

Faculdade de Ciências Aplicadas Dr. Leão Sampaio
Curso de Graduação em Serviço Social

ALINE DE MENEZES SOBREIRA

**A Perspectiva Familiar dos Adolescentes Dependentes de Drogas
Psicotrópicas, atendidos pelo Projeto Reviver (Comunidade Terapêutica no
Município de Juazeiro do Norte-CE)**

Juazeiro do Norte/CE
Julho de 2010

ALINE DE MENEZES SOBREIRA

**A Perspectiva Familiar dos Adolescentes Dependentes de Drogas
Psicotrópicas, atendidos pelo Projeto Reviver (Comunidade Terapêutica no
Município de Juazeiro do Norte-CE)**

Monografia apresentada como requisito para
obtenção do Título de Bacharel em Serviço
Social, da Faculdade de Ciências Aplicadas
Dr. Leão Sampaio, Juazeiro do Norte – CE,
sob orientação da Prof^ª. Msc Márcia de Souza
Figueiredo Teotônio.

**Juazeiro do Norte/CE
Julho de 2010**

ALINE DE MENEZES SOBREIRA

A Perspectiva Familiar dos Adolescentes Dependentes de Drogas Psicotrópicas,
atendidos pelo Projeto Reviver (Comunidade Terapêutica no Município de
Juazeiro do Norte – CE)

Monografia apresentada como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social, da Faculdade de Ciências Aplicadas Dr. Leão Sampaio, Juazeiro do Norte – CE, 2010.

Aprovada em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Msc. Márcia de Souza Figueiredo Teotônio (Orientadora) – FLS- Juazeiro do Norte

Prof^a. Msc. – FLS- Juazeiro do Norte

Prof^a. Esp. – FLS- Juazeiro do Norte

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, razão maior da minha existência;

Ao meu pai (in memoriam) e a minha mãe, meus alicerces, pelo amor incondicional;

Ao meu marido, por se contentar com apenas cinco minutinhos do meu tempo durante o processo de elaboração desse trabalho;

Aos meus amados filhos, Rodrigo, Rafael e Ruanna, pelo estímulo, pois não há conquistas minhas que também não sejam deles;

Aos meus irmãos, pelo amor que nos manterá pra sempre unidos;

A minha irmã “Cancanne”, meu porto seguro (quando eu crescer quero ser igualzinho a ela);

Aos meus sobrinhos e sobrinhas “preferidas”, pelo carinho;

Ao meu querido sobrinho Gabriel, por se permitir enxergar que com de Deus é possível desfrutarmos de uma vida verdadeiramente livre e feliz;

Aos meus tios João (in memoriam) e Lelêda, pela dedicação e cuidado;

Aos meus tios Joaquim e Fantinha, e ao meu primo Julianno, por confiarem na minha competência;

Aos meus sogros João e Irene, pelos exemplos transmitidos;

Aos meus familiares, amigos e amigas, pelo apoio;

As minhas colegas de trabalho, Jamille, Helanny, Mônica e Sueywanni, pelas orientações extras;

Ao corpo docente da faculdade Leão Sampaio na pessoa da Professora Márcia, coordenadora do curso e orientadora desse trabalho;

Aos entrevistados que em meio a suas “dores” se dispuseram a colaborar pro desfecho desse trabalho;

Por fim, a todos aqueles que contribuíram ou ainda contribuem para que eu me torne uma pessoa melhor e mais capaz a cada dia.

RESUMO

O presente trabalho atende ao objetivo de compreender o desempenho da família enquanto um espaço de convivência contraditório que tanto pode apresentar fatores de risco quanto de proteção no que se refere ao consumo de drogas. Partindo da hipótese de que os fatores de risco familiares podem influenciar o adolescente a fazer uso e tornarem-se dependentes de drogas psicotrópicas, optou-se como base metodológica de suporte, por uma pesquisa de natureza qualitativa exploratória, através de entrevista semi-estruturada realizada no domicílio do entrevistado. Através dos resultados obtidos compreendemos que toda família apresenta nuances de risco e de proteção ao uso de drogas, contudo o fato do indivíduo está inserido numa rede de relações sociais, nos leva a entender que a problemática não se reduz ao contexto familiar. Portanto a hipótese levantada foi confirmada, porém concluiu-se que de forma isolada os fatores de risco apresentados pela família, não são determinantes, pois outros fatores são favoráveis, a exemplo dos fatores biológicos, emocionais, familiares, sócio-econômicos e comunitários.

Palavras Chave: Família. Fatores de Risco e Proteção. Políticas Sociais.

ABSTRACT

This study serves the goal of understanding the performance of the family as a living space that can both produce contradictory risk factors and protective factors in relation to drug use. Assuming that the family risk factors may influence the adolescent to use and become dependent on psychotropic drugs, was chosen as a methodological basis of support for an exploratory qualitative research, through semi-structured interview in the household. Through the results we understand that every family has nuances of risk and protection to drug use, however the fact that the individual is on a network of social relationships, makes us understand that the problem is not limited to the family context. Therefore the hypothesis was confirmed, but it was concluded that in isolation the risk factors presented by the family, are not decisive, because other factors are favorable, like the biological, emotional, familial, socioeconomic and community.

Key-Words: Family. Risk and Protective Factors. Social Policies.

LISTA DE SIGLAS

ABEAD – Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas
AIDS (sigla em inglês) – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga
CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CF/88 – Constituição Federal de 1988
CONAD – Conselho Nacional Sobre Drogas
CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT – Comunidade Terapêutica
DDH – Declaração de Direitos Humanos
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA – Estados Unidos da América
HIV (sigla em inglês) – Vírus da Imunodeficiência Humana
LSD – Ácido Licérgico
PNAD – Política Nacional Antidrogas (2002)
PNAD – Política Nacional Sobre Drogas (2005)
PNAS – Política Nacional de Assistência Social
SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas (2002)
SENAD – Secretaria Nacional Sobre Drogas (2005)
SISNAD – Sistema Nacional Antidrogas (2002)
SISNAD – Sistema Nacional Sobre Drogas (2005)
SNC – Sistema Nervoso Central
SUS – Sistema Único de Saúde
THC (tetraidrocanabinol) – Substância química produzida pela planta da maconha
UNDOC (sigla em inglês) – Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I - Processo Histórico da Política Nacional sobre Drogas	10
1.1 A Relação do homem com as drogas.....	10
1.2 Droga - Conceito e Classificação	11
1.3 Análise do enfrentamento às Drogas: da repressão à formulação e realinhamento da PNAD	17
CAPÍTULO II - Família, Juventude e suas Relações com o Consumo de Drogas	24
2.1 Uma Breve Reconstituição da Família	24
2.2 Compreendendo a Família contemporânea na sua Pluralidade	26
2.3 A Família e as Políticas Sociais.....	28
CAPÍTULO III - A realidade das Famílias de Adolescentes Dependentes de Drogas	
Atendidos pelo Projeto Reviver	31
3.1 Procedimentos Metodológicos	31
3.2 Dados de Identificação	32
3.3 Das Falas dos Entrevistados	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICES	37

INTRODUÇÃO

Entendemos que a família ao longo da história passou por muitas transformações de cunho social, econômico e cultural, percebidas no delineamento de suas diferentes configurações, o que nos impossibilita conceituá-la de uma forma única e objetiva.

No entanto, como em toda produção intelectual que se propunha a ocupar-se dessa temática em suas particularidades, o presente trabalho tem como objetivo, compreender o desempenho da família enquanto um espaço de convivência contraditório que tanto pode apresentar fatores de risco quanto de proteção no que se refere ao consumo de drogas.

Atualmente, de uma forma progressiva e avassaladora o fenômeno do consumo de drogas em idade cada vez mais precoce, atinge a população adolescente de todas as classes sociais, causando na família e na sociedade, impactos de grandes proporções.

Frequentemente nos deparamos com famílias, na maioria das vezes representadas pelas mães, em busca de soluções para o problema que insistentemente tentam suplantar.

Com o intuito de descobrir se os fatores de risco familiares influenciam o adolescente a fazer uso e tornarem-se dependentes de drogas psicotrópicas, optou-se como base metodológica de suporte, por uma pesquisa de natureza qualitativa exploratória, através de entrevista semi-estruturada realizada no domicílio do entrevistado, para a qual foi utilizado um aparelho gravador de voz a fim de preservar a autenticidade das respostas, mediante concordância e autorização dos mesmos.

No primeiro capítulo, abordaremos a relação histórica entre o homem e o uso de drogas, enfocando o conceito e os vários tipos de drogas existentes e seus efeitos. Apresentaremos alguns índices atuais de consumo no Brasil, de modo a dar uma melhor visualização da sua dimensão, tornando-se um dos maiores problemas sociais da atualidade.

Fazemos um estudo comparativo entre a antiga Política Nacional Antidroga e a atual Política Nacional sobre Drogas, que exprime algumas mudanças significativas e também pontuamos estratégias de enfrentamento a questão, salientando a co-responsabilidade do Ministério da Saúde, devido ao caráter intersetorial do tema, através da implantação da Política para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas. Destacamos ainda a Política Nacional de Assistência Social enquanto Política de Proteção Social voltada à família como foco de atuação.

No segundo capítulo, apresentaremos a temática Família. Buscando, sobretudo, fazer um recorte temporal, compreendendo a sua pluralidade bem como a sua centralidade nas políticas sociais brasileiras.

O terceiro capítulo versaremos sobre a análise da realidade das famílias que possuem entre seus membros, adolescentes dependentes de drogas em fase de tratamento na Comunidade Terapêutica denominada “Projeto Reviver” no município de Juazeiro do Norte/Ceará.

Através dos resultados obtidos a partir da conclusão compreendemos que toda família, percebida enquanto espaço de contradições, apresenta nuances de risco e de proteção ao uso de drogas, contudo o fato do indivíduo está inserido numa rede de relações sociais, nos leva a entender que a problemática não se reduz ao contexto familiar.

Outro aspecto analisado será que os fatores de riscos familiares podem em certa medida influenciar o uso de drogas, embora que de forma isolada não sejam determinantes. Portanto o consumo de drogas ocorre devido a um conjunto de fatores, sejam eles, biológicos, emocionais, familiares, sócio-econômicos e comunitários.

CAPÍTULO I - Processo Histórico da Política Nacional sobre Drogas

1.1 A Relação do homem com as drogas

Registros históricos confirmam que as drogas sempre estiveram presentes na narrativa da humanidade, sem necessariamente constituir-se em uma ameaça a sociedade.

[...] na antiguidade, as drogas já eram utilizadas em cerimônias e rituais para se obter prazer, diversão e experiências místicas (transcendência). Os indígenas utilizavam as bebidas fermentadas – álcool – em rituais sagrados e/ou em festividades sociais. Os egípcios usavam o vinho e a cerveja para o tratamento de uma série de doenças, como meio para amenizar a dor e como abortivo. O ópio era utilizado pelos gregos e árabes para fins medicinais, para alívio da dor e como tranquilizante. O cogumelo era considerado sagrado por certas tribos de índios do México, que o usavam em rituais religiosos, induzindo alucinações. Os gregos e romanos usavam o álcool em festividades sociais e religiosas. Ainda hoje, o vinho é utilizado em cerimônias católicas e protestantes, bem como no judaísmo, no candomblé e em outras práticas espirituais [...] (BUCHER, 1986, apud, BUCHELE e CRUZ, 2008, p. 66)

Segundo McRae (2007), apud, Buchele e Cuz, (2008) foi com o processo de urbanização, industrialização e com a implantação de uma nova ordem médica, que os efeitos negativos do uso de drogas passaram a ser admitidos e como eles uma nova forma de uso.

A partir de então, Alves (2009, p. 02) idealiza “a ausência de um lastro cultural que contextualize o padrão contemporâneo de consumo de substâncias psicoativas”, o que oportuniza a incontestável necessidade da atuação reguladora do Estado, que será discutida posteriormente.

Atualmente no Brasil, cresce de forma consistente e avassaladora o uso dessas substâncias também denominadas drogas psicotrópicas.

Em razão do alto consumo, bem como da dependência decorrente em larga escala, o uso de drogas passou a ser compreendido

como um problema social, pois além da deterioração pessoal que causa, ele rompe a estabilidade familiar, induz a criminalidade e enfraquece a capacidade laborativa de um país [...] (ELUF, apud, PINSKY e BESSA, 2009, p. 70).

Atendendo a proposta intitulada desse trabalho, chamamos atenção para o fato do que em algumas décadas atrás era um problema quase que exclusivo da idade adulta, assim

como outros fenômenos que ocorrem cada vez mais cedo na vida dos jovens, os índices de uso e dependência de drogas também começam a incidir em idades mais precoces.

1.2 Droga - Conceito e Classificação

De acordo com o livreto informativo do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID),

[...] o termo droga teve origem na palavra droog (holândes antigo) que significa folha seca; isso porque antigamente quase todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais. Atualmente, a medicina define droga como qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento [...] Mais complicada é a seguinte palavra: psicotrópico. Percebe-se claramente que é composta de duas outras: psico e trópico. Psico é fácil de entender, pois é uma palavrinha grega que relaciona-se a nosso psiquismo (o que sentimos, fazemos e pensamos, enfim, o que cada um é. [...] A palavra trópico, aqui, se relaciona com o termo tropismo, que significa ter atração por. Então, psicotrópico significa atração pelo psiquismo, e drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre nosso cérebro, alterando de alguma maneira nosso psiquismo [...] (CEBRID, 2003, p. 07)

O Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime (UNDOC – sigla em inglês) aponta a existência de três tipos de drogas psicotrópicas, assim denominadas:

As Depressoras da Atividade do Sistema Nervoso Central (SNC) – são substâncias químicas capazes de diminuir as atividades cerebrais.

Possuem propriedade analgésica e seus usuários tornam-se sonolentos e desconcentrados.

Tem-se como exemplo: os tranqüilizantes (benzodiazepínicos, barbitúricos, “calmantes” ou ansiolíticos) são drogas depressoras sintéticas consumidas por via oral ou injetável. São usados como soníferos ou medicamentos para combater a ansiedade e a tensão.

Causam sonolência e relaxamento muscular. Dificultam a aprendizagem e a memorização. Se usados em doses elevadas, podem provocar reação tóxica. Levam facilmente à dependência física e quando deixam de ser usados, os efeitos são irritação e ansiedade intensas.

O maior perigo é a mistura com álcool ou sedativos, que pode levar ao estado de coma. Se ingeridos por grávidas, há risco de lesões ou defeitos físicos no feto.

Os solventes (esmaltes, thinners, tintas, colas) ou inalantes (lança-perfume e “cheirinho-da-loló”) são substâncias depressoras e sintéticas, inaladas pela boca ou pelo nariz.

Em um primeiro momento, a pessoa fica eufórica e desinibida. Em seguida, fica deprimida, confusa e desorientada, podendo ter alucinações auditivas e visuais. O uso crônico de solventes destrói os neurônios, causa lesões no fígado, rins, nervos periféricos e medula óssea. Há, ainda, risco de coma e morte. Em alguns casos, favorece surtos psicóticos.

O álcool etílico é a mais famosa drogas depressoras, obtidas pela fermentação de açúcares ou carboidratos presentes em vegetais. Vendidas legalmente para maiores de idade, as bebidas alcoólicas são um grave problema em vários países, entre eles, o Brasil. Seus efeitos imediatos são euforia e desinibição. Em um segundo momento, há uma diminuição da vigília, provocando falta de coordenação motora, sedação e sono.

Dependendo da pessoa, da bebida usada, da dose e da rapidez com que é consumido, o álcool pode também provocar dor de cabeça, náuseas e vômitos. Quando o consumo é exagerado, ocasiona doenças no fígado, aparelho digestivo, pâncreas e coração, além de má-formação fetal, se usado por grávidas.

Os opiáceos são drogas que aliviam a dor e dão sonolência. Deriva do ópio, um suco leitoso extraído da papoula do oriente. Muitos de seus derivados são usados como remédios, como a codeína, que tem propriedade de deprimir o centro da tosse que existe no cérebro e está presente em alguns xaropes.

Os opiáceos podem ser usados em injeções, fumados ou ingeridos. Em altas doses, podem causar grande depressão respiratória e cardíaca, levando ao estado de coma e mesmo à morte. A suspensão repentina do uso causa intensas dores físicas, diarréias e vômitos, necessitando de acompanhamento médico.

A principal substância derivada do ópio é a morfina, palavra que vem de Morfeu, o deus dos sonhos. Da modificação química da morfina obtém-se a heroína, que provoca um estado de “semi-sono” ou “sonho acordado”, acompanhado de incapacidade de concentração e diminuição da atividade física. A heroína causa apatia, contração das pupilas e diminuição dos movimentos do estômago e dos intestinos.

As Estimulantes da Atividade do Sistema Nervoso Central (SNC) – são substâncias químicas capazes de aumentar a atividade cerebral causando aumento da atenção e aceleração do pensamento e euforia.

Menciona-se como exemplo: a cocaína que é uma droga produzida com um princípio ativo extraído das folhas da *Erythroxylon coca* e outras substâncias químicas. Pode ser cheirada, injetada ou fumada – sob a forma de pedras de crack, que produzem efeitos mais

intensos e dependência severa em pouco tempo. Existe ainda a pasta de coca, um produto menos purificado que também pode ser fumado. Misturado a outras substâncias, é comercializado em alguns lugares com o nome de merla.

As sensações provocadas pelo uso da cocaína e seus derivados são euforia, hiperatividade, insônia e falta de apetite. Tira o sono, mas não alivia o cansaço físico. Em doses maiores, causa irritação, agressividade, delírios e alucinações.

O efeito imediato da cocaína é estimulante, porém, depois o usuário sente depressão.

A temperatura e a pressão arterial aumentam, a pupila dilata e o coração acelera, podendo ocorrer parada cardíaca.

Os antidepressivos são medicamentos que ajudam no tratamento médico de uma doença chamada depressão. Não costumam ser classificados como calmantes, nem como estimulantes. Podem causar sintomas como visão embaçada, taquicardia, retenção urinária, constipação intestinal e secura na boca. Também podem levar à confusão mental e delírio, especialmente se combinados com tranqüilizantes.

Em forma de charuto, rapé e cigarro, o tabaco é uma das drogas mais consumidas no mundo inteiro.

Diminui o apetite e é um estimulante leve, apesar de muitas pessoas se sentirem relaxadas quando fumam. Além da nicotina, a fumaça do cigarro contém várias outras substâncias tóxicas ao organismo, como o alcatrão e o monóxido de carbono.

O uso intenso aumenta a probabilidade de câncer. Também aumenta o risco de doenças cardiovasculares e derrames, reduz a fertilidade e causa danos ao desenvolvimento fetal.

O ecstasy (êxtase) é uma substância estimulante sintética, comercializada em comprimidos e conhecida como a “droga do amor”. Causa euforia e hiperatividade, altera a percepção de tempo, diminui a sensação de sede e de medo e provoca alucinações visuais. Pode causar ataques de pânico e até levar à morte pelo aumento de temperatura corporal e desidratação.

O ice, vendido em pedras transparentes semelhantes a cristais, pode ser dissolvido em bebidas, fumado ou até injetado. Provoca excitação, aumenta a atividade cerebral, os batimentos cardíacos e a pressão arterial, podendo provocar parada cardíaca e degeneração das células do cérebro, além de descolamento da retina, depressão, delírio de perseguição e crises de paranóia.

Os anabolizantes são drogas estimulantes sintéticas relacionadas ao hormônio masculino (testosterona). Aumentam os músculos, a força e a resistência, mas têm efeitos

colaterais graves. No homem, os testículos diminuem de tamanho e podem ocorrer impotência, infertilidade, calvície, desenvolvimento de mamas, dificuldade ou dor para urinar e aumento da próstata.

Na mulher, é comum o crescimento de pêlos faciais, alterações ou ausência do ciclo menstrual, aumento do clitóris, voz grossa e diminuição dos seios. Se usados por adolescentes, podem levar à maturação esquelética prematura e puberdade acelerada.

O Brasil é um dos campeões mundiais do uso de anfetaminas, que são drogas estimulantes produzidas em laboratório e comercializadas – de forma legal ou ilegal – como moderadores de apetite.

As anfetaminas e os anorexígenos fazem o cérebro trabalhar mais depressa, deixando as pessoas com menos sono, fome e cansaço. Aumentam o batimento cardíaco e a pressão sanguínea e dilatam as pupilas. Em doses altas, causam psicose anfetamínica, um estado com delírios de perseguição, paranóia e alucinações. Podem ocorrer convulsões.

As Perturbadoras da Atividade do Sistema Nervoso Central (SNC) – são aquelas relacionadas à produção de quadros de alucinação, geralmente de natureza visual. Fazem com que o cérebro passe a funcionar de maneira perturbada

Compreende-se como exemplo: a cannabis que é a droga mais consumida no mundo. Apesar de ser tratada muitas vezes como uma droga mais leve, o uso da maconha pode ser bem mais arriscado do que parece. A cannabis está cada vez mais potente – e com isso há mais riscos de dependência.

Maconha é o nome dado no Brasil à cannabis sativa em erva, também conhecida como marihuana. Da compressão das flores da Cannabis Sativa também se obtém a resina chamada haxixe. Os efeitos são parecidos com os da maconha, só que mais fortes.

O princípio ativo da cannabis é o THC, que causa perturbação no funcionamento do cérebro, muda a noção de tempo e do espaço, prejudica a coordenação motora e a capacidade de atenção e memória. Os olhos tendem a ficar vermelhos, a saliva diminui, algumas pessoas sentem angústia, taquicardia, ansiedade e tremedeira. O uso intenso e contínuo pode provocar falta de motivação.

Apesar de muita gente achar que a maconha não vicia com o aumento da potência da droga ao longo dos anos; novos estudos mostram que está cada vez mais difícil abandonar seu uso.

A ayahuasca é uma bebida preparada com duas plantas alucinógenas, caapi e chacrona, normalmente usadas em rituais religiosos como uma “porta” para a transcendência.

Entre seus efeitos estão: dilatação das pupilas, suor excessivo, taquicardia, náusea e vômitos. Pode causar acessos de pânico e delírios de grandeza e perseguição.

Os anticolinérgicos são drogas que podem ser produzidas em laboratório e usadas como medicamentos no tratamento de algumas doenças, como o Mal de Parkinson. Podem ainda ser provenientes de plantas como a saia branca, a trombeteira e a zabumba.

Entre os efeitos estão alucinações e delírios, sendo comum a sensação de perseguição. A pupila dilata; a boca seca; e o coração pode disparar. Há o risco de convulsões, com o aumento da temperatura corporal.

Os efeitos são bastante intensos, podendo durar vários dias.

O LSD – ou ácido lisérgico – é uma substância sintética, produzida em laboratório. É usado habitualmente por via oral, em forma de pequenos “selos”, mas também pode ser misturado com tabaco e fumado.

Pequenas doses já produzem efeitos intensos, que costumam durar de 4 a 12 horas. Pode causar euforia, excitação, sensação de bem-estar e tranqüilidade (“boa viagem”) ou depressão, sensação de pânico, enjôos e tremores (“viagem ruim” ou bad trip).

Sob o efeito da droga, o usuário pode perder a noção de riscos e cometer atos impulsivos ou envolver-se em atividades perigosas sem perceber o que está fazendo. Delírios de perseguição e grandeza também são comuns. Em alguns casos, o usuário pode voltar a ter alucinações semanas ou meses depois de ter consumido a droga.

Diante do exposto, é relevante apresentarmos os dados do CEBRID (2005) que indicam em todas as regiões, a tabela atual do uso de drogas no Brasil: a prevalência de uso na vida de qualquer droga, exceto tabaco e álcool, teve a maior porcentagem na região Nordeste, onde 27,6% dos entrevistados já fizeram uso de alguma droga. A região com menor uso na vida foi a Norte com 14,4%.

No Brasil, o uso na vida para qualquer droga (exceto tabaco e álcool) foi de 22,8%. Esta porcentagem é, por exemplo, próxima ao Chile (23,4%) e quase metade dos EUA (45,8%); o uso na vida de álcool, nas 108 maiores cidades do País, foi de 74,6%, porcentagem inferior a de outros países (Chile com 86,5% e EUA, 82,4%). O menor uso de Álcool ocorreu na região Norte (53,9%) e o maior no Sudeste (80,4%). A estimativa de dependentes de Álcool foi de 12,3% para o Brasil; no Nordeste as porcentagens atingiram quase 14%. Em todas as regiões observaram-se mais dependentes de Álcool para o sexo masculino; dentre os sinais/sintomas que determinam o diagnóstico de dependência de álcool os mais citados foram o “desejo de diminuir ou parar o uso”, com 11,4%, seguido pela “perda do controle em beber” (9,1%).

A relação entre o uso e dependência mostrou que de cada quatro pessoas do sexo masculino que fazem uso na vida de álcool, uma delas torna-se dependente. A proporção para o sexo feminino foi de 10:1; o uso na vida de tabaco foi de 44,0% no total, porcentagem inferior ao do Chile (72,0%) e EUA (67,3%). Quanto à dependência de tabaco, 10,1% preencheram critérios para um diagnóstico positivo.

A maior porcentagem de dependentes de tabaco apareceu na região Centro-Oeste com 11,5%; quanto aos critérios que determinam a dependência de tabaco, o sinal/sintoma que mais aparece é o “desejo de diminuir ou parar o consumo”, desejo que aumenta com a idade. Por outro lado, “os riscos físicos sob efeito do tabaco” foi detectado em baixíssimas porcentagens, o que parece óbvio para o caso do Tabaco.

A relação entre o uso na vida e a dependência de tabaco teve proporção idêntica, ou seja, de cada quatro homens ou quatro mulheres que fizeram uso de tabaco, um de cada sexo torna-se dependente; o uso na vida de Maconha, nas 108 maiores cidades, foi de 8,8%, resultado este próximo aos da Grécia (8,9%) e Polônia (7,7%), porém abaixo dos E.U.A. (40,2%) e Reino Unido (30,8%).

A região Sudeste foi campeã em porcentagens de uso na vida (10,3%) e teve também a maior prevalência de dependentes de Maconha com 1,4%; a prevalência de uso na vida de Cocaína, nas 108 maiores cidades do País, foi de 2,9%, sendo próximos à Alemanha (3,2%), porém bem inferiores aos EUA, com 14,2%, e Chile com 5,3%. A região Sudeste foi aquela onde se verificaram as maiores porcentagens (3,7%) e a menor, no Norte com aproximadamente 1%; o uso na vida de Crack foi de 1,5% para as maiores 108 cidades do País, cerca de duas vezes menor que no estudo americano. O uso de Merla (uma forma de cocaína) apareceu na região Norte com 1,0%, a maior do Brasil; o uso de Solventes foi de 6,1%, prevalência superior à verificada na Colômbia (1,4%) e Espanha, ao redor de 4,0%. Por outro lado, a prevalência do uso de Solventes nos EUA foi de 9,5%. A região Nordeste teve as maiores porcentagens de uso dessas substâncias com 8,4%; o uso na vida de medicamentos, sem prescrição médica, teve um fato em comum: mais mulheres usaram do que os homens, para qualquer das faixas etárias estudadas. Os estimulantes aparecem com 3,2% de uso na vida.

Os benzodiazepínicos com 5,6%, menos que o observado nos EUA (8,3%); a Heroína droga tão citada na mídia, teve uso na vida por sete entrevistados, sendo seis homens. Embora essas porcentagens estejam muito abaixo da americana e na Colômbia (1,3%), 29,6% dos entrevistados tiveram a percepção de que obter heroína era fácil. Há discrepância entre o número de pessoas que relataram e as porcentagens de facilidade de obtenção, provavelmente,

pelo imaginário popular criado pela mídia; a Maconha seria a droga mais facilmente encontrada, segundo a percepção dos entrevistados, com 65,1% das respostas.

A Cocaína aparece em segundo lugar com 51,1% e o LSD-25 tem porcentagens idênticas à da Heroína, ao redor dos 30%; em relação à percepção do tráfico de drogas, 18,5% do total de entrevistados afirmaram ter visto alguém vendendo drogas. Quanto à percepção de compra de drogas, as porcentagens foram de 18,3%, o que mostra coerência dos entrevistados ao responderem esses itens. Se existe quem vende, há quem compra; cerca de 64% dos entrevistados afirmaram ter visto pessoas alcoolizadas nos 30 dias prévios à pesquisa. Já a percepção de pessoas sob efeitos de outras drogas foi de 36,9%.

De qualquer forma as porcentagens são muito elevadas, o que pode ser, simplesmente, reflexo de uma hiper-valorização da sociedade, delegando às drogas qualquer alteração comportamental; a opinião dos entrevistados sobre os graves riscos do uso de bebidas alcoólicas, uma ou duas vezes por semana foi de 20,8%; já o uso por uma ou duas vezes na vida de Maconha foi considerado um risco grave para 48,1%; ainda 77,1% dos entrevistados consideraram grave o uso de Cocaína uma ou duas vezes na vida.

A percepção de riscos mais que duplica na comparação entre Álcool e Maconha e quase triplica quando o Álcool é comparado à Cocaína/Crack; o uso diário de Álcool, Maconha e Cocaína é considerado um risco grave à quase totalidade da amostra, independente do sexo, da faixa etária e região brasileira; na região Norte, a porcentagem de pessoas que já se submeteram a algum tratamento foi a maior do País.

Para o Brasil, como um todo, cerca de 11% dos entrevistados foram tratados pelo uso de Álcool e outras drogas; as discussões foram as complicações mais frequentes decorrentes do uso de Álcool e outras drogas com 2,9%; 10,8% dos homens e 3,3% das mulheres já discutiram sob efeito de alguma droga. As quedas aparecem em segundo lugar com 4,0%. As demais complicações giram em torno dos 3,0%.

1.3 Análise do enfrentamento às Drogas: da repressão à formulação e realinhamento da PNAD

Em uma perspectiva histórica observa-se que, por ser o Brasil um dos países signatários das convenções internacionais¹, as ações governamentais de enfrentamento às

¹ No âmbito das Nações Unidas, são produzidos vários documentos jurídicos, sobre os mais diversos temas [...]. Os instrumentos mais comuns para expressar a concordância dos Estados-membros sobre temas de interesse

drogas, foram orientadas exclusivamente, até o ano de 1998 pela lógica da repressão, denominada atualmente de redução da oferta e de uma forma pouco coordenada.

Para Alves (2009), as ações repressivas desenvolvidas como única forma de tratar a questão, não conseguiram conter o fenômeno em nenhuma parte do mundo, tendo em vista o aumento progressivo do tráfico e do consumo de drogas.

O mesmo enfatiza ainda, que o combate às drogas por meio da criminalização, tanto ao tráfico quanto ao consumo de drogas ilícitas, onera e muito o sistema judicial, conferindo-lhe uma sobrecarga, seja pela lotação das unidades prisionais ou pelo aumento de investimentos financeiros para a militarização das ações policiais.

Na contribuição de Duarte (2008), foi em meados de 1988 que o Brasil passou a contar com uma política nacional específica sobre o tema, orientada pela racionalidade da redução da demanda ou prevenção, mais precisamente a partir da realização da XX Assembléia Geral Especial das Nações Unidas.

Nessa perspectiva, foram tomadas as primeiras medidas: a transformação do então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) em Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), e a criação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), vinculada, ao Gabinete Militar da Presidência da República hoje denominado Gabinete de Segurança Institucional, responsável por coordenar e integrar as atividades do governo relativas às drogas.

Alves (2009) destaca o apoio do CONFEN as Comunidades Terapêuticas (CT), instituições criadas em 1970 e expandidas na década de 90 devido à lacuna assistencial no setor público de saúde concernente a área de álcool e outras drogas. Este apoio foi proveniente do debate acerca da normatização do seu funcionamento por meio da adequação técnica e ética dos serviços prestados por estas instituições.

Conforme Duarte (2008), em 1988 em Brasília, foi realizado o I Fórum Nacional Antidrogas que tinha por finalidade abrir um canal de diálogo entre a sociedade e o Governo Federal visando à elaboração da Política Nacional Antidrogas (PNAD). O que só ocorreu três anos depois, em 2001, quando da realização do II Fórum Nacional Antidrogas.

Em 26 de agosto de 2002 a PNAD foi instituída através do Decreto Presidencial 4.345, em consonância com os compromissos internacionais firmados pelo país.

internacional são acordos, tratados, convenções, protocolos, resoluções e estatutos [...]; [...] A palavra convenção costuma ser empregada para designar atos multilaterais, oriundos de conferências internacionais e que abordem assunto de interesse geral [...]

Fonte: Ministério das Relações Exteriores.

De acordo com Alves (2009), apesar de novo, o discurso da PNAD se mostra antagonico, uma vez que mantém a sua essência conservadora e adere à abordagem da redução da demanda. Esse antagonismo foi traduzido em seu pressuposto básico: “buscar, incessantemente atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas”. (PNAD, 2002, s/p.)

Contudo, ressaltamos que a PNAD trouxe algumas mudanças que se mostraram de grande relevância; o reconhecimento às diferenças entre usuários, a pessoa em uso indevido ou dependente e o traficante de drogas, o que requeria uma abordagem igualmente diferenciada, além de fazer referência à necessidade de se evitar a discriminação de indivíduos por serem usuários ou dependentes de drogas e garantir o seu direito à atenção a saúde especializada.

Para Duarte (2008), logo após o primeiro ano do Governo Lula, em virtude das transformações, sociais, políticas, econômicas e tecnológicas pelas quais o Brasil e o mundo vinham passando, a SENAD desenvolveu em 2004 um amplo processo democrático de realinhamento da PNAD recém instituída. Em função disso foram realizados oito eventos: O Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, “com o objetivo de promover o debate e o intercâmbio de experiências de sete países (Canadá, Itália, Países Baixos, Portugal, Reino Unido, Suécia e Suíça)” (PNAD, 2008, p. 11). A realização de seis fóruns regionais, em respeito à diversidade cultural brasileira, promovidos nas cinco regiões do país,

Numa parceria entre a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e os governos dos estados, por meio dos Conselhos estaduais de Entorpecentes / Antidrogas, os fóruns atraíram 2544 pessoas que discutem em oficinas os capítulos da Política Nacional Antidrogas: (1) Pressupostos Básicos e Objetivos da PNAD; (2) Prevenção; (3) Tratamento, Recuperação e Reinserção Social; (4) Redução de Danos Sociais e a Saúde; (5) Redução da Oferta – Repressão e (6) Estudos, Pesquisas e Avaliações. Cada oficina foi conduzida por um coordenador técnico-científico da região e dois especialistas da comunidade científica, que acompanharam todos os fóruns e mediarão o debate de cada item dos capítulos da PNAD [...] (PNAD, 2008, p. 11).

A conclusão desses acontecimentos culminou no último evento: o Fórum Nacional sobre Drogas.

Todos os eventos, devido ao caráter intersetorial do tema, contaram com a presença de representantes do Governo Federal, dos governos estaduais, municipais e do Distrito Federal, além da comunidade científica, das organizações não-governamentais, dos educadores, das lideranças comunitárias, dos profissionais da área de saúde e assistência social, da segurança pública, da justiça, entre outros. Ao final, consolidadas as discussões,

ficaram estabelecidas, para o realinhamento efetivo; a realização de estudos para obter um diagnóstico situacional; a capacitação de agentes do SISNAD (Educadores, conselheiros, profissionais da Segurança Pública) e o desenvolvimento de projetos estratégicos.

Desta forma, a política realinhada que passou a se chamar Política Nacional sobre Drogas, foi aprovada pelo Conselho Nacional sobre Drogas, em 23 de maio de 2005, entrando em vigor em 27 de outubro do mesmo ano, por meio da Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD.

Enfatizamos que tanto a política quanto o conselho mantiveram suas siglas, e nesse novo contexto, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) é pautada, de forma planejada e articulada, na redução da oferta (que se caracteriza pelo desenvolvimento de ações de erradicação de plantações e destruição de princípios ativos de repressão à produção, ao refino e ao tráfico de substâncias precursoras e de drogas), na redução da demanda (que tem por objetivos, dirigir ações, esforços e recursos para desestimular ou diminuir o consumo e para tratar usuários e dependentes) e na redução de danos (que orienta a execução de ações para a prevenção das conseqüências danosas à saúde que decorrem do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo).

As primeiras experiências da estratégia de redução de danos, segundo Alves (2009) foram registradas na Holanda e no Reino Unido a partir da distribuição de preservativos e seringas para usuários de drogas injetáveis.

Essa estratégia foi consolidada em 1990, quando da disseminação da AIDS e dos riscos de infecção pelo vírus HIV.

O bom resultado da experiência holandesa colaborou para que a estratégia de redução de danos tomasse proporção em outros países.

Todavia, ainda existem muitas discussões a cerca dessa estratégia confundida muitas vezes como incentivo ao uso de drogas.

Ainda em consonância com o pensamento de Alves (2009), o enfoque da redução de danos representa a mudança mais expressiva do texto da nova política, traduzida no seu primeiro pressuposto quando o “ideal de construção de uma sociedade livre de drogas” (PNAD,2002, s/p), é substituído pelo “ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (PNAD, 2008, p. 13), como forma de tentar aproximar a política da realidade.

Segundo Olinger (2008), existem outros pontos importantes no novo texto da PNAD, como o fato da política está mais focada na responsabilidade compartilhada entre governo e sociedade e a ênfase na garantia do direito ao tratamento a usuários ou dependentes e não

apenas ao reconhecimento deste, como propunha a política anterior, o que determina a co-responsabilidade do Ministério da Saúde.

Diante do exposto, na análise de Abreu (2008), o debate atual tende a apresentar a questão das drogas ora como problema de segurança pública ao se tratar da redução da oferta, ora como problema de saúde pública no que se refere à redução da demanda e de danos.

Nessa perspectiva se configura a inerência entre a Política Nacional sobre Drogas e a Política para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, a quem, conforme Alves (2009) coube a regulamentação das primeiras ações pautadas na redução de danos no Brasil.

[...] Por meio de portarias internas, o Ministério da Saúde vem estruturando os serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas. Como exemplo, a Portaria GM/816 (30/04/2002), que instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, o qual define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental, denominados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – incluídos aqui os CAPS voltados ao atendimento dos usuários de álcool e outras drogas, os CAPSAd [...] (CARVALHO, CHAIBUB e MIRANDA, 2008, p.186).

Na definição de Carvalho, Chaibub e Miranda (2008, p.187),

[...] O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, que se caracteriza como um espaço de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais [...] em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência [...]

A efetivação dos Centros de Atendimento Psicossocial Álcool e Droga (CAPSAd) sugere o desenvolvimento de uma gama de atividades que vão do atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação) ao atendimento em grupo, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.

Essa perspectiva deu origem a uma nova concepção de tratamento a questão das drogas, não mais exclusivamente com base na abstinência preconizada anteriormente também por instituições não governamentais a exemplo das Comunidades Terapêuticas.

Alves (2009), partindo desse pressuposto diz que a Política do Ministério da Saúde tem um ponto em comum com a PNAD (2008, p. 15) fazendo alusão a um dos seus objetivos, “Implantar e implementar rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas [...]”, contudo, a Política da Saúde se posiciona em favor da construção de um modelo de atenção orientado pela lógica da redução de danos, divergindo assim da PNAD que aceita e incentiva a

coexistência de modelos distintos de atenção a saúde de usuários de álcool e outras drogas explicitada em uma das suas diretrizes, que o tratamento, recuperação e reinserção social devem proceder da qualidade dos serviços da rede assistencial integrada e articulada, composta por instituições governamentais e não governamentais do setor saúde e da assistência social:

Unidade básica de saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros [...] (PNAD, 2008, p. 18).

Observamos, no entanto, que a Política do Ministério da Saúde, se opõe a um modelo de atenção referenciado na abstinência, na segregação sócio-familiar e na exclusão social como meio de tratar os usuários e dependentes de drogas e assevera a implementação de CAPSAd .

Realizamos o nosso estágio no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), onde presenciamos uma grande demanda de famílias em busca de proteção para os seus membros adolescentes dependentes de drogas, motivo pelo qual a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) merece destaque no desenvolvimento desse trabalho.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) elevou a política de assistência social à Política de Seguridade Social, juntamente com as políticas de saúde e de previdência social, assumindo assim um caráter de política de proteção social.

Dentre as disposições da proteção social notabiliza-se a garantia da segurança do convívio ou vivência familiar, que “é uma das necessidades a ser preenchida pela política de assistência social” (PNAS,2004, p. 32).

Salientamos que a proteção social no âmbito da política de assistência, divide-se em: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial.

A proteção social especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social. Subdivide-se em Proteção Social Especial de Média Complexidade, sobre a qual nos deteremos um pouco mais, e Proteção Social Especial de Alta Complexidade.

De acordo com a PNAS (2004, p. 38) “São considerados serviços de média complexidade aqueles que oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos, familiar e comunitário não foram rompidos”.

Conforme preconizada na PNAS a Proteção Social Especial, onde se insere o CREAS mantém permanente articulação com o sistema de garantia de direitos, com o Poder Judiciário, com o Ministério Público e outros órgãos afins, contudo, as intervenções nas situações que envolvem a drogadição, se dão costumeiramente no âmbito das comunidades terapêuticas.

Salientamos que essas intervenções são realizadas em conjunto com o Conselho Tutelar.

Nessa perspectiva, percebemos que ao encaminhar os adolescentes dependentes de drogas às comunidades terapêuticas, a equipe que compõe o CREAS manifesta a sua adesão à lógica da abstinência, forma de tratamento utilizado pelas mesmas, estando de acordo com os pressupostos da PNAD, como também da política do Ministério da Saúde, que não se contrapõe à abstinência como resultado ideal ao tratamento.

Tal observação levou-nos a um questionamento acerca da possibilidade de inclusão das comunidades terapêuticas ao Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive com a condição de que elas estejam devidamente organizadas, fiscalizadas e dentro dos parâmetros necessários para realizar o atendimento, essa possibilidade foi reivindicada nos diversos fóruns regionais, eventos que precederam a formulação e realinhamento da PNAD, segundo a pesquisadora da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e presidente da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABEAD), Ana Cecília Marques citada em Alves (2009).

CAPÍTULO II - Família, Juventude e suas Relações com o Consumo de Drogas

2.1 Uma Breve Reconstituição da Família

Bruschini (2000), através de suas análises sobre família, vem nos mostrar que para a realização de estudos e trabalhos que se propunham a tratar desse tema, é necessário ter em mente que a família não é uma instituição natural, mas sim construída socialmente, pois que assume várias configurações de acordo com os aspectos históricos e culturais presentes em cada sociedade.

Nessa perspectiva, coloca-se em evidencia a afirmação de que

[...] a sociedade teria passado de um estágio de promiscuidade para o de casamento grupal e depois para o matriarcado, atingindo o patriarcado apenas com o advento da propriedade privada dos meios de produção. O surgimento da família monogâmica se daria quando os homens, acasalados com as mulheres, após a extinção do casamento em grupo, decidem proteger suas propriedades, garantindo sua transmissão através da herança. Para isso era preciso garantir a paternidade sobre a prole e conseqüentemente limitar e reprimir o exercício da sexualidade feminina junto ao grupo. (ENGELS, apud, BRUSCHINI, 2000 p. 57)

Vale ressaltar que numa tentativa de adaptar a questão a perspectiva marxista, Engels, citado em Bruschini (2000), remonta a origem da família monogâmica na divisão do trabalho, que conferiu ao homem o direito de propriedade da riqueza acumulada, e fez com que ele exercesse sobre a mulher total autoridade, suprimindo-lhe o direito materno.

Contrariando a afirmativa anterior, Ariès citado em Carvalho (2000, p.46), entende que a família só se consolida no século XVIII no momento em que a casa perde sua característica de espaço público e se torna um lugar privado a partir de algumas transformações, a exemplo do tipo de arquitetura das moradias (construção de paredes para dividir os cômodos), da noção de privacidade e intimidade, da valorização do pudor, da limpeza e do isolamento.

Para Carvalho (2000, p.47), a privatização da família foi determinante, pois a partir de então ela, “deixa de ser somente uma unidade econômica e tende a se tornar um refúgio, um local de afetividade, onde se estabelecem relações de sentimento entre o casal e os filhos e o lugar de atenção a infância”.

Diante da análise desse autor, é importante considerar o ponto de vista da psicologia fundamentada nos princípios freudianos que compreende a família “como uma complexa teia

de vínculos e de emoções, que se expressa simultaneamente através do ódio e do amor”. (BRUSCHINI, 2000, p.62).

Assim, todas essas transformações pelas quais a família passou contribuíram também para alterar os seus valores, suas crenças seus costumes e por fim suas relações sociais.

Dentro da ótica explicitada, somente é possível fazer referências a família, se houver uma compreensão a cerca da multiplicidade de aspectos históricos e culturais presentes em cada sociedade na qual está inserida.

A família brasileira, segundo Neder (2008), teve sua origem embasada na escravidão dos negros africanos no início do período colonial.

Essa afirmativa toma por referência a família tradicional patriarcal de origem ibérica, muito bem representada na obra *Casa Grande & Senzala* de Gilberto Freire, escrita em 1933.

No que concerne a organização familiar dos escravos destacam-se alguns dos aspectos mais recorrentes, que na opinião de Neder (2008, p. 39), ”dizem respeito mais a fatores de ordem político-institucional do que cultural, embora a cultura atravesse a organização da família escrava”. Esses aspectos estão relacionados ao autoritarismo e a violência, dos senhores de escravos, “responsáveis pela separação entre casais, pais, filhos e outros parentes e amigos, provocando perda de vínculos e crises de identidade marcantes e irreversíveis”.

No entanto outros aspectos implicam na organização familiar entre os escravos, o compadrio e o companheirismo no trabalho, o que se configura como “manifestação de resistência popular ao autoritarismo”. (NEDER, 2008, p. 40)

Neste cenário, é aludida à questão das crianças, sempre desprezadas e freqüentemente abandonadas em função da preferência pela aquisição de escravos adultos.

Matoso, apud Neder (2008, p. 42), realça esse entendimento:

Isolada do pai natural, desconhecido, afastada do pai de eleição, aquele senhor agora distante, a criança-escrava encontra numa família ampliada, a numerosa família de negros no trabalho, os pontos de referência necessários ao seu equilíbrio emocional rompido [...]

Ainda conforme Neder (2008), o advento da Proclamação da República, trouxe consigo o fim da escravidão e a urbanização, dando passagem ao início da industrialização. As mudanças decorrentes desse processo assumiram um caráter, de modernização. A partir de então foi introduzido no país com a família nuclear moderna, o modelo de organização burguês, tendo em sua composição o pai, a mãe e os filhos.

Esse modelo de família nuclear estigmatizado pela figura do pai como chefe de família e da mãe como responsável pela educação dos filhos e por cuidar da casa, foi amplamente difundido como um modelo ideal de família.

Essa perspectiva foi em grande medida responsável pelos preconceitos construídos ao longo da história por está relacionado ao paradigma de família regular e estruturada. Vale ressaltar que, o modelo de família nuclear não suplantou o patriarcal, eles coexistem havendo uma predominância de um ou de outro conforme a camada social na qual a família esteja inserida.

Destaca-se ainda, que a industrialização conduziu grandes transformações, em grande parte de ordem econômica, que tiveram rebatimentos no âmbito social e familiar a partir da entrada da mulher no mercado de trabalho.

2.2 Compreendendo a Família contemporânea na sua Pluralidade

Com o impacto das transformações socioeconômicas, assistimos na contemporaneidade a família enquanto instituição de socialização modificar-se continuamente. Dentre essas mudanças observa-se uma diminuição dos grupos familiares (famílias menores), bem como uma variedade de arranjos familiares (monoparentais, homossexuais, ligadas por laços de afinidade, entre outros), além dos processos de empobrecimento acelerado.

[...] O empobrecimento da família impõe mudanças significativas na organização familiar, criando novos desafios e dificuldades para o exercício de suas funções primordiais de proteção, de pertencimento, de construção de afetos, de educação, de socialização [...] (BAPTISTA, apud, MELLO, 2008, p. 65)

Numa perspectiva de inspiração marxista, Bilac () introduz a idéia de haver uma crise na família, ou em outras palavras, do esvaziamento da instituição familiar em virtude da perda de sua função de organizar a reprodução e de sua importância social.

Com relação à existência de uma crise na família, Mello (2008) afirma que mesmo aquelas que apresentam problemas, ainda assim representam um “porto seguro” para seus membros, sejam eles jovens e crianças.

Assim, têm-se atualmente uma nova concepção de família, não mais fundada nas relações de consangüinidade nem de parentesco, mas, sobretudo de afeto.

Nesse sentido, Losacco (2008) nos dá uma grande contribuição no tocante ao entendimento do que é ser jovem no contexto familiar.

Partindo da concepção de que se encontram numa mesma categoria: juventude, as definições de puberdade e adolescência, o mesmo confirma que a juventude é uma etapa da vida mesclada de momentos que provocam sentimentos de instabilidade e incerteza, resultantes das transformações corporais, cognitivas e comportamentais.

Esse denominado processo de maturação, vulnerabiliza a juventude diante das dificuldades que lhes são impostas pela nova forma de conviver em sociedade.

[...] Crescer é sempre um problema [...] acarreta o abandono daquelas prerrogativas especiais, visões do mundo, discernimentos e prazeres que são definidos pela cultura como especialmente “crianças”, substituindo-as por direitos, responsabilidades, perspectivas e satisfações que são adequadas para o “adulto” culturalmente definido. Embora os conceitos de “infantil” e “adulto” sejam diferentes de uma cultura para outra, todas exigem alguma mudança nas maneiras habituais de a criança pensar, sentir e agir [...] (KENISTON, 1960, apud LOSACCO, 2008, p. 67).

Comumente o adolescente, é estigmatizado pela sua capacidade de questionar os princípios sociais, e são percebidos como “agentes perturbadores da ordem social”. (LOSACCO, 2008, p. 71)

Associado a esse quadro interpretativo, nos deparamos com outros fatores como o difícil acesso a educação, a saúde, ao lazer, entre outros, que contribuem para que os jovens estejam sujeitos a riscos inerentes a um processo de exclusão, a exemplo do uso de drogas. Compreendemos que esses fatores também vitimizam as famílias.

[...] O empobrecimento social descomedido, gerado pelo modelo econômico capitalista, concentrador de rendas, e ampliado pela falta de políticas públicas, faz que comportamentos adversos se instalem no seio familiar. Percebemos a ausência dos adultos advinda, dentre outros fatores, do acúmulo ou da busca de trabalhos. Decorre daí uma disponibilidade escassa de tempo para as relações pessoais, principalmente no âmbito familiar. Essa ausência, mesmo que involuntária, leva o adolescente/jovem a estabelecer outros laços em sua comunidade, muitas vezes bastante desviantes. Nesses últimos casos, acolhidos e incentivados pela “comunidade marginal”, é nesse tipo de relação que adquirem respeitabilidade, auto-estima, habilidades e autonomia, elementos fundamentais na formação de sua identidade. A onipotência, a criatividade e o imediatismo, próprios desta fase da vida, ficam a serviço de comportamentos de risco. (LOSACCO, 2008, p. 73).

Não pretendemos com essa abordagem eximir a família de suas responsabilidades nem tampouco apontar culpados para o problema do consumo de drogas que atualmente aflige a realidade do nosso país, até porque isso não nos mostrou grandes resultados. O que propomos é uma reflexão sobre a família enquanto instituição primária de socialização,

detentora de direitos, porque lamentavelmente o que se assiste nas discussões, principalmente do senso comum, é uma forte propensão a culpá-la sem maiores questionamentos.

2.3 A Família e as Políticas Sociais

Antes de explanarmos a relação da família com as políticas públicas, faz-se necessário destacar que tradicionalmente na análise de Carvalho (2008), tanto a reprodução quanto a proteção social eram responsabilidades exclusivas da família. Atualmente o desempenho dessas funções é partilhado com o Estado por meio das políticas públicas.

A partir da instauração do Estado de Bem Estar Social, vivenciado apenas pelos países centrais do capitalismo, acreditava-se que a família poderia ser substituída em suas atribuições por um “Estado protetor dos direitos dos cidadãos” (CARVALHO, 2008, p. 267) através da consolidação das já mencionadas, políticas públicas.

Com a derrocada desse Estado Providência, volta-se a atribuir a família a responsabilidade do desenvolvimento dos cidadãos.

Historicamente no Brasil, as políticas públicas sempre estiveram associadas à família.

Para Carvalho (2008), especificamente na década de 70, a mulher na esfera familiar se tornou o foco dessas políticas, lembrando que nesse momento de crise econômica se dava a emergência do movimento feminista e de liberação sexual, bem como ascendia à entrada da mulher no mercado de trabalho.

Na década de 80 houve um aumento significativo dos movimentos sociais em sua maioria, liderados por mulheres. A Constituição Federal de 1988 (CF/88) expressa em seu artigo 226 “a família base da sociedade, tem especial proteção do Estado” o reconhecimento da importância da família na esfera social, estando em consonância com o artigo 16 da Declaração dos Direitos Humanos (DDH), onde “a família é o núcleo natural e fundamental da sociedade e tem direito à proteção da sociedade e do Estado”. Destaca-se que esse reconhecimento também está ratificado no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA).

Nesse contexto, tanto o Estado através das políticas públicas quanto à família “desempenham papéis similares, em seus respectivos âmbitos de atuação: regulam, normatizam, impõem direitos de propriedade, poder e deveres de proteção e assistência”

(CARVALHO, 2008, p. 268), o que torna suas funções indispensáveis ao desenvolvimento e proteção social de qualquer indivíduo.

Recorremos mais uma vez a contribuição de Carvalho (2008), que em suas análises enfatiza que o processo de globalização, os avanços tecnológicos, bem como a reestruturação produtiva, gera uma sociedade com características múltiplas, pois “de um lado, mantém seus cidadãos interconectados e, por outro extremamente vulnerabilizados em seus vínculos relacionais de inclusão e pertença” (Ibidem, p. 269).

Diante dessa assertiva, requerem proteção social todos os cidadãos que se preocupam em perder sua segurança proveniente do trabalho e do Estado.

De acordo com a explicação anterior a família sempre foi o eixo das políticas de proteção social. Conforme destaca Miotto (2006), o debate a cerca da centralidade da família na política social se pauta em duas perspectivas distintas: a familista e a protetiva.

[...] A sustentação da primeira linha de compreensão [...], está fundada prioritariamente na premissa que existem dois canais “naturais” para satisfação das necessidades dos cidadãos: o mercado (via trabalho) e a família. Somente quando falham estes canais é que o Estado intervém, e de forma temporária. [...] as ações públicas devem acontecer sob forma de compensação por falirem no provimento de condições de sobrevivência, de suporte afetivo e de socialização de seus membros. Assim a falência é entendida como resultado da incapacidade das próprias famílias em gerenciarem e otimizarem seus recursos de desenvolverem adequadas estratégias de sobrevivência e de convivência, de se articularem em redes de solidariedade [...]

[...] A segunda perspectiva está ancorada na premissa que a centralidade da família no âmbito da política social e a superação da focalização repousa no pressuposto que para a família proteger é necessário em primeiro lugar garantir condições de sustentabilidade para a proteção [...] (MIOTTO, 2006, s/p)

Essa última postulação se conduz pelo conhecimento da realidade em que vivemos através de pesquisas e análises das mais diferentes áreas, de onde se deduz que

[...]a família na sociedade brasileira hoje, mais que ser uma instância de cuidado e proteção deve ser reconhecida como instância a ser cuidada e protegida, enfatizando a responsabilidade pública [...] (MIOTTO, 2000 Apud MIOTTO, 2006, s/p).

Importante salientar que em tempos neoliberais, diante de cortes significativos de investimentos nas políticas de cunho social, a garantia de proteção só é possível com o apoio familiar para enfrentar as novas exigências que lhes são postas.

Diante dessa interpretação comprovamos que

[...] Independente de alterações e mudanças substantivas na composição e nos arranjos familiares, a família é um forte agente de proteção social de seus membros: idoso, doente crônico, dependentes, crianças, jovens desempregados. Não podemos, porém, exaurir esse potencial protetivo sem lhe ofertar um forte apoio. [...] (CARVALHO, 2008, p. 274).

O apoio citado, refere-se a parceria prevista na CF/88, entre o Estado, a família e a sociedade civil.

CAPÍTULO III - A realidade das Famílias de Adolescentes Dependentes de Drogas Atendidos pelo Projeto Reviver

3.1 Procedimentos Metodológicos

Para a realização desse trabalho intitulado “A Perspectiva Familiar dos Adolescentes Dependentes de Drogas Psicotrópicas, atendidos pelo Projeto Reviver (Comunidade Terapêutica no Município de Juazeiro do Norte – CE)” optou-se como base metodológica de suporte, por uma pesquisa de natureza qualitativa exploratória. Segundo Minayo (2004, p. 21), uma pesquisa qualitativa,

responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela 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 [...].

Este estudo objetiva uma maior compreensão do desempenho da família, enquanto um espaço de convivência contraditório que tanto pode apresentar fatores de risco quanto de proteção no que se refere ao uso de drogas.

Como instrumento básico de coleta de dados no âmbito da pesquisa qualitativa, foi aplicada a entrevista semi-estruturada, de caráter individual, que tem por finalidade “buscar obter informações contidas na fala dos atores sociais” (Ibidem, p. 57)

Com a pretensão de preservarmos a autenticidade das falas dos entrevistados foi utilizado um aparelho gravador de voz, devidamente autorizado pelos mesmos.

O Projeto Reviver atende a um universo de noventa e duas pessoas do sexo masculino vindas de todas as cidades circunvizinhas, onde apenas oito são adolescentes. A princípio trabalharíamos com quatro famílias, por estas residirem em Juazeiro do Norte. No entanto, das quatro famílias, uma não foi localizada e outra se recusou a nos conceder a entrevista, razões pelas quais apenas duas compuseram a nossa amostragem.

A metodologia utilizada suscita algumas questões éticas, visto que de alguma forma invadimos a privacidade do entrevistado, razão pela qual solicitamos do mesmo seu consentimento através da assinatura do termo de livre esclarecido.

3.2 Dados de Identificação

O primeiro entrevistado; um pai de 41 anos de idade, casado, com dois filhos, cursou o ensino fundamental incompleto, é artesão autônomo e perfaz mensalmente uma renda média de um salário mínimo. Salientamos que a mãe do entrevistado coabita com a família e como aposentada ajuda nas despesas familiares. A segunda entrevistada; uma mãe de 38 anos de idade, casada, com quatro filhos, cursou o ensino médio completo, está atualmente desempregada, sendo o marido responsável pela renda familiar.

3.3 Das Falas dos Entrevistados

Antes de avançarmos neste item, convém considerarmos que existe uma intensa discussão sobre o que venha conceituar as expressões fatores de risco e de proteção, todavia Poletto e Koller (2006) e Trombrta e Guzzo (2002), apud Filho e Guzzo (2006, p.128) ressaltam que os mesmos dependem “do contexto em que o sujeito está inserido e da forma como ele se relaciona com o mundo” [...]

No entanto, Minayo (2005, s/p) sugere que tais fatores podem se manifestar de forma individual ou coletiva, e aponta como manifestação de fatores de proteção no âmbito familiar: pais presentes e incentivadores, bom humor dominante, abertura para os mais variados assuntos, astral legal, estímulo para vencer as diversidades, diálogo franco, aberto e verdadeiro, presença de limites claros, laços afetivos significantes entre os membros, pais não usuários de drogas, álcool e cigarro, qualidade de vida satisfatória, compartilhar responsabilidades familiares, entre outros. E como manifestação de fatores de risco: pais permissivos, pais desunidos, pais autoritários, pais com comportamento de uso e abuso de drogas, relações conflitantes entre os membros, ausência de diálogo e afetividade entre os membros, pais não acompanham a vida na escola mensagens dúbias e conflitantes, rejeição dos amigos, conflito conjugal mal resolvido, baixa expectativa de sucesso do (a) filho(a)

Ao transcrevermos as falas dos entrevistados, claramente percebemos a revelação de alguns desses fatores.

Entrevista 1:

[...] às vezes eu bebo um pouquinho, aí me altero, mas normal, coisa que bebe estressado da vida né? [...]

[...] aí eu também bebia sabe? Bebia não, bebo ainda, aí chegava em casa, ia dormir e num sabia o que acontecia [...]

[...] eu sou uma pessoa assim meia radical, violenta, aí o pessoal tinha medo de falar pra mim, aí depois que a bomba estourou, aí pronto já era [...]

[...] porque eu não uso droga, só uso cerveja. Comé? Assim, bebida lícita, cachaça. Será que ele fez isso por mim, porque eu cheguei a esse ponto? [...]

[...] cheguei a conversar mas só que ele é uma pessoa muito fechada num sabe? [...]

[...] sem poder nós tamo pagando 350 por mês [...]

[...] aqui ele se acordava, a vó dele já tava com o prato na mão... lavava a roupa dele isso é uma coisa erradíssima, todo mundo diz que bota no mau costume [...] eu digo a qualquer um quem botou meus filho a perder foi ela [...]

[...] Família pra mim é tudo, tudo, tudo, tudo [...]

Entrevista 2:

[...] eu descobri assim, eu achei o comportamento dele meio estranho né? Comecei a observar ele diferente [...] aí eu comecei a andar atrás, foi quando eu descobri, só que eu já descobri assim bem... tarde não né? Que ele já tava bem... [...]

[...] no começo eu contei pro meu esposo, meu esposo chamou ele, a gente sentou, conversou, chamemo os outros irmãos que ele é o mais novo, 17 anos, sentamo, conversamo ele prometeu que não fazia isso – “é mentira mãe é mentira” [...] aí fomo pra frente de novo até o dia que eu peguei mermo, aí pronto a gente sentou de novo conversou meu marido disse que ia da mais uma chance a ele, ele prometeu que não fazia mais e foi indo, foi indo até chegar ao ponto que chegou, começou a vender as coisa de dentro de casa. Só que nunca apanhou, assim pra dizer que não apanhou, eu num vou mentir, um dia eu perdi a paciência, o pai dele nunca bateu tai ele pra dizer se é mentira, eu perdi a paciência mermo e bati, eu bati, eu amarrei eu botei corrente, botei cadeado, eu fiz assim o que eu pensava que eu tava fazendo de certo. Chegou ao ponto dele abrir, destelhar pular e ir pra rua, num tinha onde botar ele e eu queria era segurar ele dentro de casa pra ver se ele saia disso aí foi quando ele começou a cerrar cadeado, tudo que ele podia fazer pra ta na rua ele fazia e o que eu podia fazer pra manter ele dentro de casa eu fazia aí foi quando chegou o ponto que eu perdi a cabeça

bati, bati mermo mas só foi essa vez, mas não deu jeito parece que ficou foi pior [...]

[...] primeiramente eu botava a culpa em mim, mas depois eu fui olhar direitinho, eu nunca fui uma mau mãe, sempre cuidei de meus filhos direitinho botei pra ir pra escola, estudei o pai também é do trabalho pra casa trabalhador que só [...] eu acho que foi a mudança pra cá porque aqui tem muito o que num presta [...] já pelejei pra vender essa casa eu só ainda moro aqui porque a casa é minha, foi onde eu consegui comprar, é mais barato acho que é por isso que só da o que não presta [...]

[...] na minha opinião, família e a base de tudo, já tá dizendo “Família”. Só família unida pra poder segurar o que eu to segurando porque eu vejo aqui muitos meninos na rua dormem dentro dos matos é solto ai porque a mãe é separada do pai, a mãe tem algum problema ou é viciada também e graças a Deus...se num fosse nós tudinho unido ou eu tinha botado ele pra fora ou eu num sei não o que é que tinha acontecido não. É por isso que eu acho que a família e a base de tudo, é igual a casa quando vai levantar, num tem que ter o alicerce? Se a família num tiver unida desaba.

Consideramos pertinente, referenciar outras falas da entrevista 2, a fim de suscitar uma reflexão mais aprofundada acerca da questão.

[...] da primeira vez fui eu, eu corri atrás eu fui no conselho tutelar daqui, ninguém num me ajudou me mandaram pro CREA, de jeito nenhum, fui até pro juizado de menor pedi até pelo amor de deus que pegassem ele e prendesse que eu não agüentava mais ninguém num me deu ajuda nenhuma [...]

[...] esse menino de vez em quando ele vende essas coisas, mas tem tempo, quando a policia pega, eles se aperreia e tudo e a mãe dele sai nas cassas caçando o que fazer, ai as vezes eu gosto de ajudar ela [...]

[...] meu menino mais velho ele não gosta, ele disse: – ó mãe se eu fosse a senhora eu abandonava ele. O pai dele disse isso uma vez, que eu abandonasse ele que ele num tinha mais jeito não. Eu digo: tem, enquanto há vida há esperança [...]

[...] a gente num pode bater mais, se bater se complica [...] o homem disse que eu tive foi sorte se tivesse dado parte disse que eu ia ser presa por cárcere privado

Nessa perspectiva, compreendemos que os fatores de risco familiares não se apresentam de forma isolada, ou seja, a família que manifesta fatores de risco para o desenvolvimento dos seus filhos inspira atenção e proteção, para atender as necessidades daqueles que vivem sob a sua responsabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da instituição família, sofrer diversas transformações no decorrer da história, a mesma continua sendo o espaço de socialização primária para o desenvolvimento físico e psíco-social dos seus membros. No entanto sem a proteção devida, prevista na CF/88, lei maior do nosso país, e ratificada nas políticas sociais, se torna impraticável o exercício de suas funções.

Deste modo, diversas são as políticas sociais existentes, para o trato da questão da proteção, tendo como eixo central a família, onde se insere a problemática da drogadição. Contudo o que podemos observar é a inoperância das mesmas, quando bastaria que elas fossem retiradas do papel para que o fenômeno fosse no mínimo amenizado.

Logo, é importante frisar que as ações provenientes dessas políticas, não se desenvolvem de forma específica e particular, mas em parceria com a família e a sociedade como um todo.

Em atendimento aos objetivos desse trabalho em face dos resultados obtidos, compreendemos que toda família apresenta nuances de risco e de proteção ao uso de drogas, contudo a problemática não se reduz ao contexto familiar, pois o indivíduo está inserido numa rede de relações.

Outro aspecto analisado foi que nenhum fator isoladamente determina o uso de drogas, embora os fatores de riscos familiares possam, em certa medida, contribuir com a probabilidade de que isso venha ocorrer.

De acordo com o estudo realizado, percebemos que o consumo de drogas está relacionado a uma gama de fatores, dentre os quais podemos citar: os biológicos, emocionais, familiares, sócio-econômicos, comunitários, enfim, a todos aqueles inerentes a existência e convívio dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amalia Faller. **Família Redes, Laços e Políticas Públicas**. 4 ed. Cortez, 2008

BRASIL, **Política Nacional sobre Drogas (PNAD)**. Disponível em: <http://www.senad.gov.br/>. Acesso em 20 de março de 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal. 2006.

BUCHELE, Fátima; CRUZ, Déborah Domiceli de Oliveira. **Aspectos Socioculturais Relacionados ao Uso de Álcool e Outras Drogas. In Prevenção ao Uso Indevido de Drogas - Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais**. Brasília, 2009.

CARVALHO, Denise Bomtempo Birche; CHAIBUB, Juliana Rochet Wirth; MIRANDA, Daniel Augusto Carneiro de Miranda. **Legislações e Políticas de Saúde Relacionadas às Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. In Prevenção ao Uso Indevido de Drogas - Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais**. Brasília, 2009.

CARVALHO, Denise Bomtempo Birche; SUDBRACK, Maria de Fátima Olivier; SILVA, Maria Terezinha Silva. **Crianças e Adolescentes em Situação de Rua e Consumo de Drogas**. Brasília: Plano, 2004.

KALOUSTIAN, Sílvio Manoug. **Família Brasileira a Base de Tudo**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 23ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

PINSKY, Ilana; BESSA, Marco Antônio. **Adolescência e Drogas**. 2 ed. São Paulo: Contexto, 2009.

SILVA, Gilberto Lúcio (Org.). **Adolescência, Drogas e Violência: Proteger é preciso**. Recife: Bagaço, 2008.

TELLES, Paulo Roberto; BUCHELE, Fátima. **Redução de Danos. In Prevenção ao Uso Indevido de Drogas - Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais**. Brasília, 2009.

APÊNDICES



Faculdade Leão Sampaio
Curso de Graduação em Serviço Social
Coordenação do Curso de Serviço Social
Coordenação de Estágio em Serviço Social

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Esta pesquisa intitulada **A Perspectiva Familiar dos Adolescentes Dependentes de Drogas Psicotrópicas, atendidos pelo Projeto Reviver (Comunidade Terapêutica no Município de Juazeiro do Norte – CE)** está sendo desenvolvida pela aluna Aline de Menezes Sobreira matrícula, 2006201760, sob a orientação da professora Msc. Márcia de Souza Figueiredo Teotônio, da Faculdade Leão Sampaio.

Possui como objetivo, compreender o desempenho da família enquanto um espaço de convivência contraditório que tanto pode apresentar fatores de risco quanto de proteção no que se refere ao consumo de drogas, com fins de produção monográfica que se estabelece como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Sua participação na presente pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo aluno. Caso decida não participar do estudo na condição supracitada, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá algum dano.

As informações aqui solicitadas deverão ser respondidas com total veracidade e de forma voluntária e será codificada podendo ser apresentadas como artigo científico e poderão ainda ser ainda apresentadas em eventos científicos, mantendo-se o sigilo e a integralidade física e moral do indivíduo participante do estudo. A coleta de dados ocorrerá através da aplicação de questionário, mantendo a integralidade física e moral dos participantes.

Os (As) alunos (as) estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa, bem como o professor orientador.

Diante do exposto eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados.

Juazeiro do Norte - CE, ____ de _____ de _____.



Faculdade Leão Sampaio
Curso de Graduação em Serviço Social

**A Perspectiva Familiar dos Adolescentes Dependentes de Drogas
Psicotrópicas, atendidos pelo Projeto Reviver (Comunidade Terapêutica no
Município de Juazeiro do Norte – CE)**

Entrevista:

I – Identificação Sócio – econômica.

1.2- Parentesco:

1.3- Faixa Etária:

1.4- Situação Conjugal:

1.5- Quantidade de Filhos:

1.6- Grau de Escolaridade:

1.7- Ocupação Profissional:

1.8- Renda Familiar:

II – Identificação Específica

2.1- Como é o relacionamento familiar?

2.2- Existe diálogo e manifestação de afeto?

2.3- Seu filho (a) presencia conflitos conjugais?

2.4- Como descobriu que seu filho (a) estava usando drogas?

2.5 - Qual a sua reação e atitude diante do fato?

2.6- Como ficou a relação familiar após a descoberta?

2.7- Mais alguém na família consome algum tipo de droga, considerando álcool e cigarro?

2.8- O que você atribui ao fato do seu filho usar droga?

2.9- O que motivou a busca de ajuda, e de quem partiu a iniciativa?

2.10- Já havia procurado ajuda antes? Onde?

2.11- O que é família pra você e qual a importância da mesma diante do problema?
