID – Observatório Brasileiro de Informação sobre drogas

PNAD – Política Nacional Antidrogas

RD – Redução de Danos

SENAD – Secretária Nacional Antidrogas

SPA – Substância Psicoativa

SUS – Sistema Único de Saúde

Sumário

INTRODUÇÃO	11
1 A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E SUA REPERCUSSÃO NOS USUÁRIOS EM ABSTINÊNCIA DE DROGAS	17
2 A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DE JOVENS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	30
3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS.....	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
APÊNDICES	58
REFERÊNCIAS.....	63

INTRODUÇÃO

Os índices alarmantes do uso de substâncias psicoativas entre os jovens têm trazido preocupações para as famílias e para os governantes. Jovens usuários de álcool e outros tipos de drogas têm sido alvo de muita preocupação para a sociedade em geral. O uso abusivo de drogas é uma questão que preocupa toda a sociedade a nível mundial pelo fato de ter apresentado um aumento significativo nas últimas décadas do século XX, transformando-se assim, em um fenômeno de massa e um grave problema social (Pratta & Santos, 2006). Existem evidências de que o consumo destas substâncias psicoativas é prevalente em todo o mundo e estão associadas a problemas de saúde pública, tais substâncias constituem fator de risco para uma grande variedade de problemas de saúde, sociais, financeiros e de relacionamento para os indivíduos e suas famílias (HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) em 2012 chegou a 9,9% a proporção de adolescentes que vivem em 27 capitais que já experimentaram drogas ilícitas, pouco mais de 212 mil jovens. Para garantir que o levantamento refletisse ao máximo a realidade, a pesquisa foi feita com entrega de equipamentos eletrônicos aos próprios adolescentes, que responderam com privacidade sobre hábitos e comportamentos. Nas capitais em 2009, 6,9% das mulheres disseram ter usado alguma droga, índice que subiu para 9,2% em 2012. O consumo entre os homens ficou praticamente estável, oscilando de 10,6% para 10,7%, e o resultado desta pesquisa foi 7,3% de adolescentes com alguma experiência de uso de drogas. Este consumo tem causado preocupações constantes nos governantes nos profissionais de saúde, educação e na sociedade.

Em um levantamento feito pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), ligada ao Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), do Ministério da Justiça, revela que cerca de 370 mil brasileiros de todas as idades usaram regularmente crack e similares (pasta base, merla e óxi) nas capitais ao longo de pelo menos seis meses em 2012. Esse número de 370 mil pessoas corresponde a 0,8% da população das capitais do país e a 35% dos consumidores de drogas ilícitas nessas cidades. Além disso, 14% do total são crianças e adolescentes, o que equivale a mais de 50 mil usuários. O estudo foi realizado com 25 mil pessoas de forma domiciliar e indireto, ou seja, cada indivíduo respondeu a questões sobre suas

redes sociais (familiares, amigos e colegas de trabalho residentes no mesmo município) de forma geral e também especificamente sobre o uso de crack e outras drogas.

O resultado, portanto, é uma estimativa do que ocorre nas 26 capitais e no Distrito federal, em outra pesquisa da Fiocruz, feita de forma direta com 7 mil entrevistados em 112 municípios (incluindo capitais e regiões metropolitanas) entre o fim de 2011 e junho de 2013, o total não passou de 48 mil usuários de crack e similares, entre as regiões do Brasil, o Nordeste lidera o uso regular de crack e similares, com 40% do total, seguido do Sudeste, do Centro-Oeste, do Sul e do Norte, além disso, cerca de 80% dos usuários dessas substâncias fazem isso em lugares públicos e de grande circulação como nas ruas, nas capitais do Sudeste e do Centro Oeste, o crack e similares correspondem a 52% e 47%, respectivamente, de todas as drogas ilícitas (com exceção de maconha) consumidas nessas cidades. Já no Norte, o crack tem uma participação menor no total 20%, além disso, as capitais do Nordeste são as que concentram mais crianças e adolescentes usuários de crack e similares, com 28 mil pessoas, já no Sul e no Norte, número de usuários é de cerca de 3 mil indivíduos em cada região.

Segundo a pesquisa, o alto uso de crack no Nordeste está ligado ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) local, onde ha uma população mais carente. Essa droga acaba sendo, portanto, uma alternativa barata. Já no Sul, a relação é de ordem sociológica, pois lá as pessoas tradicionalmente consomem mais drogas (sobretudo injetáveis) nas mesmas cidades analisadas, estima-se que 1 milhão de pessoas usam drogas ilícitas em geral (cocaína, heroína, ecstasy, LSD etc.) com exceção da maconha.

Considerando esse contexto de agravamento do uso desta substância psicoativa foi criada a Política Estadual de Combate as Drogas que relata no art.2 o qual trata que a política sobre drogas de acordo com incisos, o ideal de construção de uma sociedade consciente e protegida do uso indevido de drogas ilícitas assim como, o uso abusivo de drogas licitas, a prevenção do uso indevido de drogas como prevenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade.

Dentro dessa rede de tratamento podemos citar a Comunidade Terapêutica que é definida por Sabino (2005) como uma forma de tratamento residencial, promovendo mudanças ao seu redor, para evitar uma possível tentativa de consumo

de drogas. O objetivo desses locais é ajudar o dependente químico no seu amadurecimento pessoal e favorecer sua reinserção à sociedade.

O interesse por essa análise partiu do meu estágio em uma comunidade terapêutica, chamada Desafio Jovem do Ceará. Durante o estágio pude constatar que, em alguns casos, a família se fazia bastante presente no tratamento de seus filhos. Neste contexto, surgiu o interesse de pesquisar acerca da importância da família, no tratamento e recuperação de jovens que fazem uso de substância psicoativa, como a família poderá ajudar a esse jovem, a sair desta situação de drogadição, outro fator que me influenciou foi, quais as consequências da vida de uma pessoa que usa drogas, e também uma história de uma amiga que teve seu filho envolvido com outros jovens que faziam uso de drogas e por consequência disto, acabara perdendo a vida, aos 14 anos de idade. O mesmo começou a fazer uso de drogas e logo depois começou a roubar para sustentar seu vício. A família ainda tentou ajudar, mais o garoto acabou sendo morto pelo próprio colega de 16 anos, que andavam juntos. Logo após, ele foi encontrado morto perto de sua residência. E este foi o motivo que me levou a fazer este estudo.

Esta análise, foca na compreensão de como as famílias podem colaborar no tratamento dos jovens usuários de substâncias psicoativas, dessa forma também esclarecer a importância e a responsabilidade da família no tratamento do jovem em abstinência. O campo de pesquisa será direcionado no Desafio Jovem do Ceará, localizado na Avenida Silas Munguba em Fortaleza o Desafio jovem é uma comunidade terapêutica filantrópica que recebe doações para se manter, e pagar os seus funcionários, há mais de 30 anos trabalha com o tratamento do dependente químico, é um referencial para aqueles que busca tratamento se trata seu fundador foi Dr. Silas Munguba.

Essa problemática é também de grande importância para o mundo acadêmico, precisamente para o curso de Serviço Social que possui todo um embasamento voltado para temáticas de relevância social, trata de um tema muito importante tanto para o estado, como também para a sociedade, pois sabemos que a questão das drogas, tem avançado cada vez, mas e os jovens são os que, mas utilizam essas substâncias químicas, independente de classe social, religião, cultura

etc., não atinge apenas o estado do Ceará, trata-se de uma questão nacional e até mesmo internacional.

Partindo desse contexto elaboramos a pergunta de partida, Qual a importância da família para os jovens em uso abusivo de drogas atendido no Desafio Jovem do Ceará? Como objetivo geral defini: compreender, a partir da percepção dos jovens atendidos no Desafio Jovem do Ceará, qual a importância da família para a recuperação do usuário de substâncias psicoativas.

Os objetivos específicos foram: verificar como é feito o atendimento desses jovens no Desafio jovem, investigar como o envolvimento da família pode contribuir no tratamento do jovem usuário de substância psicoativa.

O presente trabalho de pesquisa foi realizado com jovens que estão vivendo em situação de abstinência, atendido no Desafio Jovem do Ceará. De acordo com Gondin (2003) é a natureza do objeto que deve guiar a escolha da metodologia. Nesse sentido nossa pesquisa adotará uma abordagem qualitativa.

Minayo (1994) explica que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Bardin (1979) concorda com a autora acima, indicando que a pesquisa qualitativa deve ser usada quando desejamos entender porque o indivíduo participa de determinadas situações.

Nesse sentido nosso estudo partirá de uma pesquisa bibliográfica, Segundo Michel (2009) a pesquisa bibliográfica, fornece um maior conhecimento do objeto da pesquisa. O objetivo da pesquisa bibliográfica é conhecer e análise as principais contribuições teóricas sobre um determinado assunto ou problema, para concepção do propósito desta pesquisa investigativa, considerando as categorias analíticas de família, e drogadição, podemos diz que nossos principais autores serão Laranjeira (2012), Schenker e Minayo (2004), Freitas (2002).

No decorrer deste estudo foi realizada a pesquisa bibliográfica, pois se fundamenta na contribuição de vários autores sobre o determinado tema, utilizam-se de materiais como reportagem, contratos, documentos oficiais, relatório de pesquisa, tabelas estatística, dentre outros a pesquisa bibliográfica é:

[...] desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisa desenvolvida exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisa bibliográfica (1946, p. 44).

Nosso estudo também realizou uma pesquisa de campo, a pesquisa de campo é muito importante dentro na pesquisa social, pois é através desta pesquisa que o pesquisador vivencia experiências diariamente dentro do ambiente natural. Tem como objetivo conseguir informações sobre um problema que precisa de respostas, ou uma hipótese a se comprovada, ou fenômenos e suas relações entre si, consiste na observação de fatos coletados e variáveis relevantes para a pesquisa. Minayo (2006, p. 76) enfatiza que:

O trabalho de campo é, portanto, uma porta de entrada para o novo, sem, contudo, apresentar-nos essa novidade claramente. São as perguntas que fazemos para a realidade, a partir da teoria que apresentamos e dos conceitos transformados em tópicos de pesquisa que nos fornecerão a grade ou a perspectiva de observação e de compreensão. Por tudo isso, o trabalho de campo, além de ser uma etapa importantíssima da pesquisa, é o contraponto dialético da teoria social.

A pesquisa foi realizada com quatro jovens que estão internados na referida instituição citada como campo de pesquisa. Segundo GIL (2009) o universo ou população é um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características.

Conforme informamos anteriormente o campo onde foi realizada a pesquisa foi Desafio Jovem do Ceará, que fica na Avenida Silas Munguba, 565, em Fortaleza (Ceará). Os sujeitos da pesquisa foram os jovens com idade de 23 a 35 anos que estão em abstinência de drogas, internados na instituição. Durante a pesquisa, os jovens foram informados sobre o conteúdo desta pesquisa, e aceitaram participar da nossa pesquisa, eles assinaram um termo de compromisso onde suas identidades foram mantidos em sigilo.

Considerado o objetivo da pesquisa, o primeiro instrumental que foi aplicado foi o roteiro com perguntas objetivas a fim de traçar um perfil destes usuários, idade, quando tempo na instituição, quando começou a utilizar drogas. De acordo com Gil (2009) ele define o roteiro como técnica importante para a pesquisa, composta por um conjunto de questões para atingir o objetivo da pesquisa.

No que se referem aos aspectos mais qualitativos, ou seja, compreender as influências da família na recuperação do usuário de drogas e os motivos que levam um jovem a ser dependente de substâncias químicas, foi aplicado um roteiro de perguntas semiestruturadas, conforme Gil (2009) a entrevista é considerada uma das técnicas mais utilizadas dentro do campo das ciências sociais por ter a forma de diálogo entre um pesquisador e o pesquisado. Essa técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas às pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores. O autor explica que a entrevista semiestruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e, que oferecem amplo campo de interrogativas, junto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que recebem as respostas do informante.

Na nossa pesquisa foi utilizado como instrumento o gravador de voz, que foi permitido pelos sujeitos participantes. Para que não haja nenhum problema em relação à novidade dos sujeitos. Lerche (p. 62) enfatiza que:

Alguns pontos devem ser combinados antes do início da entrevista: explicação de como as informações será utilizadas; se as pessoas aceitam ser identificadas; se é possível usar gravador para o registro da conversa. Há casos em que o entrevistador apresenta inibição com o uso do gravador. É importante explicar como o resultado do trabalho será mais bem auxiliado pelo uso do instrumento, diminuindo riscos de compreensão e assegurando a qualidade no material.

Os dados serão avaliados segundo os seguintes autores principais: MINAYO (2006), Laranjeira (2012), Alessandro Dieh (2011), Freitas (2002), Vizzolto (2000) o processo de análise dos dados será por meio do embasamento teórico desses autores, pois abordarei suas obras para melhor compreender a importância da família para o tratamento do jovem em uso abusivo de drogas.

Apresentaremos, no primeiro capítulo, a dependência química e sua repercussão nos usuários em abstinência de drogas, no segundo a importância da família no tratamento dos jovens em situação de dependência química, já no capítulo 3 iremos abordar as políticas públicas de atenção ao usuário de drogas.

1 A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E SUA REPERCUSSÃO NOS USUÁRIOS EM ABSTINÊNCIA DE DROGAS

Conceituando a dependência química podemos dizer que é uma doença crônica, que é causada pela necessidade psicológica da pessoa de buscar o prazer e evitar sensações desagradáveis, causadas pela abstinência, trazendo consequências prejudiciais para a saúde da pessoa que a utiliza, e também para a família que acaba convivendo com o dependente, embora a decisão de experimentar uma droga seja voluntária, para a maioria das pessoas as alterações cerebrais que ocorrem durante o tempo desafiam o autocontrole da pessoa e a sua capacidade de resistir aos desejos intensos do uso de substância química.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a dependência química é definida como: “Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou de uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que os outros comportamentos que antes tinham maior valor” (OMS, 1993, p.313).

Sendo assim Filho (1999) define que a dependência química é uma doença que afeta o cérebro aponta para uma série de características que norteiam este tipo de doença de acordo com o autor, esta doença se manifesta na falta de controle, pelo usuário, de todos os seus atos e de sua capacidade de decisão e esta doença, não afeta somente a vida do dependente. Afeta também, a vida de todos os envolvidos, em especial, a da família. Ou seja, toda a família adoece junto, pois a convivência dentro de lá se torna difícil e tensa dificulta o convívio familiar. Alessandro Diehl (2011) informa que uso contínuo de qualquer substância psicoativa produz uma doença cerebral em decorrência de seu uso inicialmente voluntário. A consequência é que, a partir do momento que a pessoa desenvolve uma doença chamada dependência, o uso passa a ser compulsivo e acaba destruindo muitas das melhores qualidades da própria pessoa, contribuindo para a desestabilização da relação do indivíduo com a família e com a sociedade.

A dependência química de acordo com Malbergier (2003) apresenta os seguintes sintomas: tolerância, necessidade de aumento da dose para se obter o mesmo efeito, crise de abstinência, ansiedade, irritabilidade, insônia ou tremor quando a dosagem é reduzida ou o consumo é suspenso, ingestão em maiores

quantidades ou por maior período do que o desejado pelo indivíduo, desejo persistente ou tentativas fracassadas de diminuir ou controlar o uso da substância, perda de boa parte do tempo com atividades para obtenção e consumo da substância ou recuperação de seus efeitos, negligência com relação a atividades sociais, ocupacionais e recreativas em benefício da droga, persistência na utilização da substância, apesar de problemas físicos ou psíquicos decorrentes do uso, segundo o autor é uma das doenças psiquiátricas mais frequentes da atualidade.

Segundo a OMS (1997) 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, a dependência pode ser desenvolvida em diferentes níveis e os mais relatados são: a dependência física e a psicológica. A dependência psicológica corresponde a um estado de mal estar e desconforto que surge quando o dependente interrompe o uso de uma droga. Os sintomas mais comuns são ansiedade, sensação de vazio, dificuldade de concentração, mas que podem variar de pessoa para pessoa. A pessoa sente a necessidade de consumo incontrolável, embora o organismo não necessite da droga para viver, este efeito pode ser reforçado por uma exigência emocional ou pessoal do dependente, a dependência física ou orgânica, há necessidade física e compulsão. Há aparecimento de tolerância, o que obriga o usuário a ir aumentando a quantidade de droga a ser consumido, na falta, o sujeito entra em crise de abstinência severa com graves sinais e sintomas de sofrimento. A dependência é física quando as drogas alteram o metabolismo orgânico obrigando o usuário a continuar o consumo exagerado.

A Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua décima revisão (CID-10, 1992), um diagnóstico de dependência deve ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento durante o ano anterior: Desejo ou senso da compulsão para consumir a droga, Dificuldade de controlar o comportamento de consumir a substância (início, término, níveis de consumo), estado de abstinência fisiológico (sintomas de mal-estar físico e/ou psicológico após cessação do consumo da droga como: náuseas e tremor das mãos no caso do álcool; irritabilidade, humor deprimido, alteração do sono, ansiedade; sendo que os sintomas variam dependendo da droga), evidência de tolerância (aumento da

quantidade da droga para se obter o mesmo efeito de antes), abandono progressivo de interesses ou prazeres anteriores em favor do consumo da substância, persistência do consumo, a despeito da evidência clara (consciência do indivíduo) de consequências manifestamente nocivas. Outra definição para a síndrome de dependência (CID-10, 1992), é:

Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham mais valor. (p.74)

Segundo Trancredi (1982), algumas drogas podem causar um estado de dependência física, situação em que, se ocorrer uma privação, o organismo desenvolverá uma reação característica conhecida como síndrome de abstinência, a dependência física resulta de um processo de adaptação do organismo à droga e independente da vontade do indivíduo, as síndromes de abstinência a algumas drogas são muito características, como no caso do álcool e da morfina e seus derivados, a abstinência do álcool provoca ansiedade, alterações cardiovasculares e tremores grosseiros nas mãos e na língua, em estágios mais avançados de dependência pode desencadear um estado confusional onírico (delirium tremens), onde, além dos sinais descritos acima, aparecem alucinações ou ilusões visuais, auditivas ou tácteis, febre e colapso cardiocirculatório, podendo resultar em morte do indivíduo, na síndrome de abstinência morfínica, aparecem ansiedade, dores generalizadas, insônia, sudorese, pupilas dilatadas, vômitos e diarreia, febre e alterações cardiovasculares graves.

Sobre a dependência psíquica, diz o mesmo autor: "Trata-se de situação em que existe um impulso irrefreável que exige a administração da droga para produzir prazer ou evitar o mal estar, seguramente, é o aspecto mais importante a ser considerado em todos os casos de toxicomanias, a dependência psíquica indica a existência de alterações da personalidade que conduzem ou favorecem a aquisição e manutenção do hábito, quando existe dependência psíquica sem dependência física, a síndrome de abstinência é menos grave e menos característica, os sintomas mais característicos são a ansiedade, os tremores, as palpitações e a sensação de mal-estar, outros sintomas também podem aparecer, mas os riscos de aparecimento de problemas cardiocirculatórios são menores, e a probabilidade de sobreviver a morte

é muito pequena, exceto, é claro, se em decorrência de ansiedade o indivíduo tentar contra a própria vida”

Para compreendermos melhor a dependência química trazemos um pouco sua história de acordo com Torloni (1977) as drogas chegaram até o Brasil através dos escravos vindos da África, que cultivavam a maconha e a consumiam em cigarros, chás e até mesmo em doces como forma de suportar a dor e a humilhação sob a qual eram submetidos, era usada em rituais religiosos.

Sendo assim na atualidade, houve uma mudança significativa nos hábitos de consumo de drogas, pois nos dias atuais os fatores que levam uma pessoa a consumir drogas estão bem distantes de serem motivações religiosas, culturais, médicas ou políticas, as substâncias psicoativas são utilizadas de forma mais abusiva que antigamente, pois nas últimas décadas a dependência física e/ou psíquica causada pelas drogas entre os jovens tem aumentado na busca de intensificar o prazer e diminuir o sofrimento, e assim causa danos muitas vezes irreversíveis ao usuário e à sociedade. Stuart e Laraia (2001) relata que na dependência química pode ocorrer problemas físicos, perturbações graves no trabalho, na vida social e familiar da pessoa que o consumo de drogas sempre existiu ao longo dos tempos, desde as épocas mais antigas e em todas as culturas e religiões, com finalidades específicas pois o homem encontra sempre maneira de buscar prazer e aliviar o seu sofrimento.

Laranjeira (2004) afirma que o uso de qualquer droga pode trazer diversos prejuízos para o indivíduo usuário, como também para a sociedade, sem contar com o risco de desencadear doenças mentais.

Para compreender a estrutura psíquica presente nas toxicomanias, segundo Birman (1999), é possível distinguir dois grupos de individualidades em termos de seu funcionamento psíquico e de sua relação com o consumo de drogas, os usuários e os toxicômanos, a dimensão compulsiva é o que diferenciaria um grupo do outro, pois os usuários de drogas as usam para seu deleite ou em momentos de angústia, mas nunca as colocam como centro de sua existência, podendo até desenvolver uma dependência psíquica, mas não física, já os toxicômanos são compelidos ao uso por questões físicas e psíquicas, desenvolvem dependência, e conferem a essas substâncias uma importância central em suas vidas. Segundo

APA (2004) a característica essencial da dependência de substância é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela.

Conforme Pratta & Santos, (2006) A dependência química se tornou um problema social, é vista como resultado de uma falta de adaptação à realidade e uma ausência de habilidade do indivíduo em lidar com o convívio social, ou ainda de uma incapacidade em resolver os problemas que cercam seu cotidiano. O consumo de drogas entre os jovens não é um fato recente na sociedade, pois desde as épocas mais antigas as drogas são utilizadas por grupos de todas as culturas e religiões para diversos fins, como religiosos, culturais, medicinais, prazer, místicos, psicológicos. Da mesma forma Schenker e Minayo (2004) concorda que a dependência está relacionada ao funcionamento do indivíduo, devido aos problemas que surgem em sua vida, sejam eles sociais ou cognitivos. No relato de (J.M)

O meu pai tinha um bar onde ele sustentava toda a família, e ele bebia muito, ao ponto de bater em minha mãe, eu ficava revoltado com essa situação, e foi aí que resolvi sair de casa e acabei me afundando com as drogas, com influências de amigos, onde eu encontrava refúgio, “onde era bem tratado, a droga me fazia esquecer os problemas” (JM).

Nesta perspectiva concordamos com Bucher (1992) ao afirmar que o indivíduo se envolve com a droga a partir de um problema pessoal, mas dentro de um contexto social que facilita o contato com o produto, portanto sem considerar os fatores implicados no consumo, toda abordagem do fenômeno do uso de drogas, será sempre unilateral, engendrando respostas unilaterais e insuficientes.

A dependência física é quando o indivíduo interrompe ou diminui o uso da substância química e então surge a síndrome de abstinência pela presença de sintomas físicos extremamente desagradáveis. Com a dependência física temos sintomas como, sudorese (suor aumentado), cefaleia (dor de cabeça), dores musculares, câimbras, tremores, fadiga, oscilação pressão arterial (alta ou baixa), taquicardia (coração acelerado), febre, náuseas e vômitos, diarreia ou intestino preso, falta de apetite, alucinações/delírios (LEITE, 1999).

Nessa perspectiva, Vizzolto (2000) afirma que a dependência física como um hábito de consumir as drogas no qual o organismo do dependente já não

consegue ficar sem a substância devido ao aumento do consumo, sendo assim a ausência dessas substâncias químicas causa a síndrome de abstinência apresentando os seguintes sintomas, intensas dores epigástricas, distúrbios emocionais, convulsões cerebrais, agitação e tremores, crises de violência contra si e contra outras pessoas. Já a dependência psíquica é caracterizada pelo uso da droga no desejo de obter as sensações de bem-estar ocasionadas pela substância, e leva o dependente a aumentar a dose e a frequência do uso. Conforme o relato de JM.

Quando utilizava a droga era uma pessoa muito agressiva com as pessoas que estavam perto de mim, era violento, tratava mal a minha mulher, até que um dia ela me deixou, quanto, mais usava a droga, mais vinha aquele desejo, de usar, era onde eu esquecia os problemas, que estava passando, durante a droga acabei me afastando das pessoas, mas próximas de mim, muitas vezes ficava alucinado, perturbado, eu era outra pessoa quando estava no efeito da droga (JM).

Masur (1985) relata que a dependência química ou física é uma condição orgânica que nasce da utilização constante de certas drogas psicoativas, as quais conseqüentemente provocam o aparecimento de sintomas que envolvem especialmente o sistema nervoso central, o sujeito se torna dependente de uma dada substância, sofrendo assim os efeitos de uma abstinência repentina e prolongada. O uso abusivo do álcool, de drogas consideradas ilegais e da nicotina pode gerar esta reação corporal.

A dependência química é algo que atinge os fatores físicos e psicológicos no dependente, nesse sentido Torloni (1977) relata que a droga proporciona no usuário um desejo de consumo incontrolável devido os seus efeitos prazerosos, o que faz com que a falta desta, ocasione sensações desagradáveis como a síndrome de abstinência. Devido a isso o usuário é levado a ingerir a droga em doses cada vez maiores, tendo como consequência à dependência física e psíquica. No relato de um do sujeito.

Quanto mais eu usava a droga, mais tinha vontade de usar, era o momento que me sentia fora de mim, sentia sensações de poder, desejo incontrolável de usar, a droga sentia também raiva sensações de alucinações, vontade de praticar roubo.

Conforme Duarte e Formigoni (2006, p. 96). Os principais sintomas de abstinência podem variar de intensidade, desde um leve nervosismo ou irritação,

insônia, sudorese (aumento da transpiração), diminuição de apetite e tremores, podendo chegar a um quadro muito grave com febre, convulsões e alucinações (o chamado “delírio tremens” – que não deve ser confundido com simples tremores, também comuns nas fases iniciais da síndrome de abstinência). De acordo com Kessler, Diemen e Pechansky (2004) existem diversos fatores que contribuem para que uma pessoa faça uso de drogas tornando-se um dependente.

A dependência química é um transtorno crônico caracterizado por três elementos principais, compulsão para busca a obtenção da droga, perda do controle em limitar esse consumo e emergência de estados emocionais negativos (disforia, ansiedade) quando o acesso a essa droga é impossibilitado. (KESSLER, DIEMEN E PECHANESKY 2009, p. 299).

Fatores determinantes relacionados à dependência química também são referidos por Silva (2000, p.25) são, falta de controle impulsividade e incapacidade de ceder diante de pressão de grupos sociais, esses fatores indicam um grau de dependência considerável em que o usuário, a partir do momento que manifesta tais indícios de certa forma já se encontra com organismo bastante atingido pela ação da substância psicoativa, para Sudbrack (2003) fatores de risco são aquelas circunstâncias sociais ou pessoais que a tornam vulneráveis a assumir comportamentos arriscados, como usarem drogas, já os fatores de proteção são aqueles que contrabalançam as vulnerabilidades, tomando a pessoa com menos chances de assumir esses comportamentos.

Milby (1988) ressalta que não há razões comuns do porque as pessoas começam a abusar de drogas, as razões variam de acordo com os interesses individuais, a formação e os padrões motivacionais, para muitos, o abuso começa devido à curiosidade, uma substância é comprada e experimentada em uma aventura solitária com a droga, quando o uso inicial ocorre em uma situação social, alguns podem experimentar uma substância por causa da pressão dos companheiros.

Sendo assim Murad (1987) relata como alguns dos principais motivos e razões que levam os jovens ao uso de drogas, a revolta contra a autoridade, problemas familiares, curiosidade e modismo, pressões do grupo, imitação, fuga de tensões, discriminação social e privação, Wikler (1973) propõe causas múltiplas para o início do uso das drogas, tais como fugir do tédio e obter a aceitação dos

companheiros, essas causas geralmente atuam em situações sociais, nas quais as reações dos outros constituem as fontes de reforço que inicialmente mantêm a busca e o uso das drogas, o uso inicial é supostamente mantido pelo reforço social aprendido e pela antecipação de reforços negativos, tais como o alívio da ansiedade e da dor, ou por reforços positivos, a busca de bem estar.

O dependente químico apresenta impossibilidade de resolver pequenos problemas do seu cotidiano, e recorre às drogas para buscar refúgio, pois não controla seus impulsos, negando a sua realidade, não admite a dependência química, achado que para quando bem quiser e que consegue controlar o uso de drogas.

Neste sentido, concordamos com Silveira (1995, p.142), que, ao se referir ao dependente afirma não se tratar do desejo de consumir drogas, mas da impossibilidade de não consumi-la, estabelece-se, assim, um uso indissociável indivíduo-droga, onde tudo o que não é pertinente a essa relação passa a constituir pano de fundo na existência de dependente, este duo permanece indissociável enquanto a droga for capaz de proporcionar esta alteração da percepção de uma realidade insuportável, respondendo assim pela manutenção do equilíbrio do indivíduo, para o dependente, a droga é uma questão de sobrevivência.

Lane (2004), afirma que o dependente químico não é explicado apenas pelo uso da substância psicoativa, mas pelo conjunto de experiências interligadas e que só fazem sentido entre si. Diante dessa realidade e da complexidade do problema pode-se dizer que a dependência química é uma doença multifatorial.

Segundo Bucher (1992), a problemática da dependência de drogas fundamenta-se no trinômio, substância (droga), o usuário e sua personalidade, além do momento sócio cultural em que está inserido. Portanto, é preciso levar em conta que dependentes químicos são indivíduos adoecidos e como qualquer doente, é preciso ser tratado e não julgado, rejeitado ou punidos como se seus comportamentos fossem resultado de feito moral.

Conforme Fontanella & Turato (2002) os usuários de drogas geralmente desconhecem a gravidade da situação em que se encontram o que faz com que estes neguem a necessidade de realizar um tratamento, ou até mesmo

desacreditem na eficácia do mesmo, e isso distancia o sujeito dependente do tratamento. Os sintomas mais perceptíveis, segundo Focchi (2001, p. 3) são: físicos (tremores, náuseas, vômitos, sudorese, cefaleia, câimbras, tontura); afetivos (irritabilidade, ansiedade, fraqueza, inquietação, depressão); senso percepção (pesadelos, ilusões, alucinações visuais, auditivas ou tácteis).

Conforme Palhano (2000) o forte desejo de consumo, varia em função do potencial de reforço da substância, ou seja, da capacidade desta em causar dependência. Este desejo incontrolável de usar a droga é popularmente conhecido como “fissura” no momento em que o organismo reclama pela droga, nada mais é importante para o dependente além de usar mais uma dose. O indivíduo fará o que for preciso para conseguir outra dose, outras atividades, antes importantes, passam a ocupar um lugar secundário, pode-se observar queda de desempenho nos estudos ou trabalho, além de graves problemas de relacionamento familiar.

De acordo com Silveira (2004) a dependência é um impulso que leva a pessoa a usar uma droga diariamente ou periodicamente para obter prazer, alguns indivíduos podem também fazer uso constante de uma droga para aliviar tensões ansiedades, medos, sensações físicas desagradáveis etc. O dependente caracteriza-se por não conseguir controlar o consumo de drogas agindo de forma impulsiva e repetitiva.

Transformando-se em escravo da droga, definitivamente não há lugar para o outro, o semelhante. Na história de vida do dependente, o outro sempre foi o outro-coisificado, mero objeto. Isto revela a ausência do outro, do próximo. E explica porque o dependente não consegue manter relacionamentos profundos e duradouros com o seu semelhante. A experiência do EU é ligada a um objeto e a experiência do NÓS e anula da. A drogadição é o aniquilamento do EU e do NÓS, ou seja não tem nenhum posicionamento no mundo. (MELMAN, 1990, p. 113)

Percebo nas falas dos entrevistados que, um indivíduo que faz uso de droga ilícitas e álcool, tem dificuldade de manter seu autocontrole e sua rotina passa a ser, somente para o uso da droga, assim tornando-se um dependente, seu organismo já se adaptou com a droga, e terá muita dificuldade de sair dessa situação necessitando de acolhimento e cuidado das políticas públicas.

TIBA (1994) afirma que a personalidade do dependente químico fica tão prejudicada que sua autopreservação desaparece, e ele não se incomoda mais em aumentar seu consumo de drogas, usando tudo que vê pela frente. Já Fracasso

(2001) diz que, acima de tudo, ele é um ser capaz de entender, querer e decidir, mesmo considerando-se o abismo em que se encontra, mas com um problema a mais.

Há 20 anos que eu era usuário de droga, já experimentei todas, pois era totalmente dependente de drogas, mas depois que comecei a perceber que estava destruindo a mim e a minha família, foi que resolvi aceitar o conselho da minha família e resolvi mim trata, hoje faz 4 meses que não uso nenhuma droga (J.M)

Já Osório e Valle (2009) referem o uso de drogas como uma incapacidade de entrar em contato com crises individuais e/ou sociais, numa tentativa de resolução de processos existenciais frente às angústias e características da modernidade. Silveira Filho (1995) acrescenta ainda, que para esses indivíduos a droga passou a exercer um papel central nas suas vidas, na medida em que, por meio do prazer, ela preenche lacunas importantes, tornando-se indispensável para o funcionamento psíquico dos mesmos. Barreto (2000) afirma que droga funciona como uma “poção mágica” e dá a ilusão de que os problemas foram superados ou resolvidos. Na falta da “poção mágica” o indivíduo apresenta sintomas como nervosismo, inquietação, ansiedade, impulso para conseguir a substância a qualquer custo.

Nesse sentido as drogas podem ser classificadas pelos mais variados critérios, Seu interesse está no grau de toxicidade. Segundo o livro elaborado pelo Grupo Cultura a (edição MMVIII) as drogas podem ser divididas em cinco grupos narcóticas, depressivas, estimulantes, alucinógenas e esteroides anabolizantes, as drogas podem ser utilizadas para alterar sentimentos, pensamentos ou sensações, muitas drogas são utilizadas para aliviar dores, ansiedades ou depressões; alguns induzem ao sono e outras às atividades. Isso se deve ao fato de atuarem no sistema nervoso central. As drogas podem ser classificadas ainda como, segundo Francisco Silveira Benfica e Márcia Vaz (2008).

- Entorpecentes: substâncias que causam torpor, ilusões mentais, alívio, dor e até supressão da atividade física e mental. São os derivados do ópio, produtos sintéticos derivados da morfina, cocaína, maconha, etc.;
- Psicotrópicos: substâncias que agem sobre o sistema nervoso central produzindo excitação, depressão ou aberrações das funções mentais. São divididas em:

- Psicoléticos: são aqueles que inibem a atividade mental, como barbitúricos, tranquilizantes maiores (Amplictil) e tranquilizantes menores (Librium).
- Psicoanaléticos: são os que estimulam a atividade mental, como anfetamina e benzedrina:
- Psicodisléticos: são substâncias despersonalizantes e alucinogênicas: euforizantes (álcool, ópio, cocaína), alucinógenos (maconha, LSD).

Segundo Silveira (2001, p. 7) as drogas atuam no cérebro afetando a atividade mental, são denominadas psicoativas, o indivíduo fica "desligado", devagar ao que acontece ao seu redor. E são de dois tipos:

- Drogas que diminuem a atividade mental são chamadas depressoras, afetam o cérebro, fazendo com que funcione de forma mais lenta, essas drogas diminuem atenção, a concentração, a tensão emocional e a capacidade intelectual, podemos citar como exemplos, ansiolíticos (tranquilizantes), álcool, inalantes (cola) narcóticos (morfina, heroína);
- Drogas que aumentam a atividade mental são chamadas de estimulantes. Afetam o cérebro, fazendo com que funcione de forma mais acelerada, são cafeína, anfetamina, cocaína, crack, drogas que alteram a percepção, são chamadas de substâncias alucinógenas e provocam distúrbios no funcionamento do cérebro, fazendo com que ele passe a trabalhar de forma desordenada, numa espécie de delírios são, LSD, ecstasy, maconha e outras substâncias derivadas de plantas.

Segundo Tiba (2003) As drogas prejudicam o desempenho social, profissional e afetivo, trazendo sérias consequências aos jovens, como repetência escolar, afastamento da família, brigas com namorado, rejeitar e ser rejeitado pelos amigos. que não usam drogas para os adultos, as consequências podem ser perda de emprego, de dinheiro, da família e dos amigos

Algumas das drogas mais conhecidas e de maior consumo são: a cocaína, a maconha, o álcool, o crack e o dietilamida do ácido lisérgico (LSD) são diferenciadas pelos seus efeitos peculiares, como estimulantes, depressores.

A cocaína é um estimulante anestésico, que causa excitação, combate fadiga, reduz a fome, aumenta a resistência física, eleva o humor, alívio das

sensações de medo e ansiedade e em algumas pessoas provoca irritabilidade, ansiedade e insônia, o consumo intranasal de cocaína produz seus efeitos entre 1 e 2 minutos após o uso, tendo duração de 30 minutos em média, o uso injetados na veia, como fumado, gera efeitos quase imediatos até 10 minutos, muitas vezes obrigando o indivíduo a voltar a utilizar a droga após 5 minutos. Os metabólitos do uso da substância química ativa podem ser detectados alguns minutos após pouca aspiração ou injeção, permanecendo por até três dias (LEITE, 1999, p. 8).

O crack é um estimulante seis vezes mais forte que a cocaína, o crack provoca dependência física e podendo leva a morte por sua ação fulminante sobre o sistema nervoso central e cardíaco é um psicoativo de efeitos intensos e de duração bastante curta (máximo cinco minutos), o que provoca uma dependência muito rápida e grave efeito de abstinência, causa uma intensa euforia de curta duração, que é imediatamente seguida pelo oposto, uma depressão intensa, paranoia e uma ânsia por mais drogas, pessoas que a consomem frequentemente não comem ou dormem como deve de ser, podem experimentar um grande aumento dos batimentos cardíacos, espasmos musculares e convulsões, essa droga pode fazer as pessoas se sentem paranoicas, zangadas, hostis e ansiosas, mesmo quando elas não estão sob o efeito da droga.

A droga que eu, mais utilizava era o crack. Sentia fortes alucinações, nervosismo, muita raiva, sensações de poder, euforia, vontade de usar mais, depressão, sentimento ruim.

Segundo Leite (1999), o crack é uma mistura de cloridrato de cocaína (cocaína em pó), bicarbonato, de sódio ou amônia e água destilada, que resulta em pequeninos grãos, fumados em cachimbos (improvisados ou não), É mais barato que a cocaína, mas, como seu efeito dura muito pouco, acaba sendo usado em maiores quantidades, o que torna o vício muito caro, pois seu consumo passa a ser maior.

A maconha conhecida também como marijuana, é um produto de uma planta de nome cannabis Sativa. Uma resina grudenta cobre as flores e as folhas superiores, principalmente na planta fêmea, e contém mais de 60 substâncias chamadas de canabinoides, no entanto a substância que produz os efeitos mentais desejados é o THC (delta-9- tetraidrocanabinol). Os efeitos causados pelo consumo da maconha,

bem como a sua intensidade, são os mais variáveis e estão intimamente ligados à dose utilizada, concentração de THC na erva consumida e reação do organismo do consumidor com a presença da droga. Os efeitos físicos mais frequentes são avermelhamento dos olhos, ressecamento da boca e taquicardia (elevação dos batimentos cardíacos, que sobem de 60 - 80 para 120 - 140 batidas por minuto, com o uso contínuo, alguns órgãos, como o pulmão, passam a ser afetados).

O LSD é um dos alucinógenos encontrados sob a forma de comprimidos (micro pontos) ou em papel, que são colocados sob a língua ou injetados e provocar efeitos muito potentes. Segundo Monteiro e Rappaport, (2000) é considerado o mais poderoso alucinógeno e seus efeitos físicos são pupilas dilatadas, aumento da pressão arterial, do ritmo cardíaco e do açúcar no sangue, enjoo, náuseas, calafrios, ardores, tremores, tonturas e cefaleias. Os efeitos psicológicos são alucinações visuais, auditivas e táteis, pânico, impulsos violentos e suicidas, não tem cheiro cor ou gosto, se colocada num corpo de água, a pessoa que tomá-la dificilmente perceberá.

A dependência do álcool começa a partir do momento em que a pessoa ingere quantidades de álcool capazes de provocar algum tipo de indisposição, a popular “ressaca” no dia seguinte. Quando a pessoa tem repetidas ressacas percebe que parte do desconforto do dia seguinte pode ser aliviada se recomeçar a beber. Se alguém que estava acostumado a beber somente anoite e a ter ressacas muito fortes começarem a beber na hora do almoço sentirá que uma parte da irritação, ansiedade e falta de concentração melhorará com o álcool. A partir disso é que a dependência pode começar, a pessoa passa a beber não mais por prazer ou num ambiente social, mas para aliviar os sintomas de abstinência do álcool. (LARANJEIRA & PINSKY, 1997)

Com todos os efeitos das drogas relatadas acima, observa-se que os jovens buscam nas drogas a libertação de sofrimentos e angústias, e acreditam que tem controle sobre o seu uso, podendo largar quando desejarem. Segundo Rappaport (2000), o uso de drogas faz com que o usuário apresente perda de controle e que não consiga mais viver sem os efeitos dessas substâncias, caracterizando, assim a dependência de drogas com a necessidade de tratamento.

2 A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DE JOVENS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Apresentarei e discorrerei neste capítulo a importância da família no tratamento dos jovens em abstinência de substância química, considerando que a dependência química transformou-se em uma preocupação mundial, sendo uma das mais frequentes, geradoras de problemas entre as famílias brasileiras.

Conceito de família para Bruschini (1990) É um conjunto de pessoas ligadas por laços de sangue parentesco ou dependência que estabelece entre as relações de solidariedade e tensão, conflito e afetos sendo um grupo harmonioso e sereno não voltado apenas para satisfação de necessidades econômicas, mas sim de uma unidade composta de indivíduos, sexos, idade e posições diversificadas que vivenciam um constante jogo de poder que se cristaliza na distribuição de direitos e deveres. De acordo com Stanhope (1999) a família protege a saúde dos seus membros, dando apoio e resposta às necessidades básicas em situações de doença. “A família, como uma unidade, desenvolve um sistema de valores, crenças e atitudes face à saúde e doença que são expressas e demonstra através dos comportamentos de saúde-doença dos seus membros (estado de saúde da família)”.

Acrescenta Miotto (2000) A família é um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo, mais ou menos longo e se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos. É marcado por relações de gênero e, ou de relações de gerações, e está dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida.

Podemos observar que na, sociedade contemporânea houve profundas transformações na unidade familiar logo não existe, mais um modelo único para designar a composição familiar embora tenha existido no passado sendo nuclear (pai, mãe e filhos) devido a essas transformações, hoje se encontram na sociedade atual configurações diferenciadas famílias. Neste sentido Szymanski (2002) afirma outros tipos de famílias na sociedade atual, família nuclear incluindo duas gerações, com filhos biológicos, famílias extensas, incluindo três ou quatro gerações, famílias adotivas temporárias, famílias adotivas, que podem ser birraciais ou multiculturais, famílias mono parentais, chefiadas por pai ou mãe, casais homossexuais com ou

sem crianças, famílias reconstituídas depois do divórcio. Várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso mútuo.

Compreendemos que a família é de extrema importância para o tratamento do usuário de substância química de acordo com Teixeira (2006), os dependentes apresentam vários tipos de resistência ao tratamento, e a participação da família contribui para a superação dessas resistências, auxiliando, assim, no sucesso do tratamento destes. Segundo Vizzolto (2000) a família desempenha o papel mais importante na vida do jovem, e serve de modelo aos filhos, pois o comportamento, as reações, atitudes e a forma como os pais se relacionam entre si e como os filhos influenciam no desenvolvimento dos mesmos, sendo assim a família pode contribuir tanto para o envolvimento como também para a prevenção do uso de substância psicoativa.

Segundo Aragão (2009), a evolução positiva de um tratamento para dependentes químicos está relacionada com a participação adequada dos familiares, pois a família é um sistema onde cada membro está interligado de forma que a mudança em uma das partes provoca repercussões nos demais, considerando a família essencial em todas as etapas da recuperação, ou seja, antes, durante e após o tratamento. Para Barchizago (2007) o trabalho com a família objetiva construir a valorização dessa participação como parceira fundamental no enfrentamento de problemas oriundos do sofrimento do sujeito, proporcionando espaços de interlocução, integração e orientação identificando e valorizando cada situação que se apresenta.

Vizzolto (2000) ainda afirma que existem fatores poder ser favoráveis ao envolvimento do jovem com as drogas, em função da falta de tempo e atenção para os filhos, falhas na comunicação e falta de diálogo entre pais e filhos, a ausência de limites, valores morais e autoestima dos membros da família, falta de informação sobre os verdadeiros efeitos ocasionados pelas drogas. Estudos revelam que já a família que pode contribuir para a prevenção contra o uso de drogas apresenta as seguintes características: não faz uso de nenhum tipo de substância psicoativa, ensina os filhos a distinguirem o “certo” e o “errado” e a dizer não para a pressão de amigos, tornando-os, assim capazes de tomarem suas próprias decisões e a resistir às tentações fornecidas pelo seu meio social, valorizar os aspectos positivos dos

filhos, promovendo a autoestima dos membros da família, está sempre atento às dificuldades que este enfrenta na fase de seu desenvolvimento, obtém uma relação favorável ao diálogo e companheirismo entre os membros da família. Em relação a isso Campos (2002) enfatiza que quando um filho é usuário de drogas, os pais devem ter consciência de que a relação familiar tem influência nas atitudes que o jovem, possa tomar frente ao convite das drogas, e que o apoio familiar é fundamental, para que este venha buscar e aceitar a ajuda através de tratamento.

Conforme os relatos dos sujeitos da pesquisa percebe-se como é importante a comunicação entre os pais e filhos, ele relata que ao se envolver com o mundo das drogas não tinha o conhecimento dos graves efeitos ocasionados pela substância química.

Na época quando comecei a usar as drogas era muito novo, tinha 15 anos, foi, mais pela curiosidade, amizade, ia muito pela a cabeça dos outros, e aí comecei a usar drogas, não tinha conhecimento sobre a droga ninguém chegou pra mim e falou sobre as consequências da droga, mais, é minha a culpa é por ter me envolvido nisso, a droga é uma coisa muito ruim, destrói a vida da pessoa (G1).

Minayo (2004), em seu estudo bibliográfico sobre a importância da família, no tratamento do uso abusivo de drogas, verificou que os tratamentos de dependentes químicos, que incluem a participação e o envolvimento da família obtém maior possibilidade de sucesso, do que aqueles que trabalham com o foco apenas no indivíduo, demonstrando a contribuição que a família pode oferecer no resultado do tratamento do dependente, mantendo a sua recuperação de forma sucedida. A mesma autora enfatiza que:

A família deve acompanhar cada detalhe do tratamento do drogadicto participando de palestras, reuniões, terapias familiares e visitas. Portanto, o esforço, a esperança e o desempenho da família contribuem de forma positiva para o sucesso do tratamento deste (SCHENKER; MINAYO, 2004).

Para todos os jovens que foram entrevistados pudemos constatar que todos relataram que é muito importante a participação da família no seu tratamento, onde eles se baseiam e se fortalecer para continuar o tratamento, pois a família esta sempre pronta para ajudar no quem for possível.

De acordo com Hintz (2002) o uso é multicausal, porém existem medidas de apoio, uma delas é a família, mas para a prevenção como para a recuperação é

necessário que a família seja qual for a sua configuração permaneça ativa e coopere efetivamente no processo de recuperação do dependente químico, a família é fundamental para o tratamento do mesmo. Na fala de GI:

Antes do tratamento não tinha essa convivência, que estou tendo agora, me sentia excluído pela família, meu irmão não falava comigo, mas depois que estou aqui me tratando, percebo que tudo mudou, ele agora voltou à fala comigo e não me sinto, mais excluído, sinto proteção, carinho, eles são essenciais para a minha recuperação.

A família vem sendo incorporada como um elemento importante, que pode ajudar no tratamento do dependente do jovem usuário de substância química. Alguns autores acreditam que a dependência química caracteriza-se como doença que não atinge apenas o usuário, mas todos aqueles que os rodeiam principalmente seus familiares. O pensamento de Schenker e Minayo (2004) nos revela que a família em todas as suas composições é considerada portadora de responsabilidades, para com a constituição da pessoa humana, das suas interações com o meio social e de seu desenvolvimento pessoal. Diante disso ainda devemos considerar que:

Art.4º é dever da família da comunidade da sociedade em geral e do poder público assegurar com absoluta prioridade a efetivação dos direitos referentes à vida a saúde a alimentação a educação ao esporte ao lazer a profissionalização a cultura a dignidade ao respeito à liberdade e a convivência familiar e comunidade. (BRASIL, 1990).

Segundo Laranjeira (2012) a família brasileira está vinculada aos laços de proximidade das pessoas entre si, a família pode ser entendida como cenários de risco ou de proteção frente à complexidade do abuso de substâncias químicas, jovens que usam drogas estão inseridos em um contexto no qual seus valores, crenças, emoções e comportamentos dos membros da família, também estão sendo por ele influenciados, a unidade familiar representa um dos sistemas de muitos outros que compõem toda rede de pacientes que apresenta o problema de abuso ou de dependência química a família frequentemente oferece um cenário significativo para essas mudanças, o mesmo autor relata que:

Fatores de risco e de proteção familiar, comportamentos apresentados entre os membros que vão além da perspectiva da dependência e que ilustram novas formas de compreensão, quando às condições de enfrentamento familiar, característica e aspectos predominantes na dinâmica familiar ou no perfil das famílias que apresentam o desafio da dependência (LARANJEIRA, 2011 p. 320)

A família é vista como um sistema, que se mantém em equilíbrio por meio de regras de funcionamento. A visão sistêmica da família lhe pressupõe que, a pessoa, apesar de sua complexidade não seria isolada do contexto sócio familiar, ao contrário está conectada e interagindo com as outras pessoas que lhe são familiares, nesse sentido Alessandro Dieh (2011) enfatiza que:

A abordagem familiar de orientação sistemática aponta para a necessidade de se trabalharem na família desses dependentes químicos questões relacionadas à tolerância aos prejuízos do uso de drogas, a negação à rigidez e ao desenvolvimento de flexibilidade do sistema a comunicação familiar, à hierarquia aos limites é a construção de autonomia, a diferenciação e a morte (p. 420).

Segundo Esteves (2005, p.77), o pensamento sistêmico tem três dimensões que constituem uma visão de mundo sistêmica, são elas: Ver sistemicamente o mundo é ver e pensar a complexidade do mundo, isto é, buscar sempre a compreensão dos acontecimentos em relação aos contextos em que ocorrem; É ver sempre o dinamismo das situações, reconhecendo que o mundo está em “processo de tornar-se”, e isso nos leva a conviver com situações que não podemos prever e a ocorrência não podemos controlar; É ainda reconhecer que não existem realidades objetivas: vamos constituindo as realidades – físicas biológicas ou sociais, à medida que interagimos com o mundo.

Laranjeira (2001), também considerando a família como um sistema, afirma que aquelas em que um de seus membros possui problemas de dependência química, mantêm um equilíbrio dinâmico entre o uso de substâncias e o funcionamento familiar. O trabalho com a família, segundo Nichols e Schwartz, (1998) busca “promover a individuação dos membros, melhorar os relacionamentos, proporcionar o resgate da autonomia de cada membro e da família e oferecer encorajamento para as mudanças” (TISSOT, 2006). Assim, é importante que o tratamento do dependente químico envolva a família, uma vez que o sujeito pode estar representando um sintoma do sistema familiar. Essa ideia é complementada por Orth e Moré (2008, p. 296), ao afirmarem que “difícilmente é possível sustentar a melhora de um paciente sem que atuemos em seu meio familiar”.

O envolvimento do jovem com o consumo de drogas causa conflitos e revolta em toda a família, e a capacidade desta de oferecer assistência, de se unir e dialogar com o dependente demonstra a competência desta de superar

ressentimentos e dificuldades e, assim, fortalece o relacionamento familiar e, conseqüentemente, a motivação do dependente para a mudança, Bernardi (2002). No relato de GL: “O desempenho da minha família contribui de forma positiva, para a minha recuperação, a minha mãe esta sempre aqui nas visitas, e nas reuniões (...)”.

Percebo que há um desejo de mudança na fala dos entrevistados. Eles têm a consciência de sua realidade e admitem que o maior desejo seja o de se recuperarem e voltarem a trabalhar, ao convívio familiar, e se socializarem na sociedade, desta forma eles apontam a família como uma expectativa para alcançar a mudança de vida. A família é como uma fonte que transmite confiança para os usuários, nos momentos, mais difíceis do tratamento é ela que ajuda e anima, fortalecer o dependente a se dedicar, mas no tratamento, sempre orientando e apoiando nas horas de dificuldade, a vontade que a família tem de ver seu membro se recuperar influencia no tratamento deles.

Sendo assim Monteiro (2000) considera pouco eficaz tratar o “drogado” sem considerar a família, pois, para ele, o envolvimento com drogas de um jovem é uma forma de expressão dos conflitos e problemas que se iniciam no relacionamento familiar, sendo necessário analisar e trabalhar a estrutura e o funcionamento da família do dependente de forma a modificar o seu jeito de ser, agir, se relacionar e se perceber. Esse mesmo autor relata que quando a família participa ativamente do tratamento do dependente é como se construísse um edifício sobre uma base sólida, e quando os familiares se omitem, a sensação é exatamente contrária, parece que se tenta erguer uma construção sobre o nada, para Schenker e Minayo (2004) a família é um meio relevante para ser considerado na compreensão do “porque” e “como” o indivíduo se inseriu no mundo da drogadição, como também é essencial para ajudar o mesmo, durante o tratamento devem ser elaboradas intervenções que envolvam a família, para que esta colabore no processo de mudança do comportamento do adolescente, fornecendo apoio, assistência e suporte ao mesmo, diminuindo a possibilidade da desistência do tratamento Além disso, deve-se ajudar a família a gerenciar e alterar o relacionamento familiar, criando novos repertórios para que a mesma forneça um reforço diferencial de outros comportamentos ao usuário, reforçando os comportamentos de não consumir drogas, para que este seja mantido e/ou elevado,

e o comportamento de consumir drogas seja diminuído até ser totalmente extinto (SCHENKER; MINAYO, 2004).

Pode-se considerar que quando família oferece afeto, diálogo, apoio, suporte, incentivo e participa ativamente, e não apenas como espectadora, do tratamento do usuário, obtém maior possibilidade de conseguir alcançar a recuperação de forma sucedida. Para isso, a família deve acompanhar cada detalhe do tratamento do dependente, participando de palestras, reuniões, terapias familiares e visitas. Portanto, o esforço, a esperança e o desempenho da família contribuem de forma positiva para o sucesso do tratamento. (MONTEIRO 2000; SCHENKER; MINAYO, 2004; SILVA, 2003). Na fala de L

Quando minha família vem me visitar, eles me motivam, a continuar o tratamento, eles me falam coisas boas, como seja forte estamos esperando você, levanta minha autoestima, parece que recebo uma injeção de ânimo, eles estão sempre a me ajudar.

Complementando essa ideia, Laranjeira (2011) acrescenta que, há dificuldade de entender a família no percurso de tratamento, provável que condutas negligentes por parte dos pais ou descaso acompanham um quadro de comportamento, já existente antes do problema de abuso ou dependência. Também é frequente encontrar famílias que acreditam ser o problema do abuso essencialmente causa individual e por consequência nada tem a fazer, segundo o mesmo trabalhar com toda a família é necessário para o usuário, pois quanto mais membros estiveram participando, mas rápidas e, mas efetivas serão as mudanças, tanto relativas ao padrão de abuso como nas relações. Em relação a isso esse mesmo autor enfatiza que:

Famílias que apresentam o problema da dependência são na verdade, famílias que vem ao longo de gerações anteriores sofrendo o impacto de perdas, traumas são questões não resolvidas. Tal entendimento leva a pensar que tal perda não teria sido trabalhada de forma suficiente e que na tentativa de seguirem o fluxo da vida familiar, a vulnerabilidade para outros problemas ou sintomas que permanecer (LARANJEIRA, 2011, p. 326).

O usuário reage de diferentes formas a seu uso conforme sua ideologia, seu lugar de pertencimento, sua história pessoal e seu momento social e histórico no qual a substância é consumida, condiciona reações diferentes por parte dos usuários de acordo com sua vulnerabilidade social. Esses entendimentos em tempos

atuais tornam-se bastante pertinentes, sobretudo considerando-se que as drogas e seus efeitos são avassaladores o quanto essa substância química representa um produto de nossa condição sócia cultural e econômica. (Laranjeira, 2011p. 328).

O tratamento do dependente químico devera ser motivo de atenção durante toda a sua vida, a manutenção continua do processo de melhoria da qualidade de vida das relações familiares também devera ser favorecida por condutas terapêuticas de apoio e revisão ao longo do tempo. O trabalho com a família, segundo (NICHOLS; SCHWARTZ, 1998, apud FIGLIE, 2004) busca “promover a individuação dos membros, melhorar os relacionamentos, proporcionar o resgate da autonomia de cada membro e da família e oferecer encorajamento para as mudanças”.

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

Neste sentido, Colle (2001) define que o comportamento dos jovens usuários de drogas, é muito das vezes, um reforço do elo familiar. A autoridade parental em famílias com um jovem com problemas pelo uso de drogas é comprometida, apresentando repertório pobre de regras e limites, ordens, advertências e ameaças vazias, assim como indefinição hierárquica ou confusão de funções e papéis entre os membros do sistema familiar.

Conforme Baumkarten (2001), os jovens e permeadas por momentos de mal estar, depressão, sentimentos de perda de abandono, de angústia, escolha de identidade, justamente por ser um período de constantes transformações, caso não encontrem formas saudáveis de enfrentá-lo o jovem pode passar por um sofrimento intenso marcado pela impossibilidade de se comunicar.

De acordo Schenker e Minayo (2004), a família, como sendo uma dessas três fontes de socialização primária, ao construir vínculos saudáveis, comunica normas sociais, para os seus membros. Porém, as famílias disfuncionais podem transmitir normas de conduta desviantes, através do modelo de comportamento dos

pais para os filhos. Os problemas de vinculação familiar originam-se, em sua maioria, de lares onde faltam habilidades para a criação dos filhos, reduzindo-se assim, as chances de transmissão efetiva de normas sociais saudáveis. Segundo Orth e Moré (2008), a família é o primeiro sistema a ser afetado pela droga, provocando consequências na saúde de seus membros, bem como fragilizando as suas relações.

Nesse sentido, Fliglie, Bordin e Laranjeira (2010) apontam a terapia familiar como modalidade terapêutica que contribui para a mudança do comportamento abusivo e qualidade de vida familiar. Minuchin e Fishman (1990) A tarefa do terapeuta é convencer os membros da família de que o mapa da realidade por eles traçado pode ser ampliado ou modificado, a família com a ajuda do terapeuta, com o mesmo objetivo comum que é libertar a família de seus sintomas, reduzir o conflito e a tensão em toda a família e aprender novos meios de superar as dificuldades, às técnicas de dramatização, focalização e obtenção de intensidade são relevantes para o sucesso do enquadramento terapêutico.

O terapeuta assume um papel menos diretivo e incentiva os membros da família a confiar, nos próprios recursos. O nível de ansiedade é regulado fazendo com que eles falem um pouco uns com os outros e um pouco o terapeuta. O terapeuta estimula os membros da família a irem além de críticas e acusações e a falarem diretamente sobre o que sentem. (NICHOWLS & SCHWARTZ, 2007, p. 82)

O trabalho com a família, segundo (NICHOLS; SCHWARTZ, 1998 apud FIGLIE, 2004) busca “promover a individuação dos membros, melhorar os relacionamentos, proporcionar o resgate da autonomia de cada membro da família e oferecer encorajamento para as mudanças” (MINUCHIN; FISHMAN, 1990), e relata que os pacientes buscam a terapia porque a realidade como a construiu é inviável, a terapia de família postula que padrões transacionais dependem do modo como as pessoas vivencia a realidade, para mudar a visão de realidade dos membros da família é requerido o desenvolvimento de novos meios de interação na família, as técnicas usadas nessa estratégia são os construtos cognitivos, intervenções paradoxais e a ênfase na força da família, o abuso de substância destrói a coesão da família como unidade e prejudica o funcionamento de seus membros.

Segundo o mesmo autor a tarefa do terapeuta é desafiar a definição da família do problema e a natureza de sua resposta segundo a abordagem estrutural,

o objetivo é modificar ou enquadrar a concepção que a família tem do problema, levando seus membros a procurar respostas alternativas de comportamento cognitivas e afetivas, a família e o terapeuta, então, formam uma sociedade com um objetivo comum que é mais ou menos formulado, libertar o portador do sintoma na família de seus sintomas, reduzir o conflito e a atenção em toda a família e aprender novos meios de superar as dificuldades.

Portando Veras (1999) complementa que tanto o excesso de rigor como o de permissividade, leva o filho a ficar vulnerável ao uso das drogas, constituindo-se assim, um fator de risco. Sob esse ponto de vista, pode-se observar que os pais encontram dificuldades em implementar práticas efetivas de educação que equilibrem afeto, atenção e limites para com os seus filhos. Heru e Drury (2006) acrescentam que uma boa estrutura familiar, com boa comunicação dos membros e a colaboração na resolução de problemas aumentam a possibilidade de uma boa recuperação do paciente.

Nesse sentido Campos (2004) concorda, que quando um membro da família tenha desenvolvido a dependência, todos precisam de tratamento, pois a família adoece junto, e acrescenta que é muito difícil um o dependente químico, sem ajuda da família consegue se recuperar, sendo que uma das estratégias utilizadas é a terapia familiar. O tratamento para a família é, focado na mudança, crescimento e transformação para poderem ajudar o membro da familiar que está passando pela situação de dependência. Para Orth (2005), as famílias dos dependentes químicos representam a principal rede de apoio do indivíduo e se bem acompanhadas terapeuticamente, tornam-se mais bem preparadas para enfrentar a situação. A fala dos participantes reflete a ideia dos autores.

“Minha mãe é super. protetora, digamos que seja o alicerce, é tudo que eu tenho” meu pai, meus familiares, irmão, tia, eles sempre estão transmitindo carinho por mim, me falar palavras de otimismo, como tenha fé, estamos com você, isso vai passar e só uma face que estou enfrentado, isso me dá força para continua o tratamento.

Conforme Zampieri (2004) por traz de um dependente químico existe todo um contexto, a família que ao descobrir que um membro de sua família esta usando drogas acabam adoecendo, afetando os vínculos emocionais que já não consegue mais viver em paz fica sempre preocupado com o dependente, já não dormir direito,

vivendo em função dos horários dele, hábitos, enganar-se até o ponto da negação, “que não esta vivendo aquela situação”.

Pressupõe-se então que além do usuário, deve ser tratada também a família, que neste caso denomina-se de codependente. Orth (2005) observou que em famílias de dependentes os sintomas de codependência, surgiram pela presença dos aspectos de dificuldade de diferenciação, de separação e individuação, vínculos simbióticos, conflitos na comunicação e rigidez nos papéis, além da personalidade narcisista dos pais.

A dependência refere-se à pessoa que convive de forma direta com alguém que apresenta alguma dependência química e, em especial, ao álcool. E, por extensão, às pessoas que por qualquer outro motivo crônico viveram uma prolongada relação parentalizada na família de origem, assumindo precocemente responsabilidades inadequadas para a idade e o contexto cultural. Caracteriza-se por um jogo de comportamentos mal adaptativos e compulsivos, aprendidos na convivência familiar, a fim de sobreviver ao se encontrarem sob grande estresse ou intensa e prolongada dor (Ibidem, 2004, p. 63).

A família sofre impactos por passar a conviver com um dos seus membros que esta sob a dependência de drogas, segundo Payá e Figlie (2004). Esses impactos poder ser conhecido em quatro estágios, os quais a família passa sobre a influencia de qualquer substância química, no primeiro estágio, predomina o mecanismo de negação ocorre tensão e desentendimento, e as pessoas deixam de falar o que realmente pensam e sentem, no segundo estágio, a família toda está preocupada com essa questão, tentando controlar o uso da droga, bem como as suas consequências físicas e emocionais no campo do trabalho e no convívio social, a mentiras e cumplicidades relativas ao uso abusivo de drogas instauram um clima de segredo familiar nesse contexto a família ficar ser falar no assunto, mantendo a ilusão de que as drogas não estão causando problemas para a família que esta tudo bem e que isso não esta acontecendo na família, já no terceiro estágio, a desorganização da família é significativa , seus membros assumem papéis rígidos e previsíveis, servindo de facilitadores. As famílias assumem responsabilidades de atos que não são seus e, assim, o dependente químico perde a oportunidade de perceber as consequências do abuso de drogas, no quarto estágio é caracterizado pela exaustão emocional, e podem surgir graves distúrbios de comportamento em todos os membros.

Carmo (2003) afirma que a presença de uma interação aditiva é facilitada por um supera pego caracterizado por uma relação simbiótica entre um membro do subsistema parental e o filho dependente, em detrimento do outro membro, a situação mais comum é a mãe ser supere volvida com o filho e o pai ocupar um lugar periférico. O familiar super envolvido costuma ser o codependente. O codependente, na clínica, é aquele membro da família que se ocupa de tentar resolver os problemas do dependente, normalmente o codependente é quem procura os centros de tratamento atrás de socorro para o dependente, não para si mesmo.

Codependente é o elemento programado para ser cuidador e mantenedor de relações fechadas, em que os membros dessa família mantêm funções rígidas limitantes. Os esquemas inter-relacionam são pobres, estereotipados e redundantes, numa eterna relação de codependência (ZAMPIERI, 2004, p.96).

Portando Figlie (2004) aponta a abordagem cognitivo-comportamental, a visão sistêmica e a terapia de autoajuda, como as mais empregadas nas intervenções com familiares de dependentes químicos, compreendendo-se que os familiares estabelecem uma dinâmica onde “precisam” de ajuda, pois através da droga, desenvolveram relações de codependente.

Para Beck (1982), a terapia cognitivo-comportamental baseia-se no pressuposto racional teórico de que o afeto e o comportamento do indivíduo são determinados pela maneira como ele estrutura o mundo, sendo as cognições baseadas em esquemas previamente desenvolvidos, a partir de experiências anteriores, para Miller & Rollnick, (2001) utiliza técnicas de entrevista motivacional com o objetivo de auxiliar o indivíduo nos processos de mudanças de comportamentos e nos sentimentos de ambivalência. Nessa ideia, Knapp (2004) informa que o tratamento do dependente químico vem sendo aplicada como psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, terapia familiar e, também, por ambientes cognitivamente orientados, unidades hospitalares, escolas terapêuticas, hospitais-dia, comunidades terapêuticas.

Neste sentido, Figlie (2007) diz que esta abordagem vê o uso abusivo de drogas como um comportamento condicionado, reforçado por dicas, insinuações e contingências existentes dentro da família, as intervenções acarretam o

gerenciamento das interações familiares, de tal forma que as condições e os comportamentos compatíveis com o uso de drogas sejam diminuídos, ao mesmo tempo em que os incompatíveis com o uso de drogas sejam reforçados.

A questão central deste trabalho de terapia apresenta que fatores familiares tem se apresentado como problemas de abuso de substâncias químicas. O abuso de substância destrói a coesão da família como unidade e prejudica o funcionamento de seus membros (NICHOLS & SHWARTZ, 2007, p. 403).

Outra modalidade de tratamento, segundo Scivoletto (2001), é o tratamento ambulatorial e o tipo mais acessível de tratamento, não só pelo seu menor custo como pelas vantagens que ele apresenta, o tratamento ambulatorial é, mas efetivo do que a internação, pois procura tratar a pessoa sem tira-la do ambiente no qual ela vive e nem afasta das tarefas do dia a dia, com esse tratamento desenvolver a reinserção social, prevenção de recaída etc. Segundo o autor quanto o paciente é encaminhado para o serviço ambulatorial, a família deve estar envolvida no tratamento, o paciente precisa consciência e responsabilidade no processo de tratamento.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS

O conceito de Políticas Públicas é definido como o conjunto de ações desencadeadas pelo Estado, nas escalas federal, estadual e municipal, com vistas ao bem coletivo. Segundo Souza (2006) as políticas públicas na sua essência estão ligadas fortemente ao Estado este que determina como os recursos são usados para o benefício de seus cidadãos, onde faz uma síntese dos principais teóricos que trabalham o tema das políticas públicas relacionadas às instituições que dão a última ordem, de como o dinheiro sob forma de impostos deve ser acumulado e de como este deve ser investido, e no final fazer prestação de conta pública do dinheiro gasto em favor da sociedade.

Elenaldo Celso Teixeira (2002) também define o que são políticas públicas são diretrizes e princípios norteadores de ação do poder público, regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos, nem sempre, porém, há compatibilidade entre intervenções e declarações de vontade e as ações desenvolvidas, as políticas públicas visam responder a demandas, principalmente dos setores marginalizados da sociedade, considerados como vulneráveis. Essas demandas são interpretadas por aqueles que ocupam o poder, mas influenciadas por uma agenda que se cria na sociedade civil através da pressão e mobilização social. Visam ampliar e efetivar direitos de cidadania, também gestados nas lutas sociais e que passam a ser reconhecidos institucionalmente.

O artigo 1º da lei 11.343/2006 criou o sistema nacional de políticas públicas sobre drogas, como intuito de promover políticas que estendam os dependentes químicos e suas famílias, e integrado pelo conselho nacional antidrogas, que por sua vez é um órgão normativo e de deliberação coletiva do sistema, vinculado ao gabinete de segurança institucional da presidência da república, faz parte do SISNAD, a Secretaria Nacional Antidrogas, Secretaria Executiva do Colegiado, o conjunto de órgãos e entidades públicos que exerçam atividades de que tratam os

incisos I e II do art 1º, ou seja, órgão do Poder Executivo Federal dos Estados, e dos municípios e do Distrito Federal, as organizações, instituições ou entidades públicas da sociedade civil que atuam nas áreas da atenção a saúde e da assistência social a atendam usuários ou dependente de drogas e respectivos familiares mediante ajustes específicos.

Segundo Gomes (2007) alerta que os órgão e entidades acima relacionados devem atentar para o disposto no art. 15, do decreto 5.912/2006, I o alinhamento das suas respectivas políticas setoriais ao disposto nos princípios e objetivos do SISNAD os artigos 4º e 5º da lei 11.343, de 2006, II as orientação e normas emanadas do CONAD, a colocação nas atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas – o referido instituto legal elege os princípios da autonomia do poder volitivo e liberdade como direitos fundamentais da pessoa humana e tais princípios são direcionados exclusivamente aos usuários de drogas: Assim descreve o Art. 1º da Lei 11.343/06:

Art. 1º Esta Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes.

A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), pontua as situações em que o tratamento em regime de internação é obrigatório:

1. Paciente com ameaça de suicídio ou comportamento autodestrutivo;
2. Paciente que ativamente ameaça a integridade física dos outros;
3. Pacientes com os sintomas psiquiátricos graves como (psicose, depressão, mania);
4. Presença de complicações clínicas importantes;
5. Necessidade de internação por dependência de outra substância;
6. Falhas recorrentes na promoção da abstinência em nível ambulatorial;
7. Não possuem suporte social algum, ou seja, relacionamentos exclusivos apenas com outros usuários de drogas (SENAD, 2002).

O SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, criado pela Lei 11.343/2006, foi regulamentado pelo Decreto nº 5.912/0636 Referido Sistema foi criado para cumprir metas e estratégias que estão elencadas em sua lei

instituidora (Lei 11.343/06), mais precisamente no Art. 3º, onde prioriza que o mesmo tem finalidade de "articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas e a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. Os órgãos integrantes do SISNAD são: I- Conselho Nacional Antidrogas - CONAD, órgão normativo e de deliberação coletiva do sistema, vinculado ao Ministério da Justiça. Nos termos do artigo 4º do Decreto nº 5912/06, compete ao CONAD na qualidade de órgão superior do SISNAD:

- I – acompanhar e atualizar a política nacional sobre drogas, consolidada pelo SENAD;
- II – exercer orientação normativa sobre as atividades previstas no art. 1º;
- III – acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas FUNAD e o desempenho dos planos e programas da Política Nacional sobre Drogas;
- IV – propor alterações em seu regimento interno;
- V – promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos estados, dos municípios e do distrito federal.

O estado busca frequentemente, seja por intermédio de programas sociais de controle ou de campanhas de prevenção, reduzir a demanda e o consumo de entorpecentes entre a população. Os recursos legais utilizados para isso são empregados de tal modo que impõem ações efetivas aos atores sociais, dirigentes, instituições. Uma representação do que estamos afirmando é identificada no art. 4º da lei (6368/76) ("Lei de Tóxico"), conforme lembra Oliveira (2000), acerca da preocupação legal referente à prevenção ao uso de drogas:

Os dirigentes de estabelecimentos de ensino ou hospitalares, ou de entidades sociais, culturais, recreativas ou beneficentes, adotarão, de comum acordo e sob a orientação técnica de autoridades especializadas, todas as medidas necessárias [campanhas antidrogas, por exemplo] à prevenção do tráfico ilícito e do uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determine dependência física ou psíquica, nos recintos ou imediações de suas atividades.... (Oliveira, 2000, p. 14).

A Política Nacional Antidrogas (PNAD), está pautada na prevenção, recuperação e reinserção social; redução de danos sociais e à saúde e repressão. Prevê também uma intervenção por meio da prevenção primária, secundária e terciária. Na prevenção primária o objetivo é evitar que o uso de drogas se instale ou retardar o seu início. A prevenção secundária destina-se a pessoas que já experimentaram drogas ou usam-nas moderadamente e tem como objetivo evitar a

evolução para usos mais frequentes e prejudiciais. Isso implica um diagnóstico e o reconhecimento precoce daqueles que estão em risco de evoluir para usos mais prejudiciais. Já a prevenção terciária diz respeito às abordagens necessárias no processo de recuperação e reinserção dos indivíduos que já têm problemas com o uso ou que apresentam a dependência.

Segundo Barreto (2000, p.39), Cabe ao governo fornecer linhas gerais para uma política integrada com áreas de educação, saúde e administração pública e ainda [...] um processo coletivo que envolva toda a sociedade e os poderes públicos nesta batalha frente às drogas. A Política Nacional sobre Drogas, deve reconhecer a diferença entre usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada.

Sobre a prevenção o PNAD traçou suas principais diretrizes, buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas, reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada:

A seguir, apontaremos suas principais diretrizes, principalmente no que concerne à questão do tratamento dos problemas relacionados ao uso de drogas.

- Dirigir as ações de educação preventiva, de forma continuada, com foco no indivíduo e seu contexto sociocultural, buscando desestimular o uso inicial de drogas, incentivar a diminuição do consumo e diminuir os riscos e danos associados ao seu uso indevido.
- Promover, estimular e apoiar a capacitação continuada, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, com a participação de todos os atores sociais envolvidos no processo, possibilitando que esses se tornem multiplicadores, com o objetivo de ampliar, articular e fortalecer as redes sociais, visando a desenvolvimento integrado de programas de promoção geral à saúde e de prevenção.
- Manter, atualizar e divulgar um sistema de informações de prevenção sobre uso indevido de drogas, integrado, amplo e interligado ao OBID, acessível a toda a sociedade, que favoreça a formulação e implementação de ações de

prevenção, incluindo mapeamento e divulgação de “boas práticas” existentes no Brasil e em outros países.

- Incluir processo de avaliação permanente das ações de prevenção realizadas pelos Governos, Federal, Estaduais, Municipais, observando-se as especificidades regionais.
- Fundamentar as campanhas e programas de prevenção em pesquisas e levantamentos sobre o uso de drogas e suas consequências, de acordo com a população-alvo, respeitadas as características regionais e as peculiaridades dos diversos segmentos populacionais, especialmente nos aspectos de gênero e cultura.
- Propor a inclusão, na educação básica e superior, de conteúdos relativos à prevenção do uso indevido de drogas.
- Priorizar ações interdisciplinares e contínuas, de caráter preventivo e educativo na elaboração de programas de saúde para o trabalhador e seus familiares, oportunizando a prevenção do uso indevido de drogas no ambiente de trabalho em todos os turnos, visando à melhoria da qualidade de vida, baseadas no processo da responsabilidade compartilhada, tanto do empregado como do empregador.

As atividades desenvolvidas pelo SISNAD refletem seus onze princípios norteadores que por sua vez são descritos no artigo 4º da lei n.11.343/2006. São eles:

I – o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade;

II – o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes;

III – a promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania do povo brasileiro, reconhecendo-os como fatores de proteção para o uso indevido de drogas e outros comportamentos correlacionados;

IV – a promoção de consensos nacionais, de ampla participação social, para o estabelecimento dos fundamentos e estratégias do SISNAD;

V – a promoção da responsabilidade compartilhada entre Estado e sociedade, reconhecendo a importância da participação social nas atividades do SISNAD;

VI – o reconhecimento da intersectoralidade dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas, com a sua produção não autorizada e o seu tráfico ilícito;

VII – a integração das estratégias nacionais e internacionais de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito;

VIII – a articulação com os órgãos do Ministério Público e dos Poderes Legislativo e Judiciário visando à cooperação mútua nas atividades do SISNAD:

IX – a adoção de abordagem multidisciplinar que reconheça a interdependência e a natureza complementar das atividades de prevenção do uso sistema nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas;

X – a observância do equilíbrio entre as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito, visando a garantir a estabilidade e o bem-estar social;

XI – a observância às orientações e normas emanadas do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD).

De acordo Bianchini (2007) os onze princípios são fundamentais para o cumprimento das políticas de drogas, eles estão em conformidade com as tendências criminológicas modernas, nas quais o enfoque estereotipado do consumidor doente cede lugar à autonomia da vontade respeitando e permitindo que o sujeito envolvido com drogas deixe a situação passiva, para passar a participar do processo que envolve o uso ou a dependência da droga. Expressando as preocupações com a liberdade e com a tolerância.

Segundo Gomes (2007) os objetivos da lei são: introduzir no Brasil uma política sólida de prevenção ao uso de drogas de assistência e de ressocialização do usuário de drogas, eliminar a pena de prisão para aqueles que têm posse de drogas para uso próprio, punição rigorosa para o traficante e financiador do tráfico, distinguir o traficante ocasional do profissional clareza na configuração do rito procedimental.

Observa-se no Art. 5º da Lei 11.343/2006 os seguintes objetivos:

- I – contribuir para a inclusão social do cidadão, visando a torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, seu tráfico ilícito e outros comportamentos correlacionados;
- II – promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;
- III – promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, estados e municípios;
- IV – assegurar as condições para a coordenação, a integração e a articulação das atividades de que trata o art. 3º desta lei.

Em 2010 foi criado o plano de enfrentamento ao Crack e outras drogas o Decreto nº 7179, de 20 de maio de 2010, art. 1º: Art. 1º Fica instituído o Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e reinserção social de usuários e o enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. No que relata o Art. 2º São objetivos do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas:

- I – estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua;
- II – estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS;

III – capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas:

IV – promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e ocupacional de usuários de crack e outras drogas e fomentar a multiplicação de boas práticas.

V – disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas.

VI – fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas em todo o território nacional, com ênfase nos municípios de fronteira.

Estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio de articulação das ações do SUS (Sistema Único de Saúde), com as ações do SUAS (Sistema Único de Assistência Social). O SUAS é "um sistema público que organiza de forma descentralizada, os serviços sócios assistenciais no Brasil". É um órgão coordenado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e de Combate a Fome e foi previsto na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) - Lei 8742, de 07 de dezembro de 1993.

Encontra-se disponível na Internet uma página do Governo Federal, cujo endereço é www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer, que traz uma série de explicações sobre o que é o crack, os efeitos e consequências do seu uso, além de oferecer várias cartilhas explicativas para diferentes públicos contendo um número de telefone, qual seja 132, denominado Viva Voz, onde qualquer pessoa poderá obter informações sobre a droga, sendo um local de conversa com o usuário para orienta-lo. Fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas em todo território nacional. O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, prevê ainda, ações que devem ser tomadas, tais como o aumento do número de leitos para que os usuários de drogas possam ser tratados.

O número de leitos oferecidos pelo SUS não é o suficiente para a recuperação de pessoas envolvidas com a questão da dependência química, a droga tem se alastrado na sociedade, o Plano Integrado é um passo importante dado pelo Governo Federal, e um projeto que visa o tratamento e qualificação para a

comunidade trazendo benefícios como lazer, cultura, esporte para manter as pessoas livres das drogas.

Ainda que se refira ao SUS, ha uma necessidade de fortalecer a rede de atenção à saúde das pessoas que fazem uso de substância psicoativo, nos seus diferentes níveis de complexidade, criando-se em Hospitais Gerais, leitos para os dependentes que estão precisando urgente de internação, esta é uma necessidade que ocorre nesses lugares onde os profissionais lidam com esta realidade, com a extrema falta de investimento, para lidar com essa situação de dependência química.

Segundo Delgad (2005) esta é uma lacuna existente na rede de atenção básica de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e a solução para amenizar os danos à saúde, decorrentes do uso de álcool e outras drogas, perpassam por serviços de atendimento, prevenção e acompanhamento sistemático dos usuários de drogas acompanhado por uma equipe especializada para dar respostas eficazes, efetivas e eficientes a esses problemas.

Os serviços oferecidos aos usuários de drogas concentram-se no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo locais de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja gravidade e/ou persistência justifiquem sua permanência nesses dispositivos de cuidado intensivo, e comunitário, objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, é realizando o acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os recursos terapêuticos são atendimentos individuais, em grupo, para as famílias, atividades comunitárias e reuniões para organização dos serviços (BRASIL, 2003).

O Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD) iniciou o seu funcionamento em 2002, com a finalidade especificamente aos usuários cujo principal problema é o uso abusivo prejudicial de álcool e outras drogas. São realizadas atividades desde o atendimento individual medicamentos o, psicoterápico, de orientação, entre outros, até o atendimento em grupos ou oficinas terapêuticas, além de visitas domiciliares.

A Portaria GM/MS 336 43 do Ministério da Saúde, definiu os tipos de CAPS, quais sejam: CAPS I - atendem adultos com transtornos mentais severos. Ficam localizados em municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes; CAPS II - atendem adultos com transtornos mentais severos. Ficam em municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes. CAPS III - atendem adultos com transtornos mentais severos. Ficam em municípios com população com mais de 200 mil habitantes. CAPS I - atendem crianças com transtornos mentais em municípios com mais de 200 mil habitantes, CAPS AD - atendem pacientes com transtornos decorrentes do uso de drogas, em municípios com mais de 100 mil habitantes. O CAPS ainda deve proporcionar cuidados aos familiares e trabalhar junto desses, pois esses são fatores importantes para a promoção da saúde dos usuários (Brasil, 2004).

Na Política Integral para Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas, o tratamento dessa demanda é realizado em unidade extra-hospitalar, o CAPS-ad, o qual tem, por definição, que oferecer “serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas.” (BRASIL, 2003, p. 23), com proposta de atendimento extra-hospitalar de atenção psicossocial dos pacientes, através das modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, devendo ser interligadas ao meio social e cultural nos quais os pacientes vivem, diferentemente da forma “tradicional” de tratamento, que separa o usuário e/ou dependente do seu convívio social.

Segundo o documento em que essa política integral de atenção a usuários de álcool e outras drogas está consubstanciada, o CAPS-AD tem os seguintes pressupostos: o atendimento diário baseado na lógica de redução de danos, oferta de condições para repouso e desintoxicação ambulatorial, atendimento aos familiares dos usuários e promoção da reintegração social, através de parcerias com os recursos locais, com objetivo de inseri-los em atividades de lazer, saúde, educacional, entre outros. (SENAD 2003 p. 36).

Um dos pressupostos básicos da Política Nacional Antidrogas (PNAD) é orientar a implantação das atividades, ações e programas de redução de demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos,

considerando os determinantes de saúde, entendidos como: renda familiar e nível social; nível educacional; condições ocupacionais ou de emprego; meio ambiente físico; funcionamento orgânico (biológico); herança genética; habilidades sociais; práticas de saúde pessoal; desenvolvimento infantil saudável e acesso ao sistema de saúde (FONSECA; BASTOS, 2004).

Estabelecer estratégias de Saúde Pública voltadas para minimizar as adversas consequências do uso indevido de drogas, visando reduzir as situações de risco mais constantes desse uso, que representem potencial prejuízo para o indivíduo, para determinado grupo social ou para a comunidade (SENAD, 2003 p. 20).

Os programas de redução de danos representam uma estratégia essencial à aproximação de usuários de drogas reticentes a buscar ajuda nos serviços de saúde em função, por exemplo, de experiências anteriores de descaso ou maus-tratos. Esses programas funcionam como uma ponte para diferentes modalidades de tratamento em outros serviços, tanto com relação a condições clínicas como em questões relacionadas ao abuso de drogas (Ibidem, 2005 p. 303).

Para compreendermos melhor sobre a redução de danos Marllat et al (1999, apud FONTES; FIGLIE, 2004, p. 425-426), relata em seu livro “Redução de Danos”, estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco” apresentaremos os seguintes princípios:

1. É uma alternativa de saúde pública para os modelos moral, criminal e de doença: o modelo de redução de danos desvia a atenção do uso de drogas em si, para suas consequências e efeitos prejudiciais, que são avaliados em termos de ser prejudiciais ou favoráveis ao usuário e à sociedade como um todo.
2. Reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos: tanto o modelo moral quanto o da doença insistem na abstinência absoluta. Isso caracteriza uma abordagem de “alta exigência”, que muitas vezes se torna um obstáculo para aqueles que procuram ajuda.
3. Surgiu principalmente como uma abordagem de “baixo para cima”, com base na defesa do dependente, em vez de uma política de “cima para baixo” promovida por formuladores de políticas de drogas: muitos programas de redução de danos surgiram de intervenções de saúde pública com base

comunitária que apoiam usuários de substâncias e suas comunidades na redução de danos relacionados às drogas.

4. Acesso a serviços de baixa exigência como uma alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência: a redução de danos não preconiza a abstinência para que os indivíduos tenham mais facilidade em se envolver e começar o tratamento.

5. Baseia-se nos princípios do pragmatismo empático versus idealismo moralista: diante dos comportamentos prejudiciais, o pragmatismo empático busca o que pode ser feito para reduzir o dano e o sofrimento, tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. Sua preocupação é dirigida para o manejo das questões cotidianas e das práticas reais e sua validade é avaliada por resultados práticos.

Nesse sentido Fonseca, Bastos, (2004) Para implantação, dessas práticas preventivas, é fundamental que haja um envolvimento de toda a sociedade, compreendendo-se que não existem receitas mágicas para resolver a questão do uso de drogas e danos a ela associados. Importante também é permitir uma valorização dos indivíduos, o olhar livre de preconceitos e a compreensão dos múltiplos fatores que estão ligados ao consumo de drogas. Este olhar permite promover comportamentos mais seguros, determinando benefícios diretos e indiretos à coletividade.

Segundo Puel (2000), uma política nacional sobre o consumo de substâncias psicoativas deve estar baseada pelos seguintes princípios:

- a questão das drogas (lícitas e ilícitas) deve ser tratada fundamentalmente como um problema de educação e saúde;
- as políticas em relação às drogas devem ser integradas às políticas sociais;
- a abordagem do problema deve ser ampla, contemplando igualmente as drogas lícitas e ilícitas;
- as ações de enfrentamento do problema devem considerar as particularidades históricas, sociais e culturais;
- a viabilização dos programas depende da participação de toda a sociedade;
- as políticas referentes às drogas devem ser baseadas no conhecimento

Todas as leis e planos oferecidos pelo o governo priorizam muito a responsabilidade compartilhada entre governo, iniciativa privada e sociedade, todos envolvidos a fim de amenizar, o grande problema atual na sociedade, mas essas

normatizações tendem a se tornar ineficientes, pois com os avanços dessas substâncias, onde o número de novos usuários e dependentes químicos cresce a cada ano, esses projetos não conseguem atingir o alvo, sendo que se faz necessária uma maior atenção do governo no combate as drogas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas atualmente vêm se alastrando na sociedade contemporânea, jovens são os mais envolvidos nesse contexto, pois na procura de prazeres acabam-se envolvendo com as drogas, a ponto de não conseguirem mais controlar os seus impulsos e se tornarem dependentes destas substâncias.

O presente estudo investigou qual a importância da família para os jovens que estão em abstinência de drogas, atendidos no Desafio Jovem do Ceará. Nesta perspectiva foi elaborado um roteiro de perguntas a fim de indentificarmos o perfil desses jovens quanto à idade, entre de 23 a 35 anos que estão em abstinência de drogas e internados na instituição, durante a pesquisa, portanto percebeu-se que a família é muito importante no tratamento, e que esta pode ser fundamental para a recuperação do usuário, observamos que esses buscam também através do tratamento e da recuperação, um bom relacionamento familiar e um bom convívio social, este trabalho permitiu que os jovens falassem sobre seus sentimentos frente ao uso de drogas e suas angústias e expectativas para uma nova vida longe das drogas, contando com o apoio da família na recuperação.

Os resultados aqui apresentados e discutidos pelos os autores demonstram a importância da família no tratamento do jovem em situação de uso de drogas ilícitas, diante do seu apoio e acompanhamento na recuperação do tratamento, observamos através desse estudo que o jovem que tem o apoio da família no tratamento tem mais chance de se recuperarem.

No primeiro capítulo abordamos a dependência química e sua repercussão nos usuários em abstinência de drogas, contendo uma breve informação sobre o surgimento das drogas, relatando as consequências das drogas na vida da pessoa que a utiliza, verificando os diversos conceitos e efeitos da dependência química, e física sendo possível compreender as principais drogas mais utilizadas por uma pessoa dependente de drogas mostrando como se estabelece a dependência química e física no indivíduo, a nossa pesquisa nos mostrou que o uso contínuo da droga causa modificações significantes nas funções cerebrais que persistem até depois que a pessoa para de usar a droga.

No capítulo dois relatamos a importância da família no tratamento do jovem em situação de dependência química, apontou-se a importância do envolvimento e a participação ativa da família no processo de tratamento o qual mostra que a família possui um papel fundamental, de suma importância. A inclusão da família no processo do tratamento faz que o jovem tenha mais encorajamento e incentivo para continuar o tratamento focando nas relações familiares. Para o sucesso do tratamento do indivíduo, a pesquisa apontou que as intervenções juntamente com a família podem ter maior sucesso no tratamento do que as intervenções focadas apenas no indivíduo. A família é o incentivo e apoio para encorajar o jovem a enfrentar todas as dificuldades encontradas durante o processo do tratamento, mostrando que a terapia familiar é um bom indicativo no tratamento do dependente químico.

Já no terceiro capítulo abordamos as políticas públicas de combate às drogas o Governo Federal criou no artigo 1º da lei 11.343/2006 a Política Nacional Antidrogas, com o intuito de promover políticas que atendam os dependentes químicos e suas famílias, relatando um pouco sobre o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas que é outro passo importante dado pelo Governo Federal, que traz diretrizes de ações que devem ser tomadas pelo SUS, nos municípios de fronteira e ações que devem ser tomadas em áreas do país com maior vulnerabilidade, ou seja, levar a regiões menos favorecidas projetos de treinamento e qualificação para os moradores, cultura, esporte e lazer, tudo o que possa manter as pessoas longe do uso de drogas.

APÊNDICES

Apêndice A

Roteiro de campo

NOME:

Idade:

Escolaridade:

Qual a droga que você mais utilizava?

O que de levou a usar drogas?

Qual o motivo que te levou a se tratar?

Como sua família oferece apoio para o seu tratamento?

Como era a sua convivência com sua família quando você começou a usar drogas?

E agora com o tratamento como esta sendo?

O desempenho da família contribui de forma positiva para o seu tratamento?

Quem membro da família participa mais do seu tratamento?

Qual a importância da família para o seu tratamento?

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: Jovens drogadição e família, uma análise do papel da família no processo de tratamento do jovem usuário de substância psicoativa.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS:

_____. O objetivo dessa pesquisa é esclarecer a importância da família no tratamento do jovem.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE

SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. O(a) professor(a) orientador(a) _____ e o(a) professor(a) co-orientador(a) _____ certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a estudante _____ o(a) professor(a) orientador(a) _____ ou o(a) professor(a) co-orientador(a) _____ no telefone (__) ____ ____ ou o Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura da Testemunha	Data
------	--------------------------	------

REFERÊNCIAS

BUCHER, Richard. **Prevenção ao uso indevido de drogas**. 2 ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1991.

_____. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Medicas;1992

BUCHER, R. & OLIVEIRA, S. R. M. (1994). O discurso do combate às drogas e suas ideologias. **Revista Saúde Pública**, p. 137-145.

BLEFARI, Anete Lourdes. A Família e a Drogadição. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 15 out. de 2014.

BAUMKARTEN, S. (2001). **O significado da drogadição no contexto da adolescência, da família e da instituição** – um estudo sobre usuários e abusadores de merla do Distrito Federal. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília. Brasília.

BRASIL. **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**. Drogas: cartilha álcool e jovens/ Secretaria Nacional de políticas sobre Drogas; conteúdo e texto originais: Beatriz H. Carlini. – 2.ed. reimpr. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de políticas sobre Drogas, 2011. Acesso em: 1 mai. 2015.

BERNARDI, Inaiá Elisa. **Prevenção e Tratamento no Uso de Substâncias Causadoras de Dependência**. 2002. 50 f. Monografia (Licenciatura de Psicologia)- Universidade do Norte Paulista, São José do Rio Preto.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Levantamento Domiciliar sobre Uso de Substâncias no Brasil**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 30 abril. 2015.

CAMPOS, Dinah Martins de Souza. **Psicologia da Adolescência**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p.156.

COLLE. F. X. (2001). **Toxicomanias, sistemas e famílias**: onde as drogas encontram as emoções. (M.J.Pereira,Trad.) Lisboa: Climepsi Editores. (Trabalho original .

COSTA, J. Santos. **A importância da família para o tratamento de álcool e outras drogas**. Universidade Federal Do Rio de Janeiro Centro de Filosofia e Ciências Humanas Escola de Serviço Social. RJ, 2008.

DIEH, Alessandro. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas pública Porto Alegre: Artmed 2012.

DON PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediações. Mediação e serviço social**. São Paulo: Cortez, 1992.

FREITAS, Luiz Alberto Pinheiro. Adolescência, Família e Drogas - A função paterna e a questão de limites. Rio de Janeiro: Mauad, 2002.

<https://psicologado.com/psicopatologia/saude-mental/dependencia-quimica-e-a-importancia-da-familia-na-busca-pela-recuperacao> © Psicologado.com

LARANJEIRA, Ronaldo, Marcelo Ribeiro. **O Tratamento do usuário de crack**. 2ed Ponto Alegre; Artmed,2012.

MINUCHIN, Salvador – **Famílias: Funcionamento & Tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p. 25-69.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Família e Serviço Social. Revista **Serviço Social & Sociedade**, nº55. São Paulo: Cortez, 1997.

MINUCHIN, S.; FISHMAN, H. C. **Técnicas de terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990

OMS. **Organização Mundial de Saúde**. (1993) Classificação Internacional das Doenças.10. revisão

PAYÁ, R; FIGLIE, N. Abordagem familiar em dependência Química. In:

Aconselhamento em Dependência Química. São Paulo, Roca LTDA, 2004

_____. Política Nacional Antidrogas, 2002. Disponível em: <http://www.senad.gov.br>
Acesso em: 02 outubro. 2015

Schenker M, Minayo MCS. **A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas**: uma revisão da literatura. Saúde Pública 2004.

SILVA, Ilma Ribeiro. Alcoolismo e Abuso de Substâncias Psicoativas: **tratamento, prevenção e educação**. São Paulo: Vetor, 2000.