



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

**MILENA LIMA DE PAULA**

**ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE USO DE CRACK, SUA  
FAMÍLIA E AS POLITICAS DE PROTECAO SOCIAL:  
avanços e desafios**

**FORTALEZA – CEARÁ  
2013**

MILENA LIMA DE PAULA

**ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE USO DE CRACK, SUA  
FAMÍLIA E AS POLÍTICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL:  
avanços e desafios**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção de Grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof. Dr. Maria Salete Bessa Jorge

**FORTALEZA – CEARÁ  
2013**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação**  
**Universidade Estadual do Ceará**  
**Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho**

**Bibliotecário (a) Leila Cavalcante Sátiro – CRB-3 / 544**

P324a Paula, Milena Lima de.

Adolescentes em situação de uso de crack, sua família e as políticas de proteção social: avanços e desafios/Milena Lima de Paula— 2013.

CD-ROM 113f. : il. (algumas color.) ; 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slin (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Fortaleza, 2013.

Área de Concentração: Saúde Mental.

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Salete Bessa Jorge.

1. Adolescentes. 2. Relações familiares. 3. Crack. 4. Política de proteção social. I. Título.

CDD: 362.29



U.E.C.E

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

---

**Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - PMASP**

FOLHA DE AVALIAÇÃO

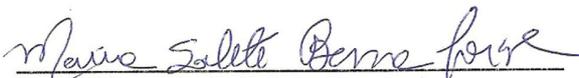
**Título da dissertação:** "ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE USO DE CRACK E SUA FAMÍLIA ATENDIDOS NO CAPS AD: UMA DISCUSSÃO À LUZ DAS POLÍTICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL".

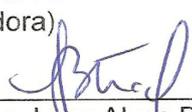
**Nome da Mestranda:** Milena Lima de Paula

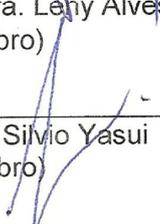
**Nome do Orientador:** Maria Salete Bessa Jorge

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICAS, GESTÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE".

BANCA EXAMINADORA:

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge  
(Orientadora)

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Leny Alves Bonfim Trad  
(1º membro)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Silvio Yasui  
(2º membro)

Data da defesa: 30/10/2013.

Dedico esse trabalho aos meus pais, Ana Fátima e Cláudio, por não medirem esforços para me ajudar e por me apoiarem em todas as minhas decisões e ao meu noivo, Erick, pelo companheirismo e confiança.

## **AGRADECIMENTOS**

À Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge pela orientação durante todo o processo de produção desse trabalho e por proporcionar grandes oportunidades de participação em pesquisas

A Profa. Dra. Leny Alves Bomfim Trad pela leitura e contribuições ao trabalho

A Prof. Dr. Silvio Yassui pela leitura e contribuições ao trabalho

À Mardênia, pela amizade, atenção e disponibilidade

Ao GRUPSFE, especialmente ao Lucas, por me ajudar na transcrição das entrevistas.

À turma do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública – PMASP/2013 pelo companheirismo, especialmente à Dayanne, à Silvia e à Indara por proporcionarem boas risadas que aliviaram as tensões em momentos de estresse

A todos os participantes dessa pesquisa pela confiança depositada em mim

À Mairla pela disponibilidade nos momentos necessários.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pela concessão da bolsa auxílio financeiro proporcionando minha formação com pesquisadora

## RESUMO

A experimentação de drogas começa muito cedo, por volta dos 10 a 12 anos. Sobre o uso de *crack* por adolescentes, acredita-se que a substância passou a ser consumida no final da década de 80, por meninos de rua, principalmente nas regiões Sul e Sudeste. A partir da década de 80, a prevalência de uso desta droga por sujeitos na adolescência foi progressiva. Também se observa que a maioria das internações para desintoxicação de usuários adolescentes está associada ao uso de *crack*. Em relação aos fatores que contribuem para o uso de drogas, a família desempenha papel importante quando não proporciona um ambiente suportivo; por outro lado, um contexto familiar acolhedor funciona como proteção para o comportamento de usar drogas. De acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, quando amparada por uma rede social de apoio, a família também desempenha função importante nos cuidados aos usuários, favorecendo a reinserção social destes sujeitos. O estudo buscou conhecer as estratégias de enfrentamento das famílias e usuários, na busca do cuidado aos usuários adolescentes. Possui os seguintes desdobramentos: Descrever as estratégias de enfrentamento das famílias e usuários, na busca do cuidado aos usuários adolescentes; identificar os itinerários terapêuticos utilizados pela família dos adolescentes usuários de *crack*; Descrever as estratégias de enfrentamento das famílias e usuários na busca do cuidado aos usuários adolescentes; Identificar as transformações na dinâmica da família, a partir da experiência com o uso de *crack*; Conhecer o contexto familiar dos adolescentes relacionado aos cuidados destinados aos usuários de *crack*. O estudo faz parte de uma pesquisa ampla denominada “A atenção clínica na produção do cuidado aos usuários de *crack* – assistência à saúde e redes sociais de apoio”, com financiamento do CNPq/MS. Trata-se de um estudo qualitativo, crítico e reflexivo realizado na cidade de Fortaleza. Participaram do estudo, 17 sujeitos; sendo 11 adolescentes e 6 familiares. Para a coleta de dados foram utilizadas as seguintes técnicas: entrevista semiestruturada, observação sistemática e desenho-estória. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da UECE. A análise do material empírico, para melhor entendimento do objeto de estudo, baseou-se na hermenêutica crítica. Deste modo, pôde-se perceber, através dos relatos de familiares e adolescentes, as modificações que famílias vêm sofrendo, as implicações dessas mudanças, no que diz respeito aos cuidados dos adolescentes, as experiências de uso de *crack*, bem como as estratégias de enfrentamento, utilizadas pelas famílias e adolescentes, para lidar com a situação de uso de *crack*. Nesse contexto, identifica-se que a busca por tratamento ainda centra-se em um modelo de internação que tem a sua eficácia ao proporcionar o afastamento do adolescente do contexto de uso de drogas. Tal fato demonstra as dificuldades das famílias para lidarem com os adolescentes que abusam de *crack*, mas também revela um contexto escasso de apoio e de ineficácia das políticas públicas na proteção das famílias e dos adolescentes. Tal situação favorece o contexto de exclusão no qual os jovens estão inseridos. Diante do exposto, compreende-se que a problemática exige ações de vários setores, tais como da saúde, educação, Justiça e assistência social, dentre outros.

**Palavras-chave:** Adolescentes. Relações familiares. Crack. Políticas de proteção social.

## ABSTRACT

The act of trying drugs begins early, from 10 to 12 years-old. Regarding the use of crack by teenagers, it is believed that this substance has to be consumed at the end of the 80's by street boys, specially in the south and in the southeast of Brazil. From the 80's on, the prevalence of crack use by adolescents was progressive. Also, it can be observed that most of admissions for detoxification of teenage drug users are related to crack use. Regarding the causes which contribute to the drug use, the family play an important role when it doesn't provide a supportive environment. On the other hand, a warm family context works as a protection against the behaviour of using drugs. According to the principles of Psychiatric reform, the family, as supported by a social web of assistance, can also play an important role on the care concerning drug users, favoring their social reintegration. This study sought to know the coping strategies, concerning families and drug users, in the search of care towards teenage users at CAPSad. It has the following developments: Describing the coping strategies of families and drug users in the search of care toward teenagers at CAPSad. Identifying which therapeutic itineraries used by families of teenage crack users at CAPSad. Identifying changes in the dynamics of families from the experience of crack use. Understanding how the manner of caring - chosen by relatives related to the management of health issues - happens, as well as the domestic practices of care and definition of roles (providers and caregivers of teenage drug users) at CAPSad. This study is part of a wide research called "The clinical attention on the production of care to crack users - healthcare and social webs of assistance", with funding from CNPq/MS. This is a qualitative, critical and reflective study which took place in the city of Fortaleza. 17 individuals participated in this study, among which 11 teenagers and 6 relatives. For data collection were used the following techniques: semi-structured interview, systematic observation and drawing-story. This study was submitted to and approved by the Ethics Committee of UECE. For a better understanding of the object of study, the analyses of the empirical material was based on hermeneutics. Thus, it could be perceived, through the reports of relatives and adolescents, the changes by which the families are going through, as well as the implications of those changes concerning the care of adolescents; the experiences of the crack use and the coping strategies used by families and teenagers to deal with the situation of the crack use. In this context, it is identified that the search for treatment still focuses in a model of hospital admission that has its effectiveness in providing the removal of the adolescents from the context of drug use. Such fact demonstrates the difficulties of families to deal with the teenagers who abuse crack, but it also reveals a context of scarce support and inefficiency of public policies, regarding the protection of families and teenagers. Such situation favors the context of exclusion in which the kids are immersed. Given the above, it is understood that the issue requires actions of various sectors, like health, education, justice, social work and others.

**Key-words:** Adolescents, family relationship, crack, policies of social protection

## **LISTA DE SIGLAS**

AA – Alcoólicos Anônimos

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CCA – Comedores Compulsivos Anônimos

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CT – Comunidades Terapêuticas

DASA – Dependentes de Amor e Sexo Anônimos

DCA – Delegacia da Criança e do Adolescente

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FA – Fumantes Anônimos

FUNCI – Fundação da Criança e da Família Cidadã

LA – Liberdade Assistida

NA – Narcóticos Anônimos

Nar-Anons – Familiares e Amigos de Narcóticos Anônimos

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SDH – Secretaria de Direitos Humanos

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

SERs – Secretarias Executivas Regionais

SMSE – Sistema Municipal Saúde-Escola

UECE – Universidade Estadual do Ceará

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

Figura 1 - Município de Fortaleza dividido em Secretarias Executivas Regionais (SER) .....	59
Figura 2 - Mapa do Território da SER IV .....	62
Figura 3 – Mapa do Território da SER V .....	62
Figura 4 - Fluxograma resumo para representação dos espaços percorridos pelos usuários ao procurarem um serviço de saúde.....	67
Figura 5 – Fluxograma do resumo dos espaços percorridos por usuários e famílias.....	106
Figura 6 - Fluxograma do abrigo .....	107
Figura 7 - Fluxograma do CAPS .....	107
Figura 8 - Geograma .....	148
Figura 9 - Desenho estória - família feliz.....	158
Figura 10 - Família em que todos estão bem.....	158
Figura 11 - Família com problemas.....	159
Figura 12 - Ecomapa da trajetória de vida da família acompanhada no decorrer da pesquisa.....	163

### QUADROS

Quadro 1 - Número de sujeitos da pesquisa .....	64
Quadro 2 - Técnicas de coleta de dados.....	65

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	11
1 INTENCIONALIDADES DA PESQUISA E O ENCONTRO COM O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO .....	12
1.1 Intencionalidades da pesquisa.....	12
1.2 Objeto de investigação e suas interfaces .....	14
1.3 Perguntas norteadoras e pressupostos .....	21
1.4 Objetivos e seus desdobramentos.....	23
1.4.1 Objetivo Geral .....	23
1.4.2 Objetivos específicos .....	23
2 EIXO TEÓRICO .....	24
2.1 O adolescente, a família e o uso de drogas.....	24
2.2 Estratégias de enfrentamento de familiares e usuários, e a busca por cuidados .....	35
2.3 Políticas públicas e uso de drogas por adolescentes .....	46
3 EIXO METODOLÓGICO .....	58
3.1 Natureza e tipo de estudo.....	58
3.2 Cenário da pesquisa .....	58
3.3 Participantes da pesquisa.....	63
3.4 Técnicas de coleta de dados .....	63
3.5 Plano de análise dos dados.....	66
3.6 Entrada em Campo.....	69
3.7 Questões éticas.....	77
4. RESULTADOS .....	79
4.1 Cuidados, enfrentamento e itinerários terapêuticos.....	79
d) CAPS AD e CAPSi .....	100
4.3. Uso de drogas e experiências familiares .....	107
4.3. As instituições, as famílias e as políticas de proteção social .....	130
4.4. Estudo de Caso .....	145
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	169
REFERÊNCIAS.....	172
ANEXOS .....	189
APÊNDICES.....	192

# INTRODUÇÃO

# 1 INTENCIONALIDADES DA PESQUISA E O ENCONTRO COM O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

## 1.1 Intencionalidades da pesquisa

No decorrer da graduação em psicologia, sempre houve o interesse em trabalhar na área de psicologia social e com populações mais vulneráveis. Dessa forma, ao terminar o curso, a atuação profissional sempre foi nessa perspectiva.

O primeiro emprego foi na Secretaria de Direitos Humanos (SDH) da prefeitura municipal de Fortaleza, anteriormente chamada de Fundação da Criança e da Família Cidadã (FUNCI), na coordenadoria da criança e do adolescente. O trabalho consistia no acompanhamento psicossocial de adolescentes que estavam cumprindo medida socioeducativa de liberdade assistida, em decorrência de cometimento de ato infracional.

O acompanhamento era realizado por uma equipe multiprofissional composta por psicólogo, assistente social, assessor jurídico e pedagogo. Durante este trabalho, que perdurou por dois anos, houve a oportunidade de acompanhar, não apenas os adolescentes em conflito com a lei, mas também suas famílias. Chamava a atenção o sofrimento, principalmente dos familiares, inconformados com as atitudes dos filhos.

Era muito comum, entre os adolescentes atendidos pela equipe de Liberdade Assistida, o consumo de drogas, principalmente a maconha e o álcool, seguidos pelo *crack*. Os adolescentes costumavam afirmar, durante atendimento psicológico, que o *crack* era a droga do “roubo”, pondo a culpa de seus atos infracionais na droga utilizada.

Diante do alto consumo de drogas por parte dos adolescentes em conflito com a lei, uma das funções do profissional de psicologia era a realização de encaminhamentos para tratamentos relacionados às drogas. Geralmente, esses encaminhamentos eram realizados para o CAPSad e, em raras exceções, para as comunidades terapêuticas.

Chamava atenção o número de adolescentes que abandonavam o tratamento logo nos primeiros atendimentos realizados pelo CAPSad. Os jovens em questão, ao conhecer o serviço do CAPSad, demonstravam interesse no encaminhamento para tal serviço, porém não conseguiam dar prosseguimento ao processo terapêutico.

Assim, o não engajamento dos adolescentes em tratamentos relacionados às drogas, inquietava os jovens psicólogos (todos eram recém-formados, com pouca experiência profissional) que atuavam na execução da medida de liberdade assistida. Diante do problema, resolveu-se criar um grupo para debater o assunto e investigar a situação.

A partir de então, a equipe passou a acompanhar a frequência desses adolescentes ao CAPSad, mensalmente, quantificando os encaminhamentos realizados durante o mês e monitorando as faltas. Quando havia desistência, os profissionais conversavam com a família e com o adolescente sobre o assunto. Também foi criado um momento, durante os atendimentos em grupos de adolescentes e de famílias, para apresentação de informações sobre o tratamento em CAPSad e para discussão sobre o assunto.

Ficou claro que a evasão ao tratamento no CAPSad era altíssima, quase 100%; e a desistência acontecia logo nos primeiros atendimentos, o que contribuía para o aumento de conflitos familiares.

A segunda experiência profissional foi, ainda, na SDH; porém, no Projeto Raízes de Cidadania, cujo objetivo era fomentar a mobilização e participação popular nas comunidades carentes de Fortaleza.

Uma das funções dos profissionais do referido projeto era ouvir a problemática da população local. Novamente, o problema das drogas era muito presente na comunidade em questão, bem como sua associação com crimes e atos infracionais.

Diante desse contexto, houve a necessidade de estudar mais sobre a temática do uso de drogas. Então, passei a frequentar grupo de pesquisa da professora Salete sobre a atenção clínica na produção do cuidado aos usuários de *crack* – assistência à saúde e redes sociais de apoio, comparecendo ao grupo de discussão sobre o assunto. A partir de então, o interesse sobre a temática de drogas aumentou

ainda mais e também o desejo de cursar um mestrado acadêmico com um projeto nessa área.

## 1.2 Objeto de investigação e suas interfaces

O uso de drogas sempre ocorreu durante a história da humanidade. Primitivamente, as drogas eram utilizadas em rituais e em pequena escala, porém, a partir do século XIX, mudanças ocorridas nas sociedades ocidentais, como a industrialização e o urbanismo, contribuíram para a produção e comercialização em massa, de algumas drogas (NONTICURI, 2010).

Labete, Fiore e Goulart (2008) comentam que apesar de o uso de droga ser uma prática antiga, sua elevação a um problema social é historicamente recente, mais ou menos há um século, sendo, portanto, considerado como um dos males que afligiram a sociedade no século passado. Dessa forma, o conhecimento produzido sobre o uso de drogas se construiu sob o ponto de vista de combate a um mal.

A propagação do uso de cocaína está associada à falta de algumas drogas no mercado, como a anfetamina e a maconha, devido às ações repressivas. No entanto, o preço dessa droga era muito alto, o que contribuiu para a descoberta de outras formas de uso com efeitos mais intensos, porém de menor duração. Na produção do *crack* não há o processo de purificação final; o cloridrato de cocaína é dissolvido em água e adicionado em bicarbonato de sódio, então a mistura é aquecida e, quando seca, adquire a forma de pedras duras e fumáveis (BRASIL, 2009).

Em relação ao perfil do usuário de *crack*, Oliveira e Nappo (2008) discutem que este é homem, jovem, solteiro, de baixa renda, de baixa classe socioeconômica, baixo nível de escolaridade e sem vínculos empregatícios formais. O padrão de uso mais comum é o compulsivo, caracterizado pelo uso múltiplo de drogas e pela prática de atividades ilícitas em troca de *crack* ou dinheiro, porém, também foi identificado uso controlado, que consiste no uso não diário de *crack*, mediado por fatores individuais, desenvolvidos intuitivamente pelo usuário.

Também é comum que o usuário de *crack* apresente baixa escolaridade, menos inclusão no mercado de trabalho formal, menor disponibilidade financeira e, como consequência, maior vulnerabilidade social (SELEGHIM *et al.*, 2011).

Sobre o uso de *crack*, Pulcherio *et al.* (2010) comentam que houve um crescimento do consumo da droga no Brasil e no mundo. Embora com baixa prevalência no Brasil, aproximadamente 1%, em estudos populacionais, seu consumo é responsável por até 70% das internações por cocaína.

Considerando-se o uso de *crack* por adolescentes, acredita-se que a droga passou a ser consumida no final da década de 80, por meninos de rua, principalmente nas regiões Sul e Sudeste. A prevalência foi progressiva, de acordo com os levantamentos nacionais do uso de drogas entre crianças e adolescentes (10 a 18 anos), realizados pelo CEBRID nos anos de 1987, 1989, 1993 e 2003. Houve um aumento significativo de consumo na região nordeste, cujo consumo de cocaína e *crack* era em torno de 1%, aumentando em 2003, em Fortaleza, para 10,3% (DUALIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008).

Nesse sentido, o *crack* tem papel importante nas internações de adolescentes, decorrentes do uso de drogas. Momberlli, Marcon e Costa (2010), objetivando caracterizar as internações de adolescentes hospitalizados para desintoxicação em um hospital público no Oeste do Paraná, apontam que a maioria das internações foi de adolescentes do sexo masculino (79%) e a droga consumida com mais frequência foi o *crack* (87,6%), seguida da maconha (85,2%). No entanto, 79% dos adolescentes da pesquisa fazem uso dos dois tipos de drogas.

Entre os adolescentes, as pesquisas mostram que o consumo de drogas aumentou, pois o estudo realizado por Martinez-Mantilla *et al.* (2007), sobre as prevalências do uso de drogas em 2004, e comparado com 1996 e 1997, indica que: o uso de maconha passou de 1,4% para 4,4%, o uso de *crack* e cocaína passaram de 0,4% para 1,2%, os inalantes de 0,1 para 1,2%, os estimulantes de 0,7% para 1,9% e os tranquilizantes de 2,0% para 3,1%. A pesquisa foi realizada com adolescentes do ensino médio de Bucaramanga, na Colômbia. Dessa forma, percebe-se que o uso de *crack* e cocaína teve um aumento significativo.

Os adolescentes e pré-adolescentes são considerados o grupo mais vulnerável ao consumo de psicoativos, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Também se constata um número cada vez maior de pré-adolescentes usando drogas, a experimentação começa muito cedo, por volta dos 10 a 12 anos (ROEHRS; LENARDT; MAFTUM, 2008).

Um dos fatores de risco para o uso de drogas está relacionado à família, pois o simples fato de residir ou não com os pais já pode fazer a diferença em relação ao uso ou não de drogas por jovens, pois no levantamento realizado em 2003 nas 27 capitais brasileiras, foi observado que entre os adolescentes que moravam com suas famílias, 19,7% faziam uso diário de drogas, contra 72,6% dos que não moravam com suas famílias. Segundo a pesquisa, as principais drogas usadas foram tabaco, bebidas alcoólicas, solventes, maconha e derivados da coca, como a cocaína e o *crack* (NOTO *et al.*, 2003).

A falta de comunicação dentro da família, a desagregação, negligência e a violência familiar são fatores associados à vulnerabilidade ao uso de drogas, é o que afirmam Funes *et al.* (2009) a partir da análise do relato dos próprios familiares de sujeitos envolvidos com drogas, sobre situações familiares relacionadas ao uso de drogas.

Em relação aos efeitos do uso do *crack*, observa-se que são complexos e afetam a saúde e qualidade de vida de usuários, familiares e da sociedade; por isso o uso da droga é considerado um problema de saúde pública (AZEVEDO; MIRANDA, 2010).

Deste modo, além de problemas relacionados à família e à sociedade, os sujeitos que consomem essa droga são acometidos por agravos orgânicos e psíquicos. Os efeitos psíquicos da droga são: sentimento de perseguição, agitação motora e, posteriormente, depressão; também ocasionam problemas respiratórios, perda de apetite, falta de sono, rachadura nos lábios, cortes e queimaduras nos dedos e no nariz. A dificuldade de ingestão de alimentos pode levar à desnutrição, desidratação e gastrite (BRASIL, 2009).

Além das dificuldades citadas acima, outras complicações também ocorrem, de acordo com Pulchero *et al.* (2010), como overdose, doenças cardiovasculares,

problemas respiratórios, infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, Hepatite C, quadros psiquiátricos e pobre saúde global.

Não bastassem os problemas orgânicos, ainda existem os riscos sociais, pois Oliveira e Nappo (2008) pontuam que, dos efeitos que o *crack* provoca, a fissura merece destaque, pois pode lavar os usuários à prática de atos ilícitos para conseguirem a substância, uma vez que provoca uma vontade incontrolável de usar, o que faz com que os usuários se envolvam em comportamentos de risco.

É comum a associação do *crack* com a violência. De acordo com a pesquisa realizada pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais em 2010, a entrada do *crack* em Belo Horizonte foi seguida de uma epidemia de homicídio que atingiu a cidade a partir de 1997. Dessa forma, os resultados obtidos com a pesquisa demonstram que o aumento dos homicídios ocorridos a partir de 1997 teria forte associação com a intensificação dos conflitos relacionados ao tráfico de drogas. Assim, de acordo com o estudo, no período de 1997 a 2004, as chances da ocorrência de homicídios devido aos conflitos relacionados às drogas ilícitas são 2,31 vezes superiores, se comparadas ao período de 1993 a 1996, quando a droga ainda não era comercializada na cidade.

É comum o envolvimento de usuários em situação de risco para usar o *crack*, como envolvimento em conflitos familiares, violência doméstica, roubos dentro de casa, entre a vizinhança e amigos. Dessa forma, ocorre uma vinculação, de forma explícita, entre o uso de substâncias psicoativas e grupos sociais vistos como perigosos e ameaçadores. Diante disso, é frequente a indignação da família que interpreta as atitudes dos filhos como “sem-vergonhice” e que, portanto, devem ser punidas fisicamente. Assim, o uso da força para conter o usuário é visto como forma de resolver o problema (NONTICURI, 2010).

Apesar dos riscos orgânicos e sociais, o Brasil durante muito tempo considerou o uso de drogas apenas como problema de segurança pública, resquícios de uma política proibicionista adotada em vários países a partir de 1910, que visava ao controle do uso de substâncias psicoativas.

Segundo Rodrigues (2008), tal política transformava um problema sanitário em “caso de polícia”, com a repressão e criminalização de usuários e traficantes, associando, dessa forma, usuários de drogas ao crime.

As políticas sobre drogas no Brasil têm privilegiado o caráter punitivo, baseado na repressão do consumo e do tráfico de drogas (RAUPP; COSTA 2006). Isso se deve, como já dito, ao fato de que o Brasil seguiu até os anos 2000 uma política de drogas alinhada ao discurso proibicionista. No entanto, a partir de 2000, as suas políticas públicas têm se apresentado permeáveis ao enfoque da redução de danos, o qual parte da premissa de que o consumo de drogas não pode ser suprimido da sociedade, pois sempre esteve presente, e procura reduzir os danos a ele relacionados, compreendendo o uso de drogas como um problema de saúde pública e o tráfico como um problema jurídico-policial (ALVES, 2009).

O CAPSad representa a principal estratégia de atenção à saúde relacionada ao consumo de substâncias e utiliza estratégias de redução de danos enquanto ferramentas nas ações de prevenção e promoção da saúde. Dessa forma, O CAPSad é um serviço substitutivo, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, os quais preconizam que os tratamentos para usuários de drogas sejam feitos preferencialmente em meio aberto e seja articulada a rede de saúde mental, enfatizando a reabilitação e reinserção social dos usuários (AZEVEDO; MIRANDA, 2010).

Dessa forma, o principal tratamento para problemas relacionados ao uso de drogas, realizado nos CAPSad, contempla usuários na faixa-etária de 12 a 80 anos. Percebe-se então que o serviço não é voltado para o adolescente e nem contém uma terapêutica específica para sujeitos que se encontram nessa fase (RAUPP; MILNITSKY-SAPIRO, 2005).

Nesse contexto, observa-se que muitas pesquisas têm focado a importância da família como fator de risco, mas também como fator de proteção para o comportamento de consumo de drogas. Além disso, a literatura destaca importância da família no tratamento relacionado ao consumo de drogas. Dessa forma, alguns autores se destacam na referida temática, como Raupp e Adorno (2011), Schenker e Minayo (2003; 2004; 2005), Kliewer e Murrelle (2007), Horta, L.; Horta, B. e Pinheiro

(2006), Paiva e Ronzini (2009), Martins e Pillon (2008), Penso e Sudbrack (2004), Magalhães e Silva (2010), Silva e Soares (2004), Selegim *et al.* (2011).

Raupp e Adorno (2011) consideram que o uso de drogas por adolescentes traz vários impactos negativos à família e aos usuários de *crack*, sendo o afastamento afetivo um aspecto comum nessas situações. E isso acontece em decorrência de o relacionamento entre família e usuários ser, geralmente, permeado por brigas e discussões.

Nesse sentido, além de a família ser afetada com as consequências que o uso de drogas pode acarretar, também se considera a importância do contexto familiar como um fator de proteção ou de risco relacionado ao consumo de drogas, conforme afirmam Schenker e Minayo (2003; 2005).

As autoras também consideram que a família, juntamente com a escola e os amigos, exerce função de socialização primária de crianças e adolescentes. Ademais, no mundo pós-moderno, a estrutura familiar pode ter vários tipos de arranjo.

Endossando o fato de que a família pode ser um fator de risco e de proteção, Kliwer e Murrelle (2007) investigaram fatores de risco e de proteção, relacionados ao uso de *crack*, e encontraram entre os fatores de risco problemas de relacionamento familiar dos adolescentes e o uso de drogas como o álcool, por parte dos pais. Em relação aos fatores de proteção, um bom relacionamento familiar destacou-se.

O fato de a família ser considerada como um fator de risco, mas também de proteção, para o uso de drogas, justifica-se, segundo Selegim *et al.* (2011), pelo fato de o uso ser aprendido a partir do relacionamento entre o indivíduo e suas fontes primárias de socialização, que correspondem à família, à escola e ao grupo de amigos.

Horta, L.; Horta, B. e Pinheiro (2006), ao estudarem a associação entre o consumo de substâncias psicoativas (bebidas alcoólicas, tabaco e drogas ilícitas) por adolescentes, a presença do pai ou da mãe no domicílio e o hábito de fumar ou não de ambos, destacaram que a presença do pai ou da mãe ou de ambos no

domicílio parece ter efeito protetor contra o uso de tabaco e também de drogas ilícitas, entre elas, o *crack*, porém não houve tal associação para o uso de álcool pelos adolescentes. Também se percebeu um risco elevado de tabagismo e de drogas ilícitas por adolescentes, quando o pai ou a mãe são fumantes.

A influência da família, no comportamento de uso de drogas, é significativa em diversos contextos e populações pesquisadas. Paiva e Ronzani (2009) afirmam que os adolescentes que recebem maior monitoramento parental são os que apresentam menores taxas de consumo de drogas. Práticas parentais relacionadas ao monitoramento dos filhos, como procurar localizá-los, estar atento às suas atividades, conhecer os amigos, procurar saber o que fazem no tempo livre, são comportamentos que possuem associação com menor consumo de álcool, cigarro e outras drogas entre adolescentes.

Dessa forma, quando os vínculos familiares são fortes, as chances de o adolescente apresentar comportamentos inadequados, como uso de drogas e cometimento de atos infracionais, é bem menor que quando os vínculos com os pais não existem ou estão fragilizados. Além disso, também há uma associação entre uso de drogas e práticas de atos infracionais (MARTINS; PILLON, 2008).

A família possui uma grande contribuição na construção da identidade dos filhos, porém, quando ela enfrenta dificuldade nesse processo, alguns sintomas como o uso de drogas podem aparecer.

Considerando-se a abordagem sistêmica, o sintoma de um dos membros da família é compreendido como um fenômeno relacional e possuidor de uma determinada função dentro do sistema (família), porém, o sintoma, na medida em que regula o sistema, também evidencia suas dificuldades em enfrentar o processo de construção de identidade. Dessa forma, o uso de drogas passa a ser analisado como um sintoma de toda a família (PENSO; SUDBRACK, 2004).

Quando o uso de drogas já acontece, os familiares também têm sua importância. Magalhães e Silva (2010) destacam a importância do apoio da família na recuperação de usuários de *crack*, a partir de uma pesquisa realizada de acordo com o ponto de vista dos próprios usuários, sobre os cuidados necessários para sua recuperação. Além da importância da família no tratamento, o estudo também

apontou uma relação mais humana com a equipe de saúde e a utilização do tempo livre como fatores que podem melhorar o tratamento.

Silva e Soares (2004), ao analisarem as mensagens sobre drogas nas letras de *rap* de grupos com representatividade e a sua influência entre jovens da periferia da cidade de São Paulo, encontraram que o consumo da substância é compreendido por alguns grupos como consequência de características individuais e pela influência da família. Dentre as propostas para recuperação e enfrentamento do uso de drogas, foi percebida, de acordo com as letras, a importância do fortalecimento dos laços familiares e de amizade.

Dessa forma, percebe-se a necessidade da participação de familiares nos processos terapêuticos relacionados ao uso de drogas. Schenker e Minayo (2004) ressaltam a importância da inserção da família nos diversos estágios de tratamento, principalmente em terapêuticas para adolescentes, pois o abuso de drogas nessa fase é um problema complexo e comum, entendido, muitas vezes, como dificuldade em lidar com situações problemáticas da vida, e relacionado ao contexto sociocultural e familiar.

Diante do exposto, percebem-se a influência da família no comportamento de uso de drogas ou não e a importância de inserção desta em tratamentos relacionados ao *crack*, principalmente quando o usuário é um adolescente. Dessa forma, nota-se a importância de conhecer as estratégias de enfrentamento das famílias e usuários, na busca do cuidado aos usuários adolescentes nos CAPSad.

O estudo faz parte de uma pesquisa ampla denominada “A atenção clínica na produção do cuidado aos usuários de *crack* – assistência à saúde e redes sociais de apoio”, com financiamento do CNPq/MS

### **1.3 Perguntas norteadoras e pressupostos**

A partir das reflexões sobre adolescentes, uso de *crack* e família, subsidiadas por diferentes estudos sobre a temática, a pesquisa tem como objeto de investigação a família e o adolescente em situação de uso de *crack*, no dispositivo de atenção psicossocial AD, no município de Fortaleza-CE. Para tanto, descreve as políticas públicas voltadas ao adolescente e também relacionadas às drogas,

ressaltando o surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a política de redução de danos, assim como o aparecimento de novas estratégias para lidar com o problema, como os CAPSad e as redes sociais de apoio.

Não obstante todos os avanços que ocorreram relacionados à infância e à adolescência, como o surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as políticas públicas ainda não contemplam o adolescente quando o assunto é saúde mental, principalmente quando a questão é relacionada a álcool e outras drogas. Dessa forma, o tratamento relacionado ao uso de *crack* por adolescentes fica bastante comprometido.

Diante do exposto, algumas questões são pertinentes: 1. Quais as estratégias de enfrentamento das famílias e usuários na busca do cuidado aos usuários adolescentes, 2. Quais as transformações na dinâmica da família, a partir da experiência com o uso de crack, 3. Como é o contexto familiar dos adolescentes relacionado aos cuidados destinados aos adolescentes usuários de crack

**Primeiro Pressuposto:** As várias mudanças ocorridas na família contemporânea referentes a arranjos, estrutura e funcionamento podem contribuir para o início do uso de drogas dos membros mais jovens.

**Segundo Pressuposto:** As modificações ocorridas na família contemporânea e a experiência de uso de crack pelo adolescente ocasionam mudanças em relação ao modo de cuidado dos familiares em relação aos adolescentes

Diante das conexões e dos pressupostos descritos, elaboraram-se o principal da pesquisa e seus desdobramentos:

## **1.4 Objetivos e seus desdobramentos**

### *1.4.1 Objetivo Geral*

Conhecer as estratégias de enfrentamento das famílias e usuários, na busca do cuidado aos usuários adolescentes nos CAPSad.

### *1.4.2 Objetivos específicos*

1. Descrever as estratégias de enfrentamento das famílias e usuários na busca do cuidado aos usuários adolescentes nos CAPSad.

2. Identificar as transformações na dinâmica da família, a partir da experiência com o uso de crack;

3. Conhecer o contexto familiar dos adolescentes relacionado aos cuidados destinados aos usuários

## **2 EIXO TEÓRICO**

### **2.1 O adolescente, a família e o uso de drogas**

A adolescência caracteriza-se como um dos momentos mais importantes para o desenvolvimento humano, pois nela ocorrem várias transformações biopsicossociais. É uma fase de passagem da infância para a vida adulta, de amadurecimento psicológico. É essencial, nessa fase, estabelecer contatos com os amigos, para formar um grupo no qual o sujeito possa se identificar e compartilhar ideias e opiniões. Muitas vezes, os adolescentes passam mais tempo com os seus amigos que com as próprias famílias (MARTINS; PILLON, 2008).

Para Aberastury e Knobel (1992), a chegada da adolescência corresponde à entrada no mundo adulto, sendo desejada e temida, pois é uma condição que significa a perda definitiva da infância, o que provoca inúmeras dificuldades para o adolescente. Devido às perdas (do corpo e da identidade infantis e da relação com os pais da infância), o adolescente irá passar pelo luto, o qual deve ser elaborado, o que caracteriza a crise da adolescência.

Na adolescência, múltiplas mudanças acontecem e se refletem no corpo, pois o crescimento somático e o desenvolvimento, em termos de habilidades psicomotoras, se intensificam e os hormônios atuam, levando a mudanças radicais de forma e expressão. Também acontecem muitas transformações no aspecto psicológico, principalmente as relacionadas à labilidade no humor (FERREIRA *et al.*, 2007).

Portanto, as transformações acontecem em várias áreas da vida do sujeito, como as mudanças biológicas, psicológicas, comportamentais e sociais, em um ritmo acelerado e exacerbado. Destarte, o rito de adolescer é caracterizado por diversos conflitos, pois o jovem passa por mudanças físicas e de personalidade (ROEHRS; LENARDT; MAFTUM, 2008; ALVARSE; CARVALHO, 2006; ANDRADE, 2007).

Cronologicamente, a adolescência compreende o período que vai dos 10 aos 19 anos de idade, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Porém,

o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera como adolescência o período que vai de 12 aos 18 anos.

Dessa forma, a estipulação de faixa-etária para estabelecer limites de uma fase da vida é arbitrária, pois corre o risco de ignorar os contextos sociais e culturais. Além disso, as fronteiras que demarcam o início e o fim de uma fase não são as mesmas para todos, já que nas classes mais privilegiadas a adolescência e a juventude tendem a se estender, enquanto, nas periferias, a vivência da adolescência é encurtada pelas necessidades dos jovens assumirem um trabalho, além da família, com a chegada dos filhos, marcando o início da vida adulta (HORTA; SENA, 2010).

Tendo em vista a condição peculiar do adolescente que se encontra na transição entre a infância e a fase adulta, o sujeito, nessa faixa etária, se mostra mais resistente às orientações, pois acredita que detém o controle sobre si. São também comuns o afastamento da família e a procura por aproximação de grupo de semelhantes. Igualmente, se a aproximação acontecer com um grupo que esteja experimentando drogas, o adolescente pode ser pressionado a partilhar essa experiência (ALMEIDA FILHO *et al.*, 2007).

Assim, é comum a necessidade de pertencer a um grupo, no período da adolescência, pois os conflitos familiares atingem o seu ápice e o grupo assume o seu papel social principal. Deste modo, é no grupo que o adolescente se sente protegido, age de modo homogêneo, veste roupas características e usa gírias, na tentativa de encontrar a sua identidade (ALAVARSE; CARVALHO, 2006).

Portanto, o relacionamento que o adolescente mantém com o seu grupo de pares pode conduzir a comportamentos inadequados, como o uso de drogas e a delinquência, já que nessa fase os sujeitos costumam se comportar de forma a serem aceitos por seus pares. A disponibilidade, a presença de drogas na comunidade de convivência e a inexistência de vínculos com os pais também podem facilitar o uso de drogas (MARTINS; PILLON, 2008).

Dessa forma, é nesse contexto de incertezas e de busca por novas identificações, diferentes das familiares, que os adolescentes encontram-se vulneráveis às pressões sociais, como o uso de drogas. Mormente, há, na sociedade

contemporânea, o incentivo social ao consumo excessivo de produtos, como forma de buscar alívio das ansiedades, fuga das preocupações e reconhecimento social (RAUPP; COSTA, 2006).

No entanto, é importante considerar que a adolescência, por si só, não pode ser considerada como um fator de risco para uso de drogas e outros comportamentos perigosos, pois Campos e Silva (2009) comentam que é comum na cultura ocidental a construção de uma “adolescência padrão”. Dessa forma, as crianças são treinadas desde cedo para que apresentem problemas ao chegarem, aproximadamente, aos doze anos de idade. Também há uma crença de que não existem conflitos na vida adulta, como se a idade adulta fosse tranquila, calma, segura, como se também não houvesse mudanças biológicas, como se todas as inseguranças e medos estivessem resolvidos com o fim da adolescência. Deste modo, costuma-se culpar o período da adolescência pelo uso de drogas, pela violência e outros.

De acordo com as ideias acima, Sanchez, Oliveira e Nappo (2005) discutem que muitos fatores de risco descritos pela literatura são muito semelhantes àqueles que são característicos da própria adolescência, como os conflitos psicossociais, a necessidade de integração social, a busca de autoestima e de independência familiar. Fato que coloca, pelo menos em tese, os indivíduos suscetíveis ao uso de drogas, pelo simples fato de estarem na adolescência. Além disso, poucas pesquisas no Brasil enfocam as motivações para o não uso de drogas. Os autores acreditam que a informação, vinda principalmente através do diálogo com a família, é fator que motiva o não uso da substância psicoativa.

No entanto, se o conteúdo das conversas entre pais e adolescentes tiver caráter meramente informativo ou se restringir ao compartilhamento dos temores pelas possíveis consequências do uso de drogas, tal tipo de comunicação pode não ser efetiva na prevenção do uso de drogas, podendo gerar ansiedade e temor nos pais, conforme o que sugerem Silva *et al.* (2006).

Os autores também identificam, em sua pesquisa realizada com pais de adolescentes de classe média sobre temores e reações em relação ao uso de drogas dos filhos adolescentes, que a droga é um dos assuntos mais prevalentes no

contexto familiar (19%), juntamente com o assunto sexo (23%). O temor ao uso de droga pelos filhos foi relatado por 94% dos pais.

Entre os fatores de risco que podem levar o adolescente ao uso de drogas, Schenker e Minayo (2005) apontam aspectos culturais, interpessoais, psicológicos e biológicos, como a disponibilidade de substâncias, privações econômicas extremas, atitudes positivas frente às drogas pela família, conflitos familiares graves, baixo aproveitamento escolar, atitude favorável em relação ao uso, susceptibilidade herdada ao uso e vulnerabilidade ao efeito de drogas.

Sobre as motivações dos adolescentes para provar substâncias psicoativas, muitos relatam que é devido à curiosidade e também para acompanhar os amigos que utilizam drogas. É importante destacar que, uma vez que o sujeito experimenta a droga, não necessariamente vai tornar-se dependente, apenas uma pequena porcentagem desenvolverá a dependência (PRATTA; SANTOS, 2006).

É também comum a associação entre uso de drogas e envolvimento com atos infracionais. Martins e Pillon (2008) realizaram um estudo com adolescentes que cumpriam medidas socioeducativas num Centro Educacional em São Paulo, a qual sugeriu que o uso de drogas deixa o adolescente mais vulnerável à prática de infrações.

O *crack*, nesta pesquisa, esteve relacionado estatisticamente somente com o tráfico de drogas. Já a maconha e o álcool estiveram relacionados a roubo, furto, tráfico de drogas, porte de arma e porte de drogas. Porém, o autor apresenta, como limitação da pesquisa, o pequeno número de usuários de *crack* na amostra.

Priuli e Moraes (2007) também demonstram a associação do uso de drogas e cometimento de atos infracionais, pois, em sua pesquisa com adolescentes internados em Centro Educacional de São José do Rio Preto-SP, revelou que 97,9% fizeram algum tipo de uso de drogas. A maioria usava maconha, tabaco, álcool e *crack* e a minoria, cocaína e cola.

Diante do uso de drogas pelos adolescentes e de todos os impactos decorrentes desse comportamento, é importante destacar o papel de família nessa discussão, haja vista a sua importância no desenvolvimento de qualquer indivíduo.

Assim sendo, a família é considerada o principal agente da socialização e reproduz padrões culturais no sujeito, sendo vista como a principal doadora de identidade ao indivíduo, sendo responsável pela produção de comportamentos (AMAZONAS *et al.*, 2003)

Igualmente, a família possui papel relevante nos comportamentos dos filhos, pois sua função básica é a socialização de seus membros, que acontece através de educação ativa e passiva. A família também é mediadora entre o sujeito, os hábitos e a ética, e tem um papel importante na transmissão de valores aos filhos. Esses valores não são estáticos, sendo construídos ao longo do tempo, através da convivência familiar (SCHENKER, 2008).

Nesse sentido, a família possui um papel de socialização importante e primordial na vida das pessoas, pois é vista como um espaço de construção da iniciação dos afetos e de todo aprendizado que esses afetos podem trazer a seus componentes, constituindo, dessa maneira, sujeitos históricos da sociedade (OLIVEIRA; 2009).

Partilhando das ideias acima, Roehrs, Lenardt e Maftun (2008) acreditam que é na esfera familiar que o ser humano é construído, pois é na convivência familiar que se compartilham os preceitos de moralidade e onde ocorre a humanização dos seus membros, permitindo o desenvolvimento da personalidade.

Na contemporaneidade, existem diferentes arranjos de famílias. De acordo com Osório (1996), a família nuclear compreende a família tradicional, composta por pai, mãe e filhos. Já a extensa, além da estrutura composta por pais e filhos ou unidade do casal, considera também parentes próximos, com os quais a criança ou o adolescente convive e mantém laços de afinidade e afetividade, como integrantes da família.

Dessa forma, são comuns modelos familiares diferentes dos nucleares, como as constituídas por casais homossexuais, monoparentais, recasados e outros. Assim, as modificações socioeconômicas e culturais alteraram os vínculos familiares, e os membros das famílias passaram a obter novos papéis e posições sociais, surgindo, assim, novos arranjos familiares. No entanto, a sociedade persiste na valorização do modelo nuclear tradicional, com pai-provedor e mãe dona de casa,

em tempo integral, e vê com maus olhos as novas configurações familiares (AMAZONAS *et al.*, 2003)

O modelo de família extensa mostra-se bastante alto nas populações de baixa renda, pois é comum que os membros dessas famílias se associem, seja porque são imigrantes pobres do interior, seja pelo caráter solidário que essas pessoas possuem. É comum, nessas famílias, um estado de tensão maior do que os outros modelos, o que pode se dar devido ao fato de esses indivíduos precisarem dividir alimentação e espaço com um número, geralmente, maior de pessoas. Porém, tal modelo, por si só, não pode ser considerado como um fator de risco para o uso de drogas (MELO *et al.*, 2005).

A estrutura e o funcionamento familiar também têm mudado bastante nas últimas décadas, pois o modelo de família organizada de acordo com a hierarquia, regido pela severidade de punição, foi substituído por formas diferentes de organização, influenciadas por fenômenos como a entrada das mulheres para o mercado de trabalho, bem como sua maior participação no sistema financeiro familiar. Dessa forma, o perfil tradicional, o qual tem o pai como provedor e a mãe como responsável pelas tarefas domésticas, tem mudado, pois nas famílias brasileiras de classe média se percebe relativa divisão de tarefas, e o pai e a mãe são responsáveis pela educação dos filhos (BROEKER; JOU, 2007).

Corroborando com os autores acima, Carvalho e Almeida (2003) discutem que ocorreram muitas mudanças na estrutura tradicional das famílias, como a redução do tamanho das famílias, a fragilização dos laços matrimoniais, o crescimento das separações e dos divórcios, o incremento da proporção de casais maduros e sem filhos, a multiplicação de arranjos que fogem ao padrão da típica família nuclear, sobretudo de famílias com apenas um dos pais e, em especial, das chefiadas por mulheres sem cônjuge. No entanto, apesar de todas essas mudanças, o autor ressalta que as responsabilidades e funções sociais da família parecem não ter perdido a relevância.

A família também se modificou no que diz respeito às relações entre pais e filhos, não sendo mais baseadas na imposição da autoridade, e sim na valorização de um relacionamento aberto, pautado na possibilidade de diálogo, o qual passou a

ser bastante importante no contexto familiar, principalmente se for levada em conta a convivência entre os membros da família. Sendo assim, a educação perdeu a sua característica autoritária. A criança continua sob a supervisão da mãe, no entanto, o processo de educação passa a ter novas exigências, como a valorização da afetividade (PRATTA; SANTOS, 2007).

Como consequência das transformações das relações de parentesco e das representações dessas relações no interior da família, ocorreram também mudanças relacionadas aos papéis desenvolvidos pelos membros familiares, os quais diferem daqueles tradicionais, pois os próprios integrantes das novas famílias estão diferenciados, a composição é diferente da tradicional. Em relação à mudança de papéis, pode-se destacar o fato de a mulher, na contemporaneidade, estar assumindo papéis que, anteriormente, eram de exclusividade masculina, pois é cada vez mais comuns mulheres responsáveis financeiramente pelo sustento das famílias (OLIVEIRA, 2009)

A partir da segunda metade do século XX, ocorreram várias mudanças econômicas, sociais e trabalhistas, como o avanço da industrialização e da urbanização, o declínio do poder patriarcal e de princípios, controles religiosos e comunitários mais tradicionais, que levaram a mudanças nas relações de gênero, na ampliação da autonomia dos diversos componentes da família, e em exercício bem mais aberto e livre da sexualidade, dissociada das responsabilidades de reprodução. Também passou a ser comum a presença de mulheres no mercado de trabalho, bem como a difusão e a utilização de práticas anticoncepcionais. Tais fatos contribuíram para as mudanças que vêm ocorrendo nas famílias (CARVALHO; ALMEIDA, 2003).

No entanto, apesar de tais transformações, a família ainda tem um papel bastante relevante no contexto social, sendo ainda uma instituição reconhecida e altamente valorizada, pois exerce funções importantes durante todo o processo de desenvolvimento de seus membros (PRATTA; SANTOS, 2007).

Sobre o papel das relações familiares na iniciação do uso de drogas por parte de jovens que cumprem medidas socioeducativas, Bernardy e Oliveira (2010) identificaram a mãe como figura essencial à infância dos filhos, porém os autores

destacam que, na maioria das famílias em estudo, havia ausência de estrutura nuclear e muitos foram criados sem a presença do pai. Os autores também verificaram que, na maioria das famílias, as relações eram permeadas por mágoas e ressentimentos, além da forte presença de violência intrafamiliar e de pais usuários de drogas.

No entanto, Garcia, Pillon e Santos (2011), ao analisarem a relação entre o uso de substâncias e a estrutura do núcleo familiar, encontraram que a maior quantidade de usuários de drogas provém de lares formados pela estrutura nuclear tradicional: pai, mãe e filhos, o que contraria a crença de que famílias com arranjos diferentes levam ao uso de drogas dos seus membros.

Considerando ainda a associação entre contexto familiar e uso de drogas, a família pode ser vista como um fator de proteção para o consumo de drogas. A pesquisa de Sanchez, Oliveira e Napo (2005), que buscou identificar os motivos que impediriam a experimentação e o conseqüente uso de drogas psicotrópicas em adolescentes de baixo poder aquisitivo, apontou que uma estrutura familiar protetora, ou seja, laços afetivos que permitem a cumplicidade e o respeito, juntamente com a disponibilidade de informações (sendo a família a principal divulgadora dessas informações), são fatores relacionados à proteção ao uso de drogas.

Porém, a família foi vista como um fator de risco, na pesquisa de Tavares, Béria e Lima (2004), pois os autores, ao analisarem os fatores de riscos associados ao uso de drogas por adolescentes, encontraram que o mau relacionamento entre adolescentes e seus pais pode facilitar o uso de drogas. Outros fatores como separação dos pais, ter pai muito liberal, presença em casa de familiar usuário de drogas, ter sido assaltado ou roubado no ano anterior e ausência de prática religiosa, também contribuíram para o uso de drogas. Dessa forma, percebe-se a importância que os relacionamentos familiares tiveram na pesquisa.

Assim, fica evidente que a família ora pode facilitar o uso de drogas, ora pode contribuir para o não uso da substância. Seleguin (2011), Schenker e Minayo (2003, 2004, 2005) comentam que a família é considerada um dos fatores mais importantes que podem facilitar o uso de drogas, mas também pode atuar como um fator de

proteção, pois o consumo de drogas, geralmente, é aprendido através das interações sociais entre os indivíduos e suas fontes primárias de socialização, que compreendem a família, a escola e os amigos.

Para as autoras, a família protege quando oferece ambiente doméstico suportivo, harmônico, estável e seguro, com regras claras de conduta e envolvimento dos pais na vida dos filhos. Porém, pode ser um risco quando o ambiente doméstico é caótico, há consumo ou atitudes favoráveis em relação ao consumo, pais pouco suportivos, ausência de monitoramento e expectativas altas e irrealistas entre os membros.

A família possui um papel importante na problemática do uso indevido de drogas por adolescentes. Benchaya *et al* (2011), buscando investigar a relação entre uso de drogas e estilos parentais, encontraram que os estilos maternos e paternos, percebidos como negligente, indulgente ou autoritário (não autoritativos) tiveram associação positiva com o uso de drogas. Pais que apresentam níveis baixos de responsividade e de demonstração de afeto e controle, sem manifestar interesses nas atividades, companhias e preocupações com os filhos, são considerados negligentes.

Os indulgentes são muito afetivos e pouco exigentes. Os autoritários são os mais exigentes, e neles predominam a imposição de regras e pouca afetividade. Já o termo autoritativo se caracteriza por combinar elevados níveis de controle e afetividade. Dessa forma, pais autoritativos manifestam apoio e afetividade, mas também exigem, exercendo autoridade e colocando limites de maneira adequada (BENCHAYA *et al*, 2011)

Deste modo, além das práticas parentais, a conduta dos pais deve ser considerada na problemática de uso de drogas dos filhos, pois, muitas vezes, o comportamento dos pais pode influenciar crianças e adolescentes. Porém, características pessoais dos filhos irão determinar o seu repertório comportamental. Assim, o uso de álcool pelos pais é um dos fatores de risco mais importantes para o comportamento de uso de substâncias psicoativas por parte dos filhos (ZANOTI-JERONYMO; CARVALHO, 2005).

Corroborando com esse pensamento, Bernardy e Oliveira (2010), ao analisaram o papel das relações familiares na iniciação do uso de drogas por jovens institucionalizados, identificaram que o uso de substâncias psicoativas, principalmente o álcool, por familiares, estava presente na maioria dos relatos.

Nessa perspectiva, o consumo de drogas pelos pais pode ser considerado um fator de risco para o comportamento de uso de substância psicoativa pelos filhos, pois o estudo de Sanchez e Nappo (2002) com usuários de *crack* detectou que grande parte dos entrevistados na pesquisa relatou envolvimento sério de um ou mais membros da família com, pelo menos, uma droga. Alguns relataram envolvimento familiar com mais de três drogas. A droga mais citada foi o álcool, seguido pelo cigarro. O pai foi o familiar mais citado como usuário de álcool e cigarro, de forma concomitante.

Nesse sentido, observa-se que a bebida alcoólica está muito presente no cotidiano das famílias, sendo consumida com a função de fazer parte de um momento especial em diferentes eventos familiares, como comemoração de casamento, aniversários e nascimento de filhos. Também se observa que oferecer uma bebida alcoólica a um convidado em sua casa significa bem receber alguém. Desse modo, percebe-se que o consumo de álcool está presente na sociedade em muitos momentos (ROEHRS; LENARDT, MAFTUM, 2007).

Ocorre também que muitas famílias não têm conhecimento adequado sobre o assunto. Brusamarello *et al* (2008) pontuam que os familiares ainda possuem poucas informações a respeito dos tipos de drogas e também não sabem como prevenir o uso. Ainda, muitos familiares consideram o uso de drogas como algo distante de sua família, feito apenas por conhecidos ou parentes distantes.

Assim, em decorrência de tantos conflitos relacionados ao uso do *crack*, geralmente, ocorre a perda do vínculo familiar, que é acompanhada de um sofrimento intenso, porém, os usuários, ao se conscientizarem do sofrimento de sua família, procuram tratamento. Afinal, quando os usuários percebem que poderão reconquistar seus laços de família, a motivação para um tratamento se torna mais evidente (ALMEIDA, 2010).

Dessa forma, é importante para o usuário buscar fortalecer os laços afetivos com a família, pois é fundamental que a rede social seja fortalecida, sendo os familiares os mais importantes integrantes da rede para o ente que usa droga. No estudo de Moura, Silva e Noto (2009), realizado com meninos de rua, os adolescentes relataram que a família é a rede social primária mais significativa, funcionando, o ambiente familiar, nesse caso, como um fator de proteção para uso de drogas.

Assim, fica evidenciada a importância da participação da família no tratamento relacionado ao uso de drogas. Schenker e Minayo (2003; 2004; 2005), Azevedo e Miranda (2010) Souza *et al.* (2006); Matos, Pinto e Jorge (2008) concordam que a família deve ser considerada em qualquer tratamento de recuperação de dependente químico. Os últimos autores, ao avaliarem a percepção de familiares que participavam de um grupo de orientação em CAPS, observaram que estes passaram a entender melhor a problemática relacionada ao abuso de drogas e adquiriram melhor habilidade para lidar com familiar dependente. O Grupo de Orientação tinha caráter educativo e informativo.

De acordo com as ideias acima, Jorge *at al.* (2008) pontuam que a instituição familiar é percebida pelos próprios familiares e pelos usuários de drogas como peça fundamental para a reabilitação psicossocial, pois, ao compreender a terapêutica, a família consente em colaborar com ela e está mais propensa a cuidar do ente com problemas com drogas, de forma adequada. Dessa forma, a família representa, predominantemente, afeto e apoio, pois, ao participar do tratamento junto ao usuário, fornece amor e incentivo à adesão ao tratamento, facilitando a reabilitação do usuário.

Assim, na inserção da família em tratamento relacionado ao uso de drogas, algumas questões devem ser exploradas, como os sentidos e significados atribuídos pela família em relação ao usuário em tratamento. Nessa linha, o trabalho com famílias deve ir além de informações sobre o problema em questão, pois exige que a equipe de saúde conheça a demanda e as necessidades da família, bem como suas representações sobre o uso de *crack*, buscando, assim, a integralidade do atendimento, a subjetividade do processo terapêutico e a dimensão psicossocial (JORGE; PINTO, 2010).

Diante da importância da família em diferentes tipos de terapêuticas, a inclusão da família no modelo de assistência psiquiátrica ocorreu com a reforma psiquiátrica. Tal movimento surgiu do desejo de mudar a situação de exclusão social e a precária assistência aos indivíduos com transtorno mental. Assim, o atendimento em saúde mental passou de um modelo hospitalocêntrico a outro que possibilita a reinserção social e a manutenção dos vínculos sociais e familiares (JORGE *et al.*, 2008)

Além da importância da participação da família no cuidado ao usuário de drogas, também é importante que os familiares estejam inseridos em processos de prevenção ao uso de drogas, que visem à promoção do bem-estar e da competência dos adolescentes para lidar com situações de risco, pois o envolvimento familiar e de grupos de amigos é de fundamental importância, por serem eles os principais meios sociais nos quais convivem os jovens (SILVA, *et al.*, 2006).

## **2.2 Estratégias de enfrentamento de familiares e usuários, e a busca por cuidados**

Os problemas decorrentes do consumo de *crack* pelo adolescente podem ser considerados eventos estressantes para os familiares e para os próprios usuários. Dessa forma, Borges, Luiz e Domingos (2009) consideram qualquer situação que gera um estado emocional e que provoca o rompimento do equilíbrio, como evento estressor. Os estressores podem ser internos (caracterizando-se pelo modo de ser das pessoas, como, por exemplo, ansiosa, ou por crenças irracionais) ou externos (acontecimentos que estão fora do corpo e da mente, como os problemas decorrentes da convivência com o usuário de *crack*).

Os autores acima também comentam que existem várias complicações relacionadas ao estresse. No entanto, tal termo não é uma doença a ser tratada, e sim um facilitador para o desenvolvimento de doenças, caso o organismo esteja predisposto, devido à queda de imunidade associada à vulnerabilidade genética e ambiental.

Dessa forma, o estresse pode ser considerado uma resposta complexa do organismo, envolvendo reações físicas, psicológicas, mentais e hormonais que ocorrem quando o indivíduo entra em contato com uma situação que ele interpreta

como desafiadora. Dentre as respostas emitidas pelo organismo, também estão inclusas as estratégias de enfrentamento, ou seja, as estratégias de *coping* (LIPP; MALAGRIS, 2011).

O conceito de *coping* compreende os esforços despendidos pelos indivíduos para lidar com situações estressantes, sejam elas, crônicas ou agudas, pode ser também definido como o conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos, para adaptarem-se a eventos adversos (ANTONIAZZI; DEL' AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Corroborando com os autores acima, Rodrigues e Chaves (2008) discutem que as estratégias de *coping* são utilizadas quando o sujeito lida com situações de estresse. No entanto, elas se diferenciam de pessoa para pessoa, pois estão relacionadas a recursos internos e externos de cada sujeito, como a saúde do indivíduo, suas crenças, responsabilidades, suporte com o qual pode contar, habilidades sociais e recursos materiais.

Rice (2007), fazendo referência a Folkman e Lazarus (1994), discute que os esforços para enfrentamento de situações difíceis não são sempre saudáveis e construtivos, pois muitas pessoas adotam estratégias que acarretam consequências negativas para elas. Assim, mesmo que seja positivo (enfrentar o estressor), as formas de enfrentamento podem trazer resultados negativos para o indivíduo. O autor considera que uma das formas de enfrentar situações é tentando mudar a relação eu-ambiente; tal tipo de enfrentamento é centrado no problema. Há também outra forma que busca diminuir o mal-estar e a dor emocional, chamada de afrontamento paliativo ou centrada na emoção. Tais estratégias não são independentes umas das outras, pois frequentemente as pessoas também têm que lidar com fortes emoções durante situações estressoras.

Assim, Rice (2007) sugere que o enfrentamento pode ser considerado em três aspectos de ordem superior: recursos de enfrentamento, estratégias de enfrentamento e estilos de enfrentamento. Os recursos de enfrentamento são as vantagens físicas, pessoais e sociais; exemplos: traços pessoais de autoeficácia e otimismo, apoio social e outros. As estratégias de enfrentamento referem-se às atuações e planos diretos utilizados para diminuir ou aliviar o estresse decorrente de situações difíceis, como, por exemplo, habilidade para solucionar problemas. Os

estilos de enfrentamento são as formas habituais ou estereotipadas de enfrentar uma crise, por exemplo, uma pessoa proativa é uma pessoa que age logo para evitar o estresse, e uma pessoa reativa preocupa-se pouco com os esforços preventivos e reage somente de forma instintiva, quando se dá o estresse.

Em relação à eficácia das estratégias de *coping* em situações estressantes, Antoniazzi; Del' Aglio e Bandeira (1998) comentam que tal avaliação deve ser considerada independente do resultado positivo ou negativo, pois deve ser contextualizada. O autor também alerta que avaliar a eficácia de estratégias de *coping* é algo extremamente subjetivo. Assim, não se pode considerar uma estratégia de um sujeito, em situações adversas, como boa ou má, adaptativa ou não adaptativa.

Quanto à habilidade para lidar com situações estressantes, Lipp (2005) comenta que os indivíduos mais hábeis no enfrentamento de eventos adversos são aqueles que têm envolvimento com algo que para eles é relevante, que são abertos a mudanças e que sentem que têm controle em sua vida.

Em relação aos recursos e possibilidades de enfrentamento ao uso de drogas, Ferreira (2003), em pesquisa que buscou investigar a questão do uso de drogas sob a perspectiva da redução de danos, através de grupos focais com adolescentes, encontrou que as próprias atitudes dos jovens seriam o principal fator implicado. Dessa forma, fatores ambientais e relacionais, como acesso à droga, pressão do grupo de amigos e presença e conflitos familiares, são colocados em segundo plano em relação à questão do enfrentamento da situação de uso de droga.

O autor acima também destaca que o uso abusivo de drogas, segundo os próprios adolescentes, foi altamente relacionado a características do tipo falta de caráter, "cabeça fraca", doença e burrice (expressões literais dos adolescentes).

A presença de conflitos familiares surgiu como um dos elementos que motivariam a experimentação, mas foi pouco referido que o tratamento do uso de drogas devesse passar pela modificação do sistema familiar, permanecendo a ênfase sobre a iniciativa e esforços pessoais para enfrentamento e tratamento.

O acesso fácil à substância e a pressão do grupo de amigos apareceram nos relatos. No entanto, houve pouca referência à possibilidade de mudança no ambiente e nas relações sociais no enfrentamento da experimentação e do uso abusivo.

Sobre as estratégias de enfrentamento do uso do *crack*, relacionadas ao controle da fissura, Chavez et al. (2011) relatam que ocupar-se com outras formas de sentir prazer, como atividade sexual e esporte ou em atividades cotidianas que podem levar a alguma satisfação, como trabalho, são estratégias para diminuir o pensamento fixo na droga. Também foram descritas estratégias para prevenir o desenvolvimento de fissura antes do surgimento dos primeiros sinais, como a esquiva de contextos do uso de *crack*. Outro método eficaz era dormir, o que, geralmente, era obtido através de medicamentos.

Muitas vezes, as famílias também encontram amparo na comunidade para o enfrentamento da situação precária, marcada por conflitos familiares decorrentes do abuso de drogas. Nesse sentido, as famílias encontram apoio, compreensão e acolhimento na própria comunidade em que vivem. É o que demonstra a pesquisa de Hermeto, Sampaio e Coelho (2010), pois ao pesquisar famílias de usuários de drogas na comunidade do Bom Jardim, em Fortaleza, Ceará, consideraram que ao se vincularem ao Movimento de Saúde Mental Comunitário do Bom Jardim (MSMCB), os familiares apresentaram melhora da autoestima, fortalecimento de novos vínculos e construção do sentimento de amparo social.

A religião ou espiritualidade também é um recurso ao qual os usuários de drogas recorrem frequentemente, em busca de apoio para enfrentamento do problema. Sanchez e Nappo (2008), ao analisar intervenções religiosas para recuperação da dependência de drogas, estudaram indivíduos em abstinência pertencentes a três grupos diferentes: evangélicos, espíritas e católicos. Os evangélicos foram os que mais utilizaram a religião como única forma de “tratamento”; quanto aos espíritas, além da religião, a maioria procurou tratamento convencional; e a maior parte dos católicos também apresentou a religião como único tratamento, no entanto demonstrou menos repulsa a um tratamento convencional do que os evangélicos. Porém, para os entrevistadores, o que manteve a abstinência foi mais do que a fé religiosa, pois também contribuíram bastante o

suporte, a pressão positiva, o acolhimento recebido no grupo e a oferta de reestruturação da vida, através do apoio condicional dos líderes religiosos.

Outra estratégia importante relacionada ao abuso de drogas é a busca por uma terapêutica na rede de apoio formal, Orth e Moré (2008) discutem que, geralmente, a família acredita que a busca por tratamento é uma estratégia importante, porém a maioria das famílias compartilha a ideia de que apenas o usuário precisa de tratamento. Assim, os recursos buscados pelas famílias para a solução do problema são, geralmente, a procura por um internamento em hospitais ou em comunidades terapêuticas.

Diante do exposto, percebe-se que muitas estratégias de enfrentamento utilizadas pela família e pelo adolescente, frente ao problema, estão relacionadas à procura de redes sociais de apoio, formais ou informais

Sousa, Kantorski e Mielke (2006) acreditam que o contexto de recuperação é favorecido por um conjunto de apoios contextuais, como a família, grupos e redes de amigos. Assim, os autores definem rede social como a soma de todas as relações que o indivíduo percebe como significativa, e destaca a importância de conhecer a rede de relações do indivíduo, já que está relacionada ao contexto de dependência da substância.

Assim, as redes sociais, como conjunto de intercâmbios ou vínculos entre o indivíduo e as pessoas realmente significativas para ele, englobam aqueles com quem há interação regularmente, envolvendo família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, pessoas que pertencem à mesma religião e outros. Essas redes proporcionam apoio emocional e estão sempre em interação com o sujeito.

Sobre o conceito de rede social, Sluzki (2006) explica que o termo compreende um conjunto de todas as interações que o sujeito percebe como significativas para ele e são construídas na convivência do sujeito.

As redes sociais de apoio informais surgiram a partir da incapacidade das políticas sociais implementadas pelo Estado brasileiro, de atenderem todas as demandas da população, deixando um grande contingente de excluídos. Dessa

forma, as pessoas pertencentes às classes populares buscaram estratégias capazes de atender a essa população excluída.

O apoio social é definido como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecido por grupos e/ou pessoas que se conhecem, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos, gerando efeitos positivos para quem recebe e para quem oferece apoio (SILVA, 2012, *online*).

Para Andrade e Vaitsman (2002), as associações voluntárias podem ajudar não somente usuários de drogas, mas também indivíduos que tenham outros problemas de saúde, pois proporcionam uma oportunidade para troca de conhecimentos e cooperação entre os participantes. Assim, os indivíduos que fazem parte dessas associações podem expressar-se e confrontar ideias, bem como organizar ações coletivas que possibilitam a aprendizagem e o exercício de valores e práticas democráticas.

Ainda segundo os autores acima, existem três tipos de associações: as sociais (religião, comunidade, jovens, esportes, mulheres, saúde e grupos de educação e informação), as políticas tradicionais (sindicatos, associações profissionais e partidos políticos) e as “novas organizações políticas” (meio ambiente, paz, direitos dos animais e grupos defensores de direitos coletivos e da cidadania).

Em relação à saúde, o autor afirma que a convivência entre as pessoas favorece comportamentos de monitoramento de saúde. Assim, essa atitude incentiva comportamentos como a adesão ao tratamento; além disso, as relações sociais também contribuem para dar sentido à vida (ANDRADE; VAITSMAN 2002).

Silva (2012, *online*) considera que as redes são, em geral, informais, temporárias e mutáveis, e os participantes contribuem para a sua ampliação e integração. As redes sociais também facilitam o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos, da autoestima, das habilidades para o diálogo, da relação com autoridades, da organização comunitária e da resolução de problemas.

Em relação aos indivíduos que frequentam o CAPS, as redes sociais de apoio favorecem os usuários desse serviço ao desenvolver um sentimento de “pertencer a

uma comunidade”, que foi perdido em decorrência de estigmas de “louco” ou “drogado” que esses sujeitos, geralmente, recebem da sociedade.

Além disso, a Reforma Psiquiátrica trouxe propostas de novos espaços de intervenção, os quais devem funcionar como rede de apoio, promover a saúde, proporcionar a criação de novos vínculos e viabilizar a intersecção com outras redes sociais na comunidade (SOUSA; KANTARSK; MIELKE, 2006).

As redes interpessoais de apoio, constituídas por profissionais, familiares e novos amigos, e o envolvimento como colaboradores na recuperação de outros usuários, são, de acordo com estudos de Rigotto e Gomes (2002), recursos relacionados à experiência de abstinência.

Portanto, as redes sociais têm impacto positivo no enfrentamento da situação do abuso de droga, pois atuam como um fator de proteção e caracterizam-se como um suporte social. (MURAMOTO; MÂNGIA, 2011).

Diante do exposto, percebe-se que familiares e usuários, para enfrentarem o problema, procuram tratamentos disponíveis. Deste modo, a preocupação sobre como e em que momento as pessoas procuram ajuda é importante, pois subsidiam a escolha de estratégias adequadas que garantem acesso aos usuários ao serviço, o estabelecimento do vínculo com a equipe e a manutenção do tratamento (CABRAL *et al.*, 2011).

O estudo sobre itinerários terapêuticos compreende as experiências vividas pelo sujeito no processo de enfermidade, bem como as várias possibilidades de caminhos e escolhas disponíveis. Assim, através deste estudo, pode-se perceber como as noções de saúde e de doença são compreendidas, expressadas e vividas pelos sujeitos, e como as pessoas e grupos sociais realizam escolhas e aderem ou não aos tratamentos. Tal compreensão é importante na orientação das novas práticas em saúde (MANGIA; MURATO, 2008).

Nesse contexto, Franco (2011) pontua que itinerário é o percurso que o usuário realiza numa rede de saúde que inclui serviços que não necessariamente estão inseridos num sistema de saúde, mas que estão ligados, de alguma forma, à rede, como as entidades comunitárias e de assistência social.

O esperado é que o “caminhar” do usuário, na rede, seja seguro e sem obstáculos, pois isso garantirá a qualidade da assistência. Assim, ao analisar a caminhada do usuário na linha de cuidado, deve-se verificar se este fluxo está centrado no campo de necessidades dos usuários e se está de acordo com o projeto terapêutico indicado, bem como a acessibilidade aos serviços, comodidade, segurança no atendimento, acompanhamento, tratamento, orientação e promoção, ou se ocorre a fragmentação ou interrupção da assistência (MALTA *et al.*, 2004).

Portanto, a construção de itinerários terapêuticos busca entender como os sujeitos identificam os problemas decorrentes dos transtornos mentais que levam a graves rupturas, procuram soluções para reorientarem sua vida e para estabilizarem o seu cotidiano. O olhar recai para experiências individuais que são construídas em interação com a sua rede social, como: familiares, amigos, vizinhos que acompanham e vivenciam os processos disruptivos, juntamente com o usuário dos serviços de saúde mental (MÂNGIA; YASUTAKI, 2008).

Cabral *et al.* (2008), corroborando com os autores acima, discutem que itinerários terapêuticos correspondem a todos os movimentos decorrentes de indivíduos ou grupos sociais, na preservação ou recuperação da saúde. Os autores ressaltam que para atingir o objetivo de recuperar a saúde, os sujeitos podem mobilizar vários recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até dispositivos como atenção primária, urgência e outros.

Apenas através da compreensão do itinerário terapêutico, pode-se entender o processo de escolha do tratamento pelo sujeito, pois este, ao ser considerado enfermo, procura e inicia uma série de práticas destinadas à solução terapêutica. Deste modo, através do itinerário terapêutico, os indivíduos podem ter experiências com os vários serviços integrantes da rede de apoio (ALVES, 1993).

O itinerário terapêutico é um processo que ocorre em etapas, iniciando a partir do momento em que o sujeito percebe que algo mudou. Em seguida, o indivíduo recorre a várias tentativas de cuidados e tratamentos que procuram resolver o problema, sempre acompanhadas de avaliações, das decisões e dos resultados.

É importante salientar que não há linearidade no itinerário terapêutico. Quanto aos recursos buscados, as pessoas, geralmente, não se restringem apenas a um

subsistema de cuidado à saúde, mas há predomínio dos serviços tradicionais de saúde, o profissional. (SILVA; MEIRELLES, 2004).

Portanto, a partir do aparecimento de algum sintoma, seja físico ou psíquico e de seu reconhecimento como um problema de saúde, o indivíduo se depara com uma complexa rede de escolhas possíveis, em termos de cuidados de saúde, e assim o indivíduo buscará percorrer caminhos na tentativa de solucionar seus problemas.

As decisões sobre quais caminhos seguir envolvem o processo de avaliação, de escolha e aderência a determinadas formas de tratamento (GERHARDT, 2006).

Assim, para o campo da saúde mental, as redes sociais possuem grande importância em relação ao itinerário terapêutico, pois são espaços complexos de interações que oferecem apoio em momentos difíceis. Também se configuram como suportes significativos para reprodução da vida social, pois proporcionam aos usuários trocas materiais e afetivas, bem como o compartilhamento de problemas e de informações (MÂNGIA, MURAMOTO, 2007).

As práticas populares também são importantes, pois contemplam a maioria dos saberes e intervenções que são utilizados no cotidiano. Além disso, é desse setor que provêm os primeiros cuidados e tentativas de solução para o problema de saúde em questão, bem como as concepções de tratamento que impulsionarão o sujeito à procura de uma terapêutica (ALVES, 1993).

É importante pontuar que a compreensão do termo itinerário terapêutico contribui para o conhecimento sobre o comportamento do sujeito em relação ao cuidado. No entanto, a análise do itinerário terapêutico não pode limitar-se à identificação da disponibilidade dos serviços, aos seus modelos explicativos e à utilização que as pessoas fazem desse serviço, pois tais elementos são insuficientes para entender o processo de busca por cuidados; há que se considerar também as relações sociais que permeiam esse processo, bem como os aspectos subjetivos (GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012).

Dessa forma, considerando-se o contexto social brasileiro, deve-se admitir que há uma relação bastante relevante entre itinerários terapêuticos e pobreza no campo

da Saúde Coletiva, pois o Brasil é um país marcado pela desigualdade social e diversidade cultural que se reflete na busca do cuidado.

Por isso, ao estudar itinerário terapêutico, é fundamental o conhecimento da realidade dos usuários dos serviços de saúde e também devem ser consideradas as questões subjetivas, pois a capacidade de mobilizar recursos e estratégias para a busca de cuidados com a saúde está relacionada à história de vida dos indivíduos e suas famílias, dinâmica e personalidade individual (GERHARDT, 2006).

Sobre itinerários terapêuticos de usuários de drogas, Marques (2010), procurando identificar o itinerário terapêutico de usuários de álcool, apontou que as primeiras experiências de busca por ajuda acontecem através de conselhos provenientes das famílias e de “colegas de bar”. No entanto, os usuários de álcool não acreditam que estes conselhos são eficazes e procuram por um lugar especializado, recorrendo à internação e a grupos de mútua ajuda. Também foram descritas passagens por serviços de saúde, em decorrência de algum comprometimento clínico ocasionado pelo abuso do álcool (MARQUES, 2010).

Assim, é necessário que os familiares busquem formas de enfrentamento do problema, já que a família deve implicar-se na terapêutica em questão e nos cuidados relativos ao adolescente usuário de *crack*.

Jorge *et al.* (2011) acreditam que a responsabilização pelo usuário do serviço de saúde mental deve ser mútua, ou seja, deve haver uma corresponsabilização entre terapeuta, usuário, serviço e família, para minimizar os efeitos negativos do problema e somar recursos para potencializar a capacidade dos usuários, relativa às estratégias de enfrentamento do problema do uso de *crack*.

Sobre as estratégias de enfrentamento que os familiares buscam para os usuários, Sena *et al.* (2011) destacam que, muitas vezes, a família demonstra necessidade em acolher e ajudar o membro que abusa de drogas. Para o autor, tal situação ocorre porque uma das essências do homem é o cuidar.

Nesse contexto, o cuidado representa mais que um ato, é uma atitude, pois não significa apenas um momento de atenção e de zelo dedicado a outrem. As ações de cuidado para esses familiares são vistas com uma ocupação,

preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. Assim, a pessoa que cuida participa ativamente da vida do usuário, e sente-se responsável por ele.

Sob a ótica do senso comum, o cuidado está relacionado aos recursos e medidas terapêuticas e também aos procedimentos aplicados. Dessa forma o cuidado fica restrito apenas aos procedimentos técnicos que objetivam o bom êxito de um tratamento (AYRES, 2004a).

Porém, Ayres (2004b), conceituando cuidado como um constructo filosófico, destaca o termo como uma categoria que busca definir concomitantemente uma compreensão filosófica e uma atitude prática relacionadas às ações de saúde que requerem uma ação terapêutica e que envolvem dois ou mais sujeitos, objetivando o alívio de um sofrimento ou obtenção de bem-estar, mediado por saberes relacionados a tal meta.

Considerando existencialmente o cuidar, Oliveira (1997) pontua que este é um processo dinâmico de movimentos de cuidados e cuidantes que estão juntos no ambiente de cuidar. Assim, a estrutura existencial do processo de cuidar compreende as relações ambientais: organização e gestão do ambiente de cuidar; tecnológicas: procedimentos técnicos como os de enfermagem e pessoais como a relação cuidado-cuidante, cuidado-família-cuidante; o modelo de ser aí cuidado-cuidante. Dessa forma, os constituintes estruturantes são necessários para que ocorra o encontro entre cuidado e cuidante no mundo do cuidar.

Destarte, Merhy (200) considera que o cuidado vai além dos procedimentos técnicos e abrange as tecnologias duras: relacionadas a equipamentos e instrumentos tecnológicos, são os instrumentos materiais; as tecnologias leve-duras: compreendem saberes estruturados, como a clínica, a epidemiologia e as tecnologias leves, que estão implicadas com a produção das relações entre os sujeitos.

Logo, o termo cuidado considera o sentido existencial da experiência do processo de adoecimento, ou seja, além de contemplar o aspecto orgânico, abrange o mental, compreendendo assim a integralidade de uma experiência relacionada à saúde (AYRES, 2004a).

O autor destaca também que o cuidado não é um processo que coloca o usuário numa situação passiva; pelo contrário, o cuidar deve favorecer a autonomia do usuário, contribuindo para que este se torne sujeito de sua própria vida, desenvolvendo assim o autocuidado (AYRES, 2004a).

Anéas e Ayres (2011) ressaltam que não se pode considerar apenas a tecnologia como forma de cuidado; tampouco não se pode focar nas relações existentes entre os sujeitos, como maneira única de cuidar.

Dessa forma, há que se considerar os dois polos envolvidos no processo de cuidar, pois além dos recursos e saberes tecnológicos é preciso considerar a complexa ontologia construída por Heidegger que busca, através do ser, entender a existência.

Portanto, para cuidar não é necessário que se detenha o conhecimento científico, assim um leigo pode realizar tal prática, pois as ações de cuidado implicam, além do conhecimento científico, empatia, escuta, paciência, zelo e contribuição na construção da autonomia (CARVALHO; MERIGHI, 2005).

### **2.3 Políticas públicas e uso de drogas por adolescentes**

Em relação às políticas públicas destinadas aos adolescentes, as primeiras ações e programas específicos surgiram na década de 1980, com a criação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), no qual os trabalhos envolvidos eram direcionados à prevenção de DST/AIDS, drogadição, acidentes de trânsito e gravidez precoce.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) surgiu na década de 1990, e se apresentou como marco principal de novas políticas públicas destinadas ao adolescente (RAUPP; COSTA, 2006).

O ECA, Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990, dispõe sobre a proteção integral da criança e do adolescente, considerando adolescente a pessoa que tem entre doze a dezoito anos de idade. O estatuto estabelece os direitos fundamentais (direito à vida e à saúde; à liberdade, respeito e dignidade; à convivência familiar e comunitária; à educação, cultura, esporte e lazer; à profissionalização e proteção no

trabalho), define as políticas de atendimento relacionadas à proteção integral e medidas socioeducativas, bem como as atribuições do Conselho Tutelar (órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, formado por representantes da sociedade e encarregado de zelar pelos direitos da criança e do adolescente), (BRASIL, 2003).

O ECA também dispõe sobre a importância da família, considerada como central para a criança e o adolescente pelo estatuto, pois ela possui o dever de garantir os direitos de suas crianças e adolescentes, sendo ela mesma também portadora de direitos para reunir condições de educar os seus filhos. Dessa forma, as políticas públicas devem criar estratégias para dispor de recursos necessários para diminuir as vulnerabilidades de risco social e pessoal. Desse modo, as famílias em situação de vulnerabilidade são as principais destinatárias das políticas públicas sociais de proteção à criança e ao adolescente (MOREIRA; BEDRAN; CARELLOS, 2011).

No entanto, os autores acima ressaltam que as políticas públicas devem oferecer condições para autonomia da família em cuidar dos seus filhos com suas próprias potencialidades, e não devem realizar uma intervenção de forma autoritária, provendo apenas um assistencialismo que protege, pois devem promover também a responsabilização das famílias.

Nesse sentido, a família possui um papel importante, pois o Estado ao assegurar assistência as famílias, também garante proteção aos direitos individuais e sociais de crianças e adolescentes, pois há uma estreita relação entre proteção das famílias e proteção integral à infância e adolescência (MIOTO, 2010)

No entanto, não há, propriamente, uma política de família em muitos países, inclusive no Brasil, caso entenda-se política como um conjunto de ações deliberadas, coerentes e confiáveis, assumidas como capazes de assegurar a cidadania, para produzir impactos positivos sobre os recursos e a estrutura das famílias (PEREIRA-PEREIRA, 2010)

Mas, muitos países preveem, de uma forma ou de outra, medidas de apoio familiar como: aconselhamentos e auxílios, incluindo novas modalidades de ajuda material aos pais bem como a ampliação de visitas domiciliares por agentes oficiais; programas de redução de pobreza infantil; políticas de valorização da vida

doméstica; tentativas de redução dos riscos de desagregação familiar por meio de campanhas publicitárias. Alguns países dão suporte material às famílias monoparentais, outros incentivam a mãe a retomar o papel tradicional de “dona-de-casa” (PEREIRA-PEREIRA, 2010)

Em relação ao contexto brasileiro, caracterizada pela privação de direitos, a família deve garantir condições para a sobrevivência dos indivíduos. Desse modo, a família vista como central para garantia da vida dos indivíduos justifica-se pela despolíticação das questões que deveriam assegurar o bem estar de crianças e adolescentes, nesse sentido a garantia dos direitos dos indivíduos está mais relacionada ao âmbito privado do que ao público (ALENCAR, 2010)

Em relação ao ECA, Raupp e Costa (2006) comentam que, apesar de alguns avanços relacionados à atenção ao adolescente, a partir do surgimento do ECA, na prática, o que acontece nos programas de proteção voltados aos adolescentes é bem diferente do que é preconizado pelo estatuto, no que diz respeito a “Doutrina da Proteção Integral”, pois há escassez de lugares especializados e de profissionais capacitados para atender às necessidades singulares dos adolescentes. O que se observam são encaminhamentos de adolescentes usuários de drogas para internações em locais planejados para adultos, desrespeitando as diretrizes do ECA

Em relação aos programas sociais para jovens, que também contemplam os adolescentes, Andrade e Silva (2009) os dividem em sete eixos: o eixo 1 corresponde à escolaridade, profissionalização e cidadania. Nesse eixo estão o Projovem adolescente<sup>1</sup>, trabalhador<sup>2</sup> e do campo<sup>3</sup>; também estão o Programa

---

<sup>1</sup> O Projovem Adolescente) tem por foco o fortalecimento da convivência familiar e comunitária, o retorno dos adolescentes à escola e sua permanência no sistema de ensino. Isso é feito por meio do desenvolvimento de atividades que estimulem a convivência social, a participação cidadã e uma formação geral para o mundo do trabalho.

<sup>2</sup> O projovem Trabalhador tem como objetivo ampliar o atendimento aos jovens excluídos da escola e da formação profissional, possibilitando sua reintegração ao processo educacional, bem como a inserção na atividade produtiva, através da qualificação socioprofissional, gerando emprego e renda aos mesmos ao final das qualificações.

<sup>3</sup> O ProJovem Campo - Saberes da Terra oferece qualificação profissional e escolarização aos jovens agricultores familiares de 18 a 29 anos que não concluíram o ensino fundamental. O programa visa ampliar o acesso e a qualidade da educação a essa parcela da população historicamente excluída do processo educacional, respeitando as características, necessidades e pluralidade de gênero, étnico-racial, cultural, geracional, política, econômica, territorial e produtiva dos povos do campo.

Soldado Cidadão<sup>4</sup>, Jovem Aprendiz<sup>5</sup> e o Programa Nacional de Integração da Educação de Jovens e Adultos (PROEJA)<sup>6</sup>. O eixo 2 está relacionado aos programas de educação, ensino médio e superior: Programa Universidade para todos (PRÓ-UNI)<sup>7</sup> e Projeto RONDON<sup>8</sup>. O eixo 3 contém os programas de financiamento e crédito rural: Programa Nossa Primeira Terra<sup>9</sup> e Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF – Jovem)<sup>10</sup>. No eixo 4 estão os programas de esporte e lazer: Programa Segundo Tempo<sup>11</sup>, Bolsa Atleta<sup>12</sup>, Escola Aberta<sup>13</sup>, Pontos de Cultura<sup>14</sup>. No eixo 5 estão programas relacionados ao meio

---

<sup>4</sup> O Projeto Soldado-Cidadão tem por finalidade fornecer uma qualificação profissional aos militares das Forças Armadas, permitindo aos que serão licenciados, por término do tempo de Serviço Militar, enfrentarem o mercado de trabalho em melhores condições.

<sup>5</sup> O Programa Jovem Aprendiz foi desenvolvido para os jovens que desejam ou precisam trabalhar e terminar os estudos, pois o horário do trabalho será de acordo com o horário da escola. Portanto, não fique de fora deste grande programa que o governo promoveu para você jovem aprendiz.

<sup>6</sup> O Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação Básica na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos (PROEJA) tem como perspectiva a proposta de integração da educação profissional à educação básica buscando a superação da dualidade trabalho manual e intelectual, assumindo o trabalho na sua perspectiva criadora e não alienante. Isto impõe a construção de respostas para diversos desafios, tais como o da formação do profissional, da organização curricular integrada, da utilização de metodologias e mecanismos de assistência que favoreçam a permanência e a aprendizagem do estudante, da falta de infraestrutura para oferta dos cursos, dentre outros.

<sup>7</sup> O Programa Universidade Para Todos (PROUNI) tem como objetivo distribuir bolsas de estudo para estudantes brasileiros que desejam estudar em instituições privadas de ensino superior e também para quem esta realizando cursos de graduação e sequenciais de formação específica.

<sup>8</sup> O Projeto Rondon, coordenado pelo Ministério da Defesa, é um projeto de integração social que envolve a participação voluntária de estudantes universitários na busca de soluções que contribuam para o desenvolvimento sustentável de comunidades carentes e ampliem o bem-estar da população.

<sup>9</sup> Nossa Primeira Terra é uma linha de financiamento do Programa Nacional de Crédito Fundiário, voltada para jovens rurais e destinada à aquisição de imóveis e investimentos em infraestrutura básica.

<sup>10</sup> O Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF) é um programa do Governo Federal criado em 1995, com o intuito de atender de forma diferenciada os mini e pequenos produtores rurais que desenvolvem suas atividades mediante emprego direto de sua força de trabalho e de sua família.

<sup>11</sup> O Segundo Tempo como Programa Estratégico do Governo Federal tem por democratizar o acesso à prática e à cultura do Esporte de forma a promover o desenvolvimento integral de crianças, adolescentes e jovens, como fator de formação da cidadania e melhoria da qualidade de vida, prioritariamente em áreas de vulnerabilidade social.

<sup>12</sup> O Programa Bolsa Atleta, do Ministério do Esporte, visa investir prioritariamente nos esportes olímpicos e paraolímpicos, para formar, manter e renovar periodicamente gerações de atletas com potencial para representar o País nos Jogos Olímpicos e Paraolímpicos.

<sup>13</sup> O Programa Escola Aberta incentiva e apóia a abertura, nos finais de semana, de unidades escolares públicas localizadas em territórios de vulnerabilidade social. A estratégia potencializa a parceria entre escola e comunidade ao ocupar criativamente o espaço escolar aos sábados e/ou domingos com atividades educativas, culturais, esportivas, de formação inicial para o trabalho e geração de renda oferecidas aos estudantes e à população do entorno.

<sup>14</sup> Os Pontos de Cultura surgiram como estímulo às iniciativas culturais já existentes na sociedade civil. São definidos como iniciativas culturais desenvolvidas pela sociedade civil, potencializadas pelo

ambiente: Programa Juventude e Meio Ambiente<sup>15</sup>. No eixo 6, estão os programas de saúde: Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas<sup>16</sup>, Programa Saúde na Escola<sup>17</sup>. O eixo 7 contempla programas ligados à Segurança Pública: Programa Nacional de Segurança Pública e Cidadania<sup>18</sup>, Programa de Redução da Violência Letal Contra Adolescentes e Jovens.<sup>19</sup>

Os programas destinados a adolescentes, nos anos de 1990, tiveram como foco a prevenção ou o tratamento de algum tipo de risco ao qual estariam expostos os adolescentes, pelo simples fato de serem adolescentes, evidenciando uma visão da adolescência como uma fase de riscos, pois as ações se articulam em torno da

---

Governo Federal, através do Programa Mais Cultura, em conjunto com o Governo Estadual, em algumas situações contam também com a parceria dos municípios.

15 O Programa Juventude e Meio Ambiente tem como geral: contribuir para fortalecer pessoas, organizações e movimentos de juventude do país com foco na educação ambiental e juventude, com especial atuação junto aos Coletivos Jovens. E como específicos: incentivar e aprofundar o debate socioambiental com foco em políticas públicas, deflagrando um processo de formação de jovens e de fortalecimento dos seus espaços de atuação; ampliar a formação de jovens lideranças ambientalistas; contribuir para o fortalecimento e expansão dos Coletivos Jovens de Meio Ambiente nos Estados e da Rede da Juventude pelo Meio Ambiente e Sustentabilidade (REJUMA).

16 O Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) é uma das ações do Programa Saúde na Escola (PSE), que tem a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. A proposta do projeto é realizar ações de promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, articulando os setores de saúde e de educação. Com isso, espera-se contribuir para a redução da infecção pelo HIV/DST e dos índices de evasão escolar causada pela gravidez na adolescência (ou juvenil), na população de 10 a 24 anos. Esse projeto, alicerçado em uma demanda da população, foi implantado nos 26 estados do Brasil, no Distrito Federal e em aproximadamente 600 municípios.

17 O Programa Saúde na Escola (PSE) visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Como consolidar essa atitude dentro das escolas? Essa é a questão que nos guiou para elaboração da metodologia das Agendas de Educação e Saúde, a serem executadas como projetos didáticos nas Escolas. O PSE tem como contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

18 Desenvolvido pelo Ministério da Justiça (MJ), o Programa Nacional de Segurança Pública e Cidadania (Pronasci) realiza diversas ações na área da segurança com cidadania. Dentre as ações realizadas pelo programa, a atenção à faixa etária entre 15 e 24 anos é priorizada. Esse segmento da população é o mais vulnerável à violência. Dessa forma, o programa funciona mantendo diversos projetos para jovens em situação de risco ou que se encontram ou já estiveram em conflito com a lei. O Pronasci executa projetos próprios do Ministério da Justiça e em parceria com outros Ministérios.

19 O Programa de Redução da Violência Letal (PRVL) visa à promoção de ações de sensibilização, articulação política e produção de mecanismos de monitoramento, no intuito de assegurar que as mortes violentas de adolescentes dos grandes centros urbanos brasileiros sejam tratadas como prioridade na agenda pública. Seu objetivo é contribuir para a difusão de estratégias pautadas na valorização da vida de adolescentes brasileiros, grupo etário que hoje é extremamente vulnerável à letalidade por homicídios em todo o país.

prevenção ou tratamento dos riscos considerados inerentes à fase da adolescência. (RAUPP; SAPIRO, 2005).

Em relação às políticas que regulamentam a área de tratamento relacionado às drogas, destinado a adolescentes, os autores acima comentam que estas fazem apenas uma alusão de que o adolescente deve se adequar ao tratamento realizado preferencialmente em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad).

Os autores, ao estudarem as políticas públicas destinadas aos adolescentes, não encontraram diretrizes oficiais específicas sobre como deve ser o atendimento ao adolescente, nem sobre qual diferenciação deve haver nos CAPS que recebem adolescentes, já que o público alvo da instituição abrange indivíduos de 12 a 80 anos (RAUPP; SAPIRO, 2005).

Há também a internação compulsória, realizada a partir de uma ordem judicial, em consequência do cometimento de ato infracional. Tal fato pode funcionar como punição ao adolescente, mas também como forma de acesso aos serviços de saúde. Porém, o que se observa é uma política de apagar incêndios, pois a internação psiquiátrica por ordem judicial é para adolescentes que já estão em conflito com a lei. Dessa forma, ocorre que a maioria desses jovens volta a reincidir em atos infracionais e no uso de drogas (SCISLESKI; MARASCHIN, 2008).

É importante considerar que muitos fatores de risco não estão relacionados apenas aos adolescentes. Assim, medidas que visam à redução do alcoolismo e do tabagismo também contemplam o público adolescente, apesar de não serem exclusivas para este público.

Em relação ao consumo de álcool, há restrições de propagandas de bebidas alcoólicas e a proibição de vendas em estabelecimentos próximos a rodovias federais. Além disso, dirigir sob influência do álcool passou a ser infração gravíssima, sancionada com multa, suspensão do direito de dirigir por doze meses e retenção do veículo para o condutor que tenha ingerido bebida alcoólica. (NONTICURE, 2010).

Em relação à percepção que os familiares têm sobre políticas públicas relacionadas às drogas, Ventura *et al* (2009), em sua pesquisa, analisaram que a maioria dos entrevistados acredita que as leis e políticas sobre drogas não atingem o objetivo para o qual foram criadas, pois não diminuem o acesso às drogas e aos crimes em consequência do seu uso, bem como não asseguram a reabilitação e reintegração social do usuário.

Ademais, não garantem, sobretudo, a segurança pública, não resultando em benefícios completos para a sociedade. Os familiares também não acreditam que o sistema criminal, a polícia e o governo respeitam os direitos humanos dos usuários de drogas.

Sobre os tratamentos baseados na redução de danos, os quais compreendem os CAPSad, Alves (2009) discute que a terapêutica é considerada de “baixa exigência” por não exigir dos usuários a abstinência como um requisito obrigatório, o que não significa que tal tratamento se oponha à abstinência como resultado ideal. O foco da estratégia é minimizar os danos sociais e à saúde, relacionados ao consumo de drogas.

O princípio geral da redução de danos é respeitar a autonomia do usuário e desenvolver um relacionamento de colaboração mútua com ele. As ações baseadas na redução de danos incluem um espectro de intervenções que vão desde exposições de vídeo, feiras de saúde e educação sobre drogas, até programas de troca de seringas e uso de drogas, assistido por médicos e psicoterapeutas.

Nessa perspectiva, o usuário é assistido, de acordo com o uso que apresenta, para que sejam minimizados os danos associados ao uso de drogas e as consequências morais e sociais. Dessa forma, a redução de danos surge como uma alternativa para os que não desejam, pelos menos inicialmente, a abstinência, mas minimizar o uso da droga e reduzir os riscos relacionados a tal prática (FERREIRA. 2003).

Nessa perspectiva, a redução de danos se opõe aos modelos e práticas educativas pautadas que adotam o medo e o amedrontamento ou princípios morais como estratégia de combate ao uso de drogas, que associam o uso de substâncias

psicoativas à marginalidade e que acabam dificultando um diálogo entre os próprios jovens e entre estes e os adultos.

Assim sendo, a redução de danos toma como base a realidade e a emancipação dos sujeitos, somando estratégias como a disseminação do conhecimento científico e de um estilo de vida saudável. Essa abordagem considera as experiências e vivências dos sujeitos, bem como suas condutas e códigos de comunicação, motivando a capacidade de compreender, decidir e abordar a questão, fortalecendo a reflexão e autonomia individual, pressupondo que o tema droga já faz parte do universo adolescente, se não em uso, mas como parte do círculo social em que vive (FEFFERMANN; FIGUEIREDO, 2006).

Em relação aos tratamentos relacionados ao uso de drogas, o Sistema Único de Saúde (SUS) possui a responsabilidade de garantir atenção especializada aos usuários de álcool e outras drogas. Assim, as diretrizes da política setorial de saúde preveem a construção de uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, através da implementação da Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), que tem como uma de suas funções promover o ordenamento de rede em seu território de atuação, promovendo a articulação necessária entre os mais variados serviços da comunidade para a integralidade da atenção (BRASIL, 2010).

O conjunto das ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo poder público, constitui o Sistema Único de Saúde, que tem seus fundamentos legais estabelecidos na Constituição Federal de 1988.

Tal sistema tem como princípios doutrinários, a universalidade (que assegura a todos os cidadãos, sem discriminação, os serviços de saúde), a equidade (que assegura prioridade aos serviços de saúde para aqueles que estão em maior risco social) e a integralidade (que considera as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam indivíduos e coletividades, e visa à garantia da promoção da proteção e a cura), (CAMPOS, 2006).

Nesse sentido, a atenção básica também deve desempenhar um importante papel de porta de entrada do usuário de *crack* no SUS, devendo estar disponível para realizar o acolhimento.

Logo, a atenção básica deve realizar ofertas de cuidado ao usuário, identificar aquele com histórico de ruptura dos laços sociais e articular-se aos CAPS do município para o desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais. Deve também desempenhar o mapeamento e a identificação de usuários disfuncionais e, em articulação com as equipes do CAPS, propor abordagens para estes usuários, como ações de redução de danos ou ofertas de tratamento. (BRASIL, 2010).

Em articulação com o NASF, a atenção básica pode realizar as seguintes atividades: consultas, ações de Promoção de Saúde, ações de educação em saúde junto ao Programa de Saúde na Escola (PSE), oficinas, ações de redução de danos, oferta de cuidados básicos em saúde, mobilização de rede social de cuidado (CRAS, CREAS) e oferta de inserção na rede de atenção (BRASIL, 2010).

Porém, poucos são os usuários que se beneficiam desses serviços, pois, segundo o estudo realizado com profissionais de um PSF da cidade de Araçatuba-SP, por Barros e Pillon (2007), 61% dos entrevistados perceberam que os problemas relacionados ao uso de drogas estão presentes entre os agravos frequentes no PSF e 89 % consideraram muito importante assistir esses pacientes, porém 69,2% perceberam dificuldades consideráveis, 64% consideraram que têm pouco ajudado a esses pacientes e 69% acharam que os usuários pouco se beneficiam da assistência oferecida no programa.

Já o CAPSad, como principal estratégia da rede de cuidados de indivíduos usuários de *crack*, deve estar articulado para as seguintes ações, no cuidado de usuários de drogas: realizar acolhimento universal e incondicional a usuários de *crack*, implicando o acolhimento de crianças e adolescentes em uso de substâncias; tratar as abstinências leves de *crack* em nível ambulatorial, pois abstinências graves e com agravos físicos devem ser tratadas em leitos de hospital geral ou encaminhadas às unidades de pronto-atendimento; realizar desintoxicação ambulatorial de quadros leves e sem agravos clínicos; realizar ações de matriciamento nos outros componentes da rede, que desenvolvam atenção a usuários de *crack*; dar atenção regular a usuários em crise e fora de crise; constituir espaço de convivência de usuários e desenvolver atividades de redução de danos, oferecendo suporte às famílias dos usuários (BRASIL, 2010).

Quando necessário, também existem internações em hospitais gerais, pois ao acessar as equipes de saúde e saúde mental, o usuário necessita passar por avaliação clínica das condições físicas e mentais, para a definição das intervenções terapêuticas que devem ser desenvolvidas.

Dessa forma, é importante que as equipes de saúde façam uma avaliação de risco, para definir se há necessidade ou não de internação, que deverá ser de curta duração, em hospital geral da rede pública, com vistas à desintoxicação, associada aos cuidados emergenciais das complicações orgânicas e/ou à presença de algum tipo de comorbidade desenvolvida pelo uso (BRASIL, 2011).

Os leitos de atenção integral em hospitais gerais devem realizar as funções de hospitalidade e acolhimento, atendimento às pessoas com sofrimento psíquico, incluindo usuários de drogas, bem como realizar articulação com a rede integral de cuidados, composta pelas ações e equipamentos da rede de atenção à saúde mental, pela rede de ações e de equipamentos da saúde, assim como por recursos intersetoriais (BRASIL, 2010).

Assim, avalia-se que, além de não existirem políticas públicas relacionadas ao uso de drogas específicas para adolescentes, ainda existem outras barreiras que impedem que o usuário de drogas sinta-se à vontade ao procurar um tratamento. Muitas das dificuldades estão relacionadas aos próprios usuários, que adiam a procura por tratamento ou não pensam na possibilidade de se tratar. Muitos consideram que o problema não é grave o suficiente para merecer tratamento; outros acreditam que o tratamento não é relevante para promover mudanças de vida.

O medo do estigma também parece dificultar a procura por tratamento. Tais barreiras são consideradas subjetivas, porém existem também as barreiras externas ao indivíduo, que decorrem da precariedade do sistema de saúde ou das características dos programas de tratamento oferecidos (FONTANELLA; TURATO, 2002).

Além das barreiras existentes ao acesso, também é importante, para o cuidado em saúde, a forma como o usuário de drogas é atendido pelos profissionais. Sobre esse assunto, Sckenker e Minayo (2003) discutem que nos serviços de

saúde, frequentemente. os profissionais acreditam que o abuso de droga é uma patologia, associando adicção com doença, enfatizando mais a substância psicoativa do que a relação que o sujeito estabelece com a droga em contextos múltiplos de relações: família, amigos, comunidade, retirando toda a autonomia do usuário de drogas em relação ao seu tratamento.

Também há vários problemas relacionados aos profissionais de saúde, que podem dificultar o atendimento, pois, de acordo com Gorgulho (2004), com frequência a equipe de saúde, por não estar preparada para lidar com a problemática das drogas, demonstra condutas moralistas e não assistenciais, que almejam como final a abstinência.

Dessa forma, os tratamentos para o uso abusivo de drogas ainda estão bastante relacionados à moralidade, visto que acontecem em espaços como hospitais psiquiátricos, além de igrejas e cadeias, locais para onde os usuários são frequentemente referendados.

Geralmente, nesses lugares desempenha-se controle, moraliza-se o seu comportamento, excluem-se as subjetividades e imprime-se uma identidade de um sujeito marginal ou doente, o que permite que recaia sobre esses sujeitos a culpa por inúmeras situações de violência (SAMPAIO; FREITAS, 2011, online).

Nesse contexto, observam-se as dificuldades de um tratamento relacionado às drogas, porém quando a compulsão pelo *crack* ocorre na adolescência, os problemas são ainda maiores, pois, nessa faixa etária, há maiores taxas de abandono, porque o processo é relativamente longo, alternando momentos de melhora e de piora, e não garante certezas sobre a efetividade dos diferentes tipos de tratamento (ALMEIDA; FONTES JUNIOR, 2010).

Fatores relacionados ao tratamento, como equipe multiprofissional adequada ao atendimento de adolescentes, que possibilite o vínculo e o acolhimento de usuários e de sua família, e que favoreça o envolvimento de familiares nas atividades propostas, podem facilitar a adesão do adolescente ao tratamento. Também é importante que as atividades voltadas aos adolescentes sejam interessantes e motivadoras, bem como sejam direcionadas exclusivamente ao público adolescente.

Além disso, a localização do serviço também é significativa, devendo ser de fácil acesso, e ainda deve ser levada em conta a disponibilidade de horários de acolhimento, que deveria ser realizado naqueles horários que os adolescentes mais necessitam (noites e finais de semana), (VASTERS; PILLON, 2011).

A família também deve ser levada em consideração em intervenções relacionadas ao uso de drogas por adolescentes, pois nessa faixa-etária ainda existe uma grande dependência entre o adolescente e o grupo familiar. Dessa forma, é importante que a abordagem aos problemas dos adolescentes seja feita a partir da família, pois questões como identidade e separação, em relação aos pais, ainda são confusas (COSTA *et al.*, 2007).

## **3 EIXO METODOLÓGICO**

### **3.1 Natureza e tipo de estudo**

O estudo teve abordagem qualitativa, com aproximação socioantropológica. Para Minayo (2008), a metodologia é o principal recurso no campo das teorias sociais. Ela se comporta como o caminho de abordagem da realidade. Constitui-se como ferramenta indispensável para a construção do conhecimento no campo das ciências sociais. O objeto dessa ciência é qualitativo, dada a conformação histórica e a inexistência de neutralidade entre sujeito e objeto que se quer apreender, ou seja, é um processo dialético.

O estudo buscou ainda entender o fenômeno social (analisar) e suas relações no campo da saúde mental coletiva, tendo como finalidade a compreensão do conhecimento, buscando o sentido e o significado do fenômeno estudado (MINAYO, 2008).

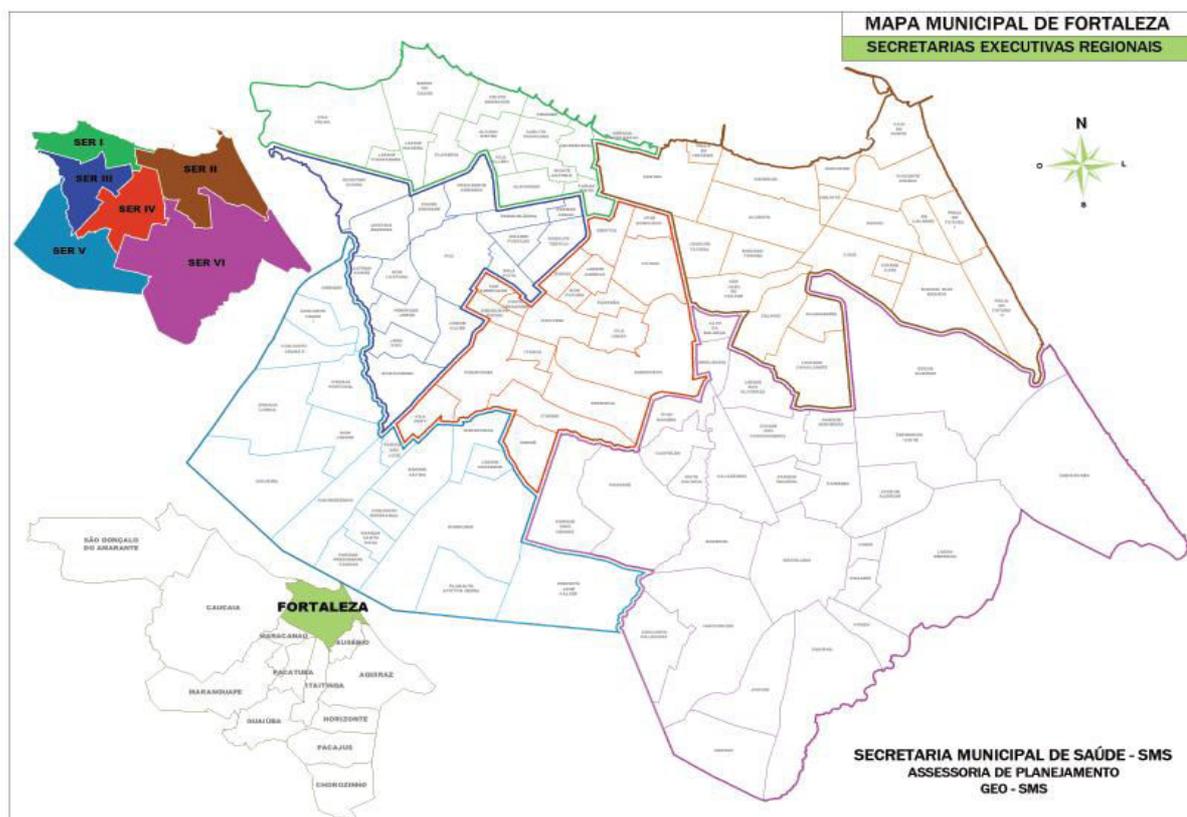
### **3.2 Cenário da pesquisa**

O estudo foi conduzido nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSad) localizados no município de Fortaleza. Dessa forma, serão descritos alguns aspectos que caracterizam a capital do Estado do Ceará.

Classificada como a quinta maior cidade do país, possui área de 313,8 Km<sup>2</sup> e população, estimada pelo IBGE, de 2.374.944 habitantes em 2005. Encontra-se habilitada na Gestão Plena do Sistema Municipal, ainda em conformidade com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), o que atribui à Secretaria Municipal de Saúde a responsabilidade de gestão do sistema local de saúde (FORTALEZA, 2006).

Conforme demonstrado na figura 1, a seguir, Fortaleza possui seis Secretarias Executivas Regionais (SERs), funcionando, cada uma delas, com um Distrito de Saúde, Educação, Meio Ambiente, Assistência Social e Infraestrutura. Encontra-se habilitada na Gestão Plena do Sistema Municipal, sendo a Secretaria Municipal de Saúde a responsável pela gestão do sistema de saúde, apresentando

capacidade instalada para a realização de serviços primário, secundário e terciário. Dispõem de 1.712 estabelecimentos de saúde inscritos no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde. (FORTALEZA, 2008).



**Figura 1** - Município de Fortaleza dividido em Secretarias Executivas Regionais (SER)  
Fonte: Plano Municipal de Saúde de Fortaleza, 2007.

A implantação do primeiro CAPS, em Fortaleza, ocorreu em 1998, na Secretaria Executiva Regional (SER) III, seguido dos CAPS das SER IV e VI em 2001. A partir de 2005, a atenção à saúde mental tem se dado através de uma rede assistencial construída, ao longo de sua história, a partir da renovação dos serviços já existentes e da implantação de novos serviços, sempre fundamentada na promoção da saúde e prevenção de doenças. Essa rede tem como serviços fundamentais os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), atualmente em número de 14 (6 CAPS Gerais, 6 CAPSad e 2 CAPSi)

Em Fortaleza, os CAPS têm recebido pessoas de todas as faixas etárias, com transtornos mentais graves, em situação de risco e pessoas com transtornos gerados pelo uso abusivo de *crack*, álcool e outras drogas.

As ações de maior impacto da rede de saúde mental têm se constituído em: cogestão da rede assistencial de saúde mental; estruturação da rede assistencial de saúde mental; auditoria dos hospitais psiquiátricos; parcerias com os movimentos sociais, instituições formadoras e sociedade civil; estratégia de educação permanente e investimento financeiro (FORTALEZA, 2007).

A Prefeitura de Fortaleza implantou em abril de 2012, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o primeiro serviço de acolhimento noturno na rede municipal de saúde mental. O serviço 24 horas funcionará no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS geral) da Regional II e contará com atenção contínua, oferecendo 12 leitos e retaguarda clínica para outros serviços de saúde mental com os CAPS álcool e drogas (FORTALEZA, 2008).

O CAPS 24 horas ou tipo III oferece atendimento em horário integral, com equipes multiprofissionais, para tratamento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. As equipes contam com médicos, farmacêuticos, nutricionistas, massoterapeutas e artistas. A implantação do serviço contribui para a consolidação da reforma psiquiátrica e para a ampliação da rede de atenção psicossocial (FORTALEZA, 2008).

Em 2010, foi implantado o consultório de rua, projeto que leva equipes volantes até as pessoas que vivem pelas ruas, as quais fazem uso abusivo de drogas. As equipes também são multidisciplinares, oferecem atendimento clínico básico e promovem o trabalho de redução dos danos causados pelo uso de substâncias psicoativas, além de criar vínculo entre o paciente e a rede de saúde. Atualmente, estão em funcionamento dois consultórios de rua (FORTALEZA, 2007).

A rede de assistência mental do município conta também com duas residências terapêuticas destinadas a receber pessoas com transtornos mentais graves, que estão por, pelo menos, três anos em internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar para suas famílias.

A rede inclui ainda três Ocas de Saúde Comunitária, com 120 vagas de acolhimento em Comunidades Terapêuticas, em parceria com o Ministério da Saúde, além de doze leitos, oito masculinos e quatro femininos, para desintoxicação, na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza (FORTALEZA, 2008).

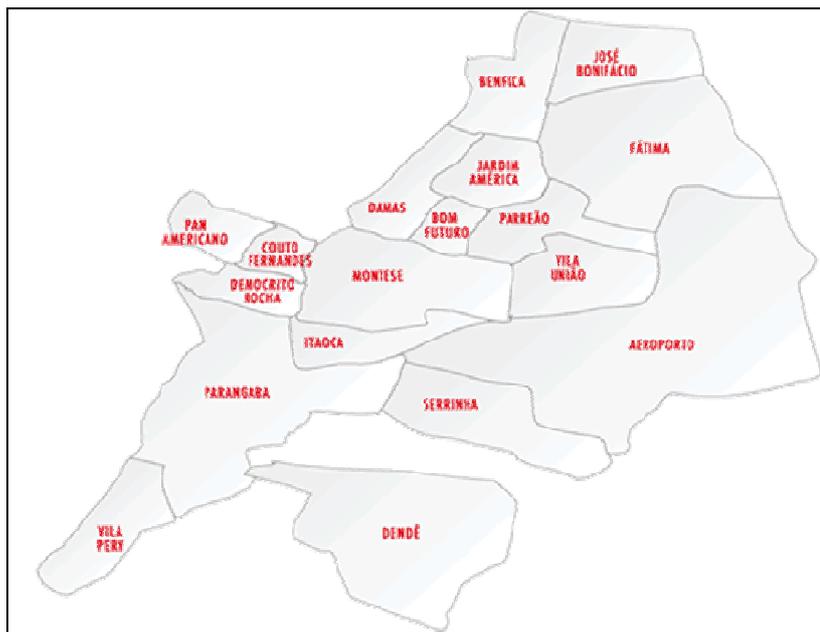
A Pesquisa será realizada nos serviços de saúde das Secretarias Executivas Regionais SERs IV e V do município de Fortaleza. A escolha pelo território administrativo-político das Secretarias Executivas Regionais (SER) IV e V deve-se ao fato de as mesmas estarem pactuadas no Sistema Municipal Saúde-Escola (SMSE). A Universidade Estadual do Ceará-UECE e a Prefeitura de Fortaleza desenvolvem parcerias no âmbito da formação e atividades sociocomunitárias.

O SMSE do município de Fortaleza é composto pela gestão municipal, pelos trabalhadores de saúde, pelas instituições de ensino e pelos usuários do SUS. Este sistema constitui-se uma estratégia de educação permanente, transformando toda a rede de serviços de saúde existente no município em espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional.

A Secretaria Executiva Regional IV (SER IV) é formada por dezenove bairros, e seu perfil socioeconômico é caracterizado por serviços, com uma das maiores feiras livres da cidade, a da Parangaba, e vários corredores comerciais, entre eles o da Avenida Gomes de Matos, no Montese.

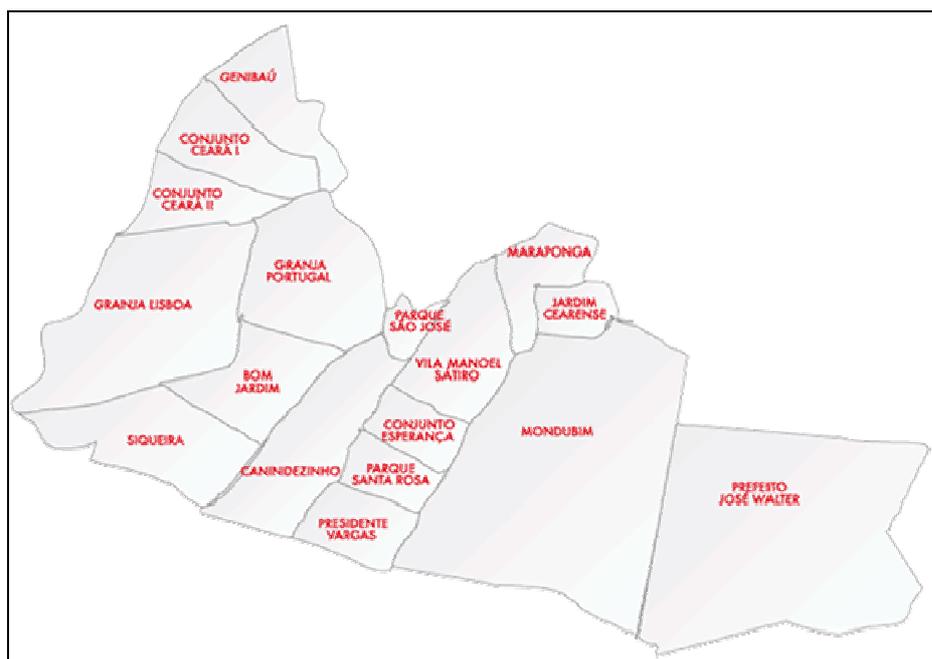
Os bairros pertencentes a esta área são: José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê e Vila Pery (Figura 2).

Sua população é de cerca de 280 mil habitantes, sendo que o bairro mais populoso é o da Parangaba, com cerca de 30 mil habitantes, e o menos populoso é o Dendê, com apenas 2.120. Concentra oito áreas de risco, possui a segunda maior emergência do Estado do Ceará, o Hospital Distrital Frotinha da Parangaba (FORTALEZA, 2008).



**Figura 2** - Mapa do Território da SER IV  
 Fonte: Plano Municipal de Saúde de Fortaleza, 2007.

A Secretaria Executiva Regional V (SER V) possui 570 mil habitantes em seu território, composto por dezesseis bairros circunvizinhos, sendo eles: Conjunto Ceará, Siqueira, Mondubim, Conjunto José Walter, Granja Lisboa, Granja Portugal, Bom Jardim, Genibaú, Canindezinho, Vila Manoel Sátiro, Parque São José, Parque Santa Rosa, Maraponga, Jardim Cearense, Conjunto Esperança e Presidente Vargas (Figura 3).



**Figura 3** – Mapa do Território da SER V  
 Fonte: Plano Municipal de Saúde de Fortaleza, 2007.

O CAPSad é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS para usuários de álcool e outras drogas, com atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. O serviço funciona de 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, tendo, diariamente, um profissional de plantão para acolhimento.

As atividades desenvolvidas compreendem desde atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação) até atendimentos em grupos ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Devem oferecer condições para repouso, bem como desintoxicação ambulatorial de pacientes (BRASIL, 2004).

### **3.3 Participantes da pesquisa**

Participaram do estudo, adolescentes usuários de *crack*, que receberam atendimento em CAPSad das regionais IV e V, e seus familiares.

A pesquisa ocorreu durante os momentos presenciais da pesquisadora nos meses de janeiro a junho de 2013, nos turnos manhã e tarde.

Como critério de inclusão dos participantes na pesquisa estabeleceu-se: para os usuários: adolescentes (de 10 a 19 anos), de acordo com a definição de adolescente da OMS, que compareceram pelo menos uma vez ao CAPSad; quanto aos familiares, foram selecionados aqueles que estavam acompanhando um membro de sua família em tratamento no CAPSad, relacionado ao uso de *crack*, não necessitando de laços consanguíneos. Deste modo, dezessete sujeitos participaram da pesquisa, conforme quadro.

### **3.4 Técnicas de coleta de dados**

#### **a) Entrevista semiestruturada (Apêndice A)**

Para Minayo (2008), a entrevista é uma das técnicas mais importantes para a coleta de dados, sendo a mais usada no processo de trabalho de campo. As entrevistas podem ser estruturadas, semiestruturadas e não estruturadas. Dentro dessas modalidades, optou-se pela entrevista semiestruturada, por apresentar aspectos importantes para a coleta dos dados, combinando perguntas fechadas

(possibilitando uma direção com os objetivos claros do que se quer apreender) e perguntas abertas (nas quais o entrevistado poderá ficar livre para discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições preestabelecidas). A população a ser investigada teve um quantitativo de dezessete sujeitos envolvidos com a problemática de uso *crack* pelos adolescentes, conforme tabela abaixo.

Para iniciar o estudo, foram aplicadas entrevistas com usuários e familiares dos Centros de Atenção Psicossocial, álcool e outras drogas. À medida que foram coletados os discursos, através das entrevistas, e observações houve o aprofundamento das questões levantadas e, então, ocorreu o processo de saturação teórica das informações.

<b>Grupo</b>	<b>Representação</b>	<b>Nº de sujeitos</b>
<b>I</b>	Familiares de adolescentes atendidos nos CAPSad que utilizam o <i>crack</i>	6
<b>II</b>	Adolescentes atendidos nos CAPSad que utilizam o <i>crack</i>	11

**Quadro 1** - Número de sujeitos da pesquisa

### **b) Observação sistemática (Apêndice B)**

A observação é imprescindível para a realização de qualquer processo de pesquisa científica. Optou-se pela observação sistemática. Ela sugere uma estrutura determinada, na qual serão anotados os fatos ocorridos, contemplados nos objetivos da pesquisa (RICHARDSON *et al.*, 1999).

As observações foram registradas em diário de campo, sendo disponibilizadas para os sujeitos participantes aprovarem, reprovarem ou acrescentarem mudanças no texto. Os registros foram utilizados como material de análise, após aprovação das pessoas envolvidas.

As observações dizem respeito ao ambiente, ao acolhimento, às relações entre os profissionais-família-usuários, ao tratamento, ao tempo de espera e ao itinerário do tratamento.

Em síntese, a coleta do material empírico manteve os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, guardando o anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas dos entrevistados e observados. O quadro 2, a seguir, sistematiza as técnicas de coleta de dados, de acordo com os objetivos da investigação, público alvo e técnica de análise dos resultados.

<b>Objetivos</b>	<b>Técnica de coleta</b>	<b>Público-alvo</b>	<b>Técnica de análise</b>
Descrever as estratégias de enfrentamento das famílias e usuários na busca do cuidado aos usuários adolescentes nos CAPSad	Entrevista em profundidade Observação sistemática Diário de campo AD e redes sociais	Adolescentes Família	Análise de conteúdo crítica Ecopama e genograma
Identificar quais os itinerários terapêuticos utilizados pela família do usuário de <i>crack</i> adolescentes e o grau de parentesco em CAPSad e Redes Sociais	Observação Entrevista em profundidade Observação sistemática	Adolescentes e famílias	Análise de conteúdo crítica Ecomapa e genograma
Identificar as transformações na dinâmica da família a partir da experiência com o uso do <i>crack</i>	Desenho- história Entrevista em profundidade	Adolescentes e famílias	Análise de conteúdo crítica Mapa analítico
Compreender como se dá o modo de cuidado das familiares relacionados ao gerenciamento das questões de saúde, práticas domésticas de cuidado e definição de papéis (provedores e cuidadores adolescentes usuários de <i>crack</i> em CAPSad	Observação das famílias no CAPS AD e Redes sociais Entrevista em profundidade	Adolescentes e famílias	Análise de conteúdo crítica Ecomapa e genograma

**Quadro 2** - Técnicas de coleta de dados

### **C) Desenho-estória**

É um recurso de fácil utilização e pode ser usado para qualquer faixa etária, independente de condições psicológicas e vivenciais. Tal estratégia de coleta tem por base os desenhos livres e a invenção de histórias, portanto consiste na solicitação de um desenho com um tema específico, em seguida, solicita-se também uma história sobre o desenho e, por fim, um título para o desenho.

Essa situação favorece expressões emocionais do sujeito e do pesquisador. Em um segundo momento, os desenhos e histórias são lidos e analisados, o foco é a captação do imaginário coletivo dos sujeitos pesquisados, sobre o tema em questão (RUSSO; COUTO; VAISBERG, 2009).

### **3.5 Plano de análise dos dados**

Para a organização do material empírico, utilizaram-se os passos de Minayo, retraduzidos por Assis e Jorge (2010), que consistem em: tratamento do material; ordenação, classificação e análise final.

O momento da ordenação tem início com as entrevistas e com o conjunto de material de observação dos documentos populares e institucionais, referentes ao tema concepções de saúde e doença. Durante essa etapa, são realizados procedimentos como: transcrição de fita-cassete; releitura do material, organização dos relatos em determinada ordem; organização dos dados de observação, também em determinada ordem. Essa ordenação tem como objetivo estabelecer um mapeamento horizontal do material empírico (ASSIS; JORGE, 2010).

A fase de classificação permite a construção dos dados empíricos que embasarão as discussões. Essa etapa é composta por três momentos: leitura horizontal, leitura flutuante e leitura transversal (ASSIS; JORGE, 2010).

Nessa etapa são realizadas a leitura exaustiva e flutuante do material coletado, e a síntese geral de cada unidade, pois isso possibilita a utilização das ideias centrais sobre o tema. Nessa etapa também há a montagem de esquemas de análise de instituições observadas no material empírico, bem como a síntese de cada unidade de análise aos núcleos de sentido. Ao lado disso, são estabelecidas sínteses horizontais, que permitem mostrar os temas e as ideias comuns entre os sujeitos entrevistados, por núcleo de sentido ou categoria empírica (ASSIS; JORGE, 2010).

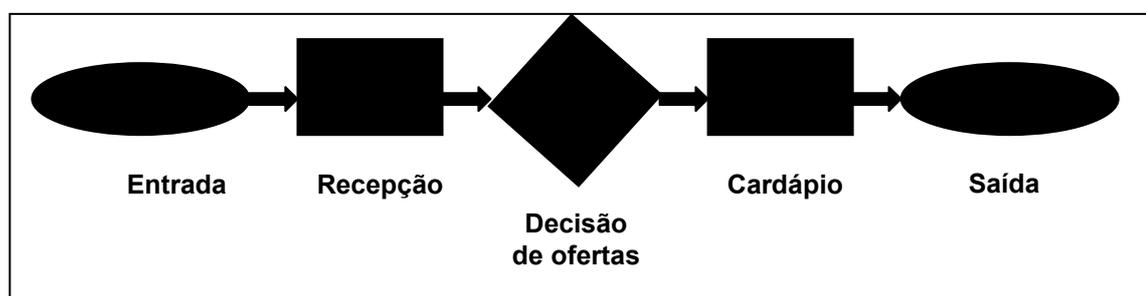
Em seguida tem início a organização do corpus, a partir dos núcleos de sentido, buscando convergências, divergências e complementaridades, bem como a confrontação num processo de refinamento e aprofundamento classificatório (ASSIS; JORGE, 2010).

Análise final: Essa fase enfatiza, principalmente, o encontro da especificidade do objeto pela prova do vivido com as relações sociais, envolvendo um exercício circular que vai do empírico para o teórico, ou vice-versa, que possibilita a relação entre o particular e o geral. Nessa fase, busca-se contextualizar os resultados da pesquisa com a produção bibliográfica (ASSIS; JORGE, 2010).

Para análise dos espaços percorridos pelas famílias e pelos adolescentes, foi utilizado o “fluxograma Analisador”, pois este recurso permite uma análise dos elementos subjetivos que atravessam a produção da prática, presentes nos diferentes momentos de fluxo de usuários na rede de atendimento, já que são comuns a burocracia e os mecanismos estabelecidos pelo cotidiano dos serviços e utilizados para aprisionar e enquadrar o serviço a determinadas normas e resultados, constituindo-se, assim, as “caixas pretas” (Figura 5).

Deste modo, o “fluxo analisador” serve para abrir algumas dessas “caixas pretas” presentes na micropolítica, que sublimam a ação consciente do trabalhador (MERHY, 2002).

Merhy (2002) considera que quaisquer serviços assistenciais de saúde podem ser enquadrados pela sequência abaixo, mostrada no diagrama resumo. Trata-se da perspectiva de análise das interfaces entre os sujeitos que produzem o cuidado em saúde, seus métodos de ação e o modo como se interseccionam, possibilitando uma nova compreensão sobre o trabalho em saúde.



**Figura 4** - Fluxograma resumo para representação dos espaços percorridos pelos usuários ao procurarem um serviço de saúde.  
Fonte: Merhy (1997, p. 74).

#### a) Ecomapas e Genogramas das famílias

Para analisar as relações entre adolescentes e famílias e entre famílias e comunidades, foram utilizados genograma e ecomapa. Esses recursos serão utilizados no estudo de caso de uma família escolhida para ilustrar a dinâmica familiar de usuários de crack.

O genograma é uma ferramenta conceitual elaborada por terapeutas familiares, a qual tem sido utilizada frequentemente por profissionais da área de humanas e de saúde, como: medicina, psicologia, serviço social, enfermagem e outros. Ele consiste na representação gráfica de informações sobre a família, destacando a dinâmica familiar e as relações entre seus membros. É um instrumento padronizado, no qual símbolos e códigos podem ser interpretados como uma linguagem comum aos interessados em visualizar e acompanhar a história familiar, bem como os relacionamentos internos (FILOZOLA *et al*, 2011).

Tal ferramenta possibilita, ainda, coletar informações qualitativas sobre dimensões da dinâmica familiar, com processos de comunicação, relações estabelecidas e equilíbrio/desequilíbrio familiar, pois representa visualmente a estrutura, a dinâmica familiar e os eventos importantes em sua história (como nascimento, separação e morte). Além disso, auxilia a família na identificação de cada um de seus membros como parte integrante de um grupo de indivíduos, verificando a interdependência entre os componentes (MOIMAZ *et al.*, 2011).

Para Filozola *et al.* (2011), os genogramas mostram a estrutura familiar, as condições de vida das famílias e alguns indicadores sociais, como renda e condições de moradia. Os ecomapas apresentam as relações internas e a rede de apoio das famílias.

O ecomapa (figura 11) também é um diagrama, porém diferencia-se do genograma por apresentar as relações entre a família e a comunidade, ajudando a avaliar os apoios e suportes utilizados pela família. É também denominado “diagrama das relações sociais”, sendo uma representação gráfica das relações (SIMIONI; GEIB, 2008).

A construção do ecomapa e do genograma é realizada com o auxílio direto das famílias estudadas (ZUSE, ROSATTO; BACKES, 2002).

O genograma foi elaborado conforme as orientações de Goldrick e Gerson (1995) e Minuchin (1982); para a construção do ecomapa foram seguidas as orientações do modelo Calgary de orientações e intervenções às famílias (BARBOSA DE PINHO, 2012).

### **3.6 Entrada em Campo**

Os estudos realizados sobre tratamentos direcionados a adolescentes em situação de uso de droga sugeriram que pesquisas envolvendo o tema devem acontecer preferencialmente em CAPS AD, dessa forma inicialmente pretendia-se realizar o trabalho nesses serviços.

No entanto, logo no início da coleta de dados, foi percebida a fragilidade de vínculo entre equipe do CAPS AD e adolescentes, haja vista a baixa frequência desse público aos atendimentos. Diante da dificuldade dos adolescentes em comparecer ao serviço, foi realizada uma cuidadosa análise dos prontuários, numa tentativa de identificar adolescentes acompanhados pelo serviço, bem como seus contatos para o acordo de uma possível entrevista com adolescentes e suas famílias.

Deste modo, através dos prontuários e do relato dos profissionais, observou-se que a maioria dos adolescentes que possuíam registro no serviço haviam comparecido poucas vezes ao atendimento, muitos participaram apenas do acolhimento. Assim, as informações referentes ao contato desses adolescentes estavam desatualizadas, situação que dificultou bastante o contato com esse público. Alguns prontuários estavam separados para a realização da busca ativa, no entanto, durante o período de observações nesse serviço, tal procedimento não foi realizado.

Ainda de acordo com a observação dos prontuários e do depoimento dos profissionais, percebeu-se que no serviço não existia nenhuma diferença no que diz respeito ao acompanhamento de adultos e adolescentes, pois os adolescentes podem participar das mesmas atividades que um adulto. Portanto, não há no serviço nenhuma prática voltada para esse público, como grupo ou oficinas relacionadas à adolescência. Também não havia grupos com famílias de usuários.

Uma última tentativa de estabelecer contato com adolescentes, nesse serviço, foi através de conversas com os profissionais sobre atendimentos a adolescentes, pois alguns prontuários não foram encontrados e havia o risco de estarem em poder de alguns profissionais no momento das consultas realizadas pela pesquisadora a esses registros.

Sendo assim, os profissionais confirmaram as dificuldades dos adolescentes em comparecer ao serviço e afirmaram que alguns deles compareciam apenas para o atendimento médico, a fim de conseguir medicação. Deste modo, as visitas da pesquisadora ao serviço passaram a se realizar nos dias e horários dos atendimentos médicos, mas mesmo nesses dias os adolescentes não se encontravam no serviço.

Outra recomendação dos profissionais foi a indicação do CAPS infantil, como um possível serviço frequentado pelos adolescentes para o tratamento relacionado ao uso de drogas, já que a instituição atende a adolescentes até 15 anos, com envolvimento com drogas. Dessa forma, recorreu-se ao CAPS i para a realização da pesquisa.

No entanto, antes de abordar as questões referentes ao CAPS i, é necessário realizar algumas considerações sobre CAPS AD, visto que o serviço estava em processo de mudanças que interferiam na sua dinâmica de funcionamento.

Assim, o início da fase de campo ocorreu em um momento de grandes mudanças na prefeitura, pois o novo prefeito, Roberto Cláudio, do PSB, havia sido empossado recentemente, promovendo algumas modificações nos serviços de saúde.

Algumas dessas mudanças estão relacionadas à equipe, pois muitos profissionais terceirizados foram demitidos do serviço; em contrapartida, outros trabalhadores foram efetivados por meio de uma seleção pública realizada, ainda, na gestão anterior. Dessa forma, a maioria dos funcionários estava se adaptando ao serviço naquele período.

Além disso, as empresas estavam atrasando o pagamento de salário dos profissionais terceirizados que ainda estavam no serviço, ocasionando dificuldades

desses trabalhadores até mesmo para ir e voltar do trabalho. Nesse contexto, alguns profissionais diminuiriam sua carga horária de trabalho, prejudicando as atividades realizadas pela instituição. Diante das dificuldades financeiras, os profissionais chegaram a cogitar a realização de greve.

Com essa breve exposição do cenário político de Fortaleza no momento do início da coleta de dados, não se pretende expressar preferências políticas, mas sim descrever o contexto no qual o CAPS AD estava inserido naquele momento.

O CAPSi também passava por mudanças referentes à sua coordenação e equipe, porém numa menor escala, assim as atividades cotidianas não foram afetadas por essas modificações. Além disso, a equipe parecia mais integrada e conhecia bem as atividades desenvolvidas pelo serviço, o que contribuiu para a realização da coleta de dados.

Portanto, a equipe do CAPSi demonstrou interesse pela pesquisa e acolheu muito bem a pesquisadora. Ao longo da coleta de dados, foi percebido que outros estudantes também realizavam pesquisas na instituição. Deste modo, evidencia-se o interesse desse serviço na contribuição em pesquisas relacionadas à infância e juventude.

No que diz respeito ao assunto álcool e outras drogas, há um profissional de referência que acompanha os adolescentes com essa demanda. Dessa forma, existe um grupo denominado de “redução de danos” que acompanha os usuários envolvidos com essa problemática. Esse grupo é conduzido pelo profissional de referência que, além dessa atividade grupal, realiza intervenções no território, como abordagem de rua e ações de prevenção em escolas e em outras instituições.

Além dos grupos de redução de danos, os adolescentes, geralmente, são acompanhados por um médico e, em alguns casos, passam por atendimento individual, que usualmente é realizado pela profissional de referência.

Deste modo, logo no acolhimento, caso sejam identificadas demandas referentes a álcool e outras drogas, o adolescente é encaminhado para a profissional de referência, que realiza uma avaliação do caso e, em seguida, planeja

o seu projeto terapêutico. Nesse sentido, todas as atividades direcionadas a esse público são conduzidas por essa profissional.

Foi percebido também que os demais profissionais do serviço parecem temer lidar com adolescentes que então envolvidos com drogas, preferindo trabalhar com outras demandas que também são atendidas pelo serviço. Dessa forma, as práticas e ações direcionadas a esse público permanecem centralizadas em uma única profissional que fica responsável também pela realização de visitas domiciliares.

Diante da identificação de uma atividade grupal direcionada a usuários de drogas, foi realizada uma análise dos prontuários dos integrantes desse grupo, assim, a maioria dos jovens assíduos a essa atividade não possuíam envolvimento com o *crack*. Percebeu-se, então, que os usuários dessa droga tinham mais dificuldades para comparecer ao grupo e, conseqüentemente, se vinculavam menos aos profissionais do serviço que os usuários de outras drogas.

A consulta aos prontuários também revelou que alguns adolescentes que afirmaram ter problemas com drogas, como maconha e cocaína, podem também ter envolvimento com o *crack*, pois estudos sobre o perfil dos usuários de *crack* condiz com os dados encontrados.

Além da análise de prontuário, a pesquisadora esteve presente nos encontros grupais, na condição de observadora, numa tentativa de estabelecer vínculo com adolescentes em situação de uso de *crack*. Durante os encontros grupais, foram abordados temas relacionados a um estilo de vida saudável, relações familiares e outros.

Assim, foi observado que os usuários de *crack*, que compareciam aos atendimentos, estavam institucionalizados em abrigos ou centros educacionais. Tais instituições, usualmente, buscam informações sobre as datas de atendimento dos adolescentes e são responsáveis pelo transporte deles ao CAPSi. No entanto, foi notado que o jovem, ao deixar a instituição, também interrompe seu tratamento relacionado à droga.

Dessa forma, mesmo após a identificação dos adolescentes no CAPSi, ainda faltava a autorização das famílias ou responsáveis, o que atrapalhou o andamento

da pesquisa, haja vista a dificuldade para contatar os familiares ou responsáveis, que, por sua vez, não possuíam disponibilidade para comparecer ao serviço, ademais, muitos desses usuários já não mantinham vínculos familiares. Então, nos casos de adolescentes institucionalizados e com frágeis vínculos com suas famílias, buscou-se autorização das instituições onde eles estavam acolhidos, contudo, novas complicações surgiram no decorrer dessa tarefa, devido à burocracia para obtenção dessa autorização.

Assim, os abrigos orientaram que o projeto de pesquisa necessitava passar por outro comitê de ética, dessa vez o da Secretaria do Desenvolvimento do Trabalho, órgão do estado responsável pelas instituições de acolhimento provisório do estado. Assim, o projeto foi apreciado pela Secretaria que autorizou a participação dos adolescentes na pesquisa.

O abrigo comum é um tipo de acolhimento institucional, definido pelo art. 90 do ECA oferece acolhimento, cuidado e espaço de desenvolvimento e socioeducação para sujeitos menores de idade. Esse serviço realiza acolhimento institucional e oferece atendimento especializado, funcionando como moradia provisória até que a criança e o adolescente possuam condições de retornarem às famílias (SIABRIGOS, s.d).

No caso de adolescentes em Centros Educacionais foi necessária, além da autorização da Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social, uma autorização do juiz da 5ª vara da infância e juventude, já que os jovens encontravam-se sob medidas socioeducativas de caráter sigiloso.

Após a autorização para a participação de adolescentes, a pesquisadora julgou necessárias observações no abrigo que acolhia muitos usuários atendidos pelo CAPS i, pois essa instituição, provisoriamente, era o lar dos sujeitos da pesquisa identificados no CAPSi. Já que os adolescentes estavam acolhidos em regime integral nesse serviço, porém podiam receber visitas ou ligações telefônicas de seus familiares a qualquer momento.

Quanto ao perfil dos adolescentes acolhidos por esse abrigo, observou-se que a instituição somente recebe meninos que geralmente fazem uso de *crack*, estão em

situação de ameaça e com frágeis vínculos familiares, muitos deles provêm do interior do estado.

Sobre a rotina do abrigo, foi observado que os adolescentes têm horários rígidos para acordar, estudar, momentos de lazer entre outros. Cada adolescente tem tarefas a realizar na instituição, como o cuidado com seus pertences, cuidados com a higiene, bem como tarefas domésticas relacionadas a própria instituição.

Também são comuns atividades socioeducativas, como oficinas de arte, palestras sobre um determinado tema, entre outros. As atividades de lazer compreendem jogos de futebol e televisão, além de jogos e outras atividades lúdicas. Fica a critério do adolescente a escolha de qual atividade lúdica participar.

Apesar de terem uma rotina rígida, muitos adolescentes frequentavam a escola e, com autorização judicial, alguns passavam o fim de semana com as famílias.

Logo no início das observações, foi percebida a existência de um forte vínculo entre adolescentes e a equipe de profissionais, principalmente com um educador social. Além de educadores sociais, fazem parte da equipe uma assistente social, uma pedagoga, uma psicóloga, uma assessora jurídica, outros profissionais de nível médio e um coordenador.

Da mesma forma que os adolescentes, as famílias consideram o abrigo um apoio para o enfrentamento da situação do uso de *crack*, no entanto foi observado que poucos familiares visitam regularmente os adolescentes. Porém, o abrigo busca aproximar jovens e famílias, pois uma vez por semana, a equipe incentiva que os adolescentes entrem em contato telefônico com seus familiares. Há também visitas domiciliares para um melhor conhecimento do contexto familiar.

Deste modo, o abrigo facilitou bastante o contato com os adolescentes e suas famílias, pois a boa relação que os meninos mantinham com a equipe também foi transferida para a pesquisadora. Assim, os adolescentes sentiram segurança para relatar suas histórias referentes ao consumo de *crack* e envolvimento com atos infracionais.

Dessa forma, não houve suspeita de que os adolescentes acolhidos pelo abrigo estivessem omitindo o uso de *crack*, diferente do que foi observado no

CAPSi, pois os jovens não demonstraram nenhum receio em narrar o seu envolvimento com a droga.

O contato com as famílias dos adolescentes que estavam no abrigo foi realizado através de ligação telefônica, para marcar um horário a fim de realizar a entrevista, porque muitas vezes a presença do familiar no serviço não coincidia com os períodos de observação da pesquisadora no local. As visitas ocorriam em horários não comerciais, pois não havia na instituição um dia específico para visitas, assim os familiares podiam comparecer ao abrigo no momento mais oportuno para eles.

No entanto, os familiares geralmente estavam no abrigo nas segundas e nas sextas-feiras, pois nos finais de semana, os adolescentes, com autorização judicial, podiam ir para casa, então nas sextas a família geralmente buscava o jovem e na segunda retornava com ele para o abrigo.

Contudo, muitos adolescentes que estavam no abrigo já não possuíam vínculos familiares, por isso o estabelecimento de contato com as famílias foi difícil. Dessa forma, para realização do genograma, optou-se por aquelas famílias que ainda lutavam para melhorar a situação de seus adolescentes e, assim, compareciam mais regularmente na instituição.

No que diz respeito aos adolescentes integrantes do grupo de redução de danos do CAPSi que estavam cumprindo medida socioeducativa de privação de liberdade, também observou-se a fragilidade nos vínculos familiares e diante da demora para autorizar a participação desses adolescentes na pesquisa, não foi possível entrevistar alguns deles, pois quando a participação dos menores foi autorizada, muitos já haviam sido desligados da medida e não mais frequentavam o CAPSi.

Assim, houve a impossibilidade de entrevistar uma adolescente de 14 anos que já não possuía nenhum vínculo familiar e que desde muito cedo alternava sua moradia entre centros educacionais, abrigos e ruas. No início das observações do grupo, a referida adolescente estava no Centro Educacional e, ao ser desligada da medida socioeducativa, foi encaminhada a um albergue (acolhimento provisório), mas antes da conclusão dos procedimentos necessários para conseguir a

autorização da jovem para participação na pesquisa, a mesma abandonou a instituição.

Outra jovem que cumpria medida socioeducativa de privação de liberdade não chegou a ser incluída na pesquisa, também, por questões burocráticas. Tal adolescente compareceu a apenas dois atendimentos e ao concluir o cumprimento da medida interrompeu o seu tratamento no CAPSi. Os pais dessa jovem eram traficantes e não haviam comparecido ao serviço que, por sua vez, já havia solicitado a presença de familiares.

Importante ressaltar que os adolescentes institucionalizados em Centros Educacionais compareciam ao CAPSi acompanhados de educadores sociais e não foi observada a utilização de algemas pelos adolescentes e nem de fardas durante os atendimentos. Fato que ajuda a diminuir os estigmas relacionados a esse grupo.

Como a maioria das famílias dos adolescentes em privação de liberdade não frequentava o CAPSi, então foi decidido entrevistar esses jovens no próprio Centro Educacional, pois em contato com a equipe da privação de liberdade, tomou-se conhecimento que os familiares visitavam os filhos nessas instituições, geralmente, uma vez na semana. Assim, seria mais fácil contatar as famílias.

O Centro Educacional caracteriza-se como uma instituição que objetiva atender, em regime de internação provisória, privação de liberdade e semiliberdade, adolescentes, autores de atos infracionais, em suas necessidades básicas, com vistas a sua reinserção ao convívio sócio-familiar, após o cumprimento da medida sócio-educativa a qual se encontra submetido (CEARÁ, 2013).

No entanto, não foi possível realizar observações sistemáticas nesse local, como realizado no CAPSi e no abrigo, pois trata-se de uma medida de caráter sigiloso, além disso, a pesquisadora precisou respeitar os procedimentos de segurança da instituição.

Dessa forma, foram realizadas apenas duas visitas a um Centro Educacional, onde estavam cumprindo medida socioeducativa alguns dos adolescentes atendidos pelo CAPS I, durante essas visitas se observou que existe uma equipe técnica formada por psicólogo, pedagogo, assistente social e educadores sociais. Os

adolescentes possuem uma rotina bem mais rígida que no abrigo, possuem horários para acordar, dormir, realizar as refeições, higiene pessoal e atividades de lazer; além disso, utilizam fardas. Na instituição também são realizadas atividades socioeducativas, como aulas escolares e oficinas.

As visitas de familiares, diferente do abrigo, possuem dias e horários específicos. Dessa forma, membros da família, geralmente a mãe, comparecem frequentemente uma vez por semana na instituição.

O estudo de caso foi realizado com famílias de adolescentes atendidos pelo abrigo.

### **3.7 Questões éticas**

O projeto será submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e a pesquisa de campo só será iniciada após sua aprovação. Os sujeitos entrevistados e observados terão acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que assinarão, caso desejem participar da pesquisa, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000). O termo de consentimento deverá ser assinado em duas vias, por todos os sujeitos entrevistados pelos adolescentes (Apêndice C) e Apêndice D (familiar).

Em se tratando dos aspectos éticos de pesquisa que envolve seres humanos, consta na Resolução 196/96 que: “toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade” (BRASIL, 2000). O pesquisador ficará responsável, caso necessário, por suspender a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante.

As entrevistas serão gravadas, na íntegra, em gravadores digitais, com autorização prévia dos entrevistados. Após gravação, o áudio será colocado à disposição do entrevistado, para que o mesmo possa ouvi-lo e, caso deseje modificar ou acrescentar questões relativas ao seu depoimento, poderá ficar à vontade para fazê-lo. Após a coleta, os dados contidos no material gravado serão analisados pelos pesquisadores e guardados por cinco anos, sob a responsabilidade

do grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e práticas de saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Em relação às observações, será registrada, em diários de campo, a memória do dia observado, sendo disponibilizada para os sujeitos participantes aprovarem, reprovarem ou acrescentarem mudanças no texto. Os registros serão utilizados como material de análise após aprovação das pessoas envolvidas.

Em síntese, a coleta do material empírico respeitará os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, guardando o anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas dos entrevistados e observados.

## 4. O FENÔMENO E SUAS ESSÊNCIAS: RESULTADOS

A compreensão das práticas de cuidados e enfrentamento exercidas pelas famílias e adolescentes em situação de uso de crack norteou os resultados desse estudo, os quais apontaram os temas a partir dos núcleos de sentido, possibilitando a análise das estruturas relevantes, convergência, divergência bem como a busca de contradições e conflitos, objetivando a compreensão do fenômeno estudado. Diante do exposto, as categorias apresentadas foram: I – Cuidados, Enfrentamento e Itinerários Terapêuticos; II – Uso de drogas e experiências familiares; III – As Instituições, as famílias e as políticas de proteção social

### 4.1 Cuidados, enfrentamento e itinerários terapêuticos

#### a) Prática de cuidados e definição de papéis

Sobre o cuidado das famílias, direcionado aos adolescentes em situação de uso de *crack*, percebeu-se que a mulher desempenha um papel fundamental nessa prática. No discurso dos entrevistados, a mãe foi apontada como a principal cuidadora, no entanto outras mulheres, como tia, avó e madrastas, também exercem essa função.

Dentre os cuidados desempenhados por essas mulheres, destacam-se o cuidado com a higiene, alimentação, estudos, saúde e o monitoramento do comportamento dos filhos. Além disso, muitas vezes ela também é responsável pelo sustento financeiro da família:

É, ela tem muitas responsabilidades pra fazer, é ela quem sustenta a família... vai atrás de tratamento vai pro médico, participa, se for pra marcar um dia ela vai ela não falta (u6).

Ela (madrasta) me mandava tomar banho, arrumava minhas coisas, limpava o meu quarto, lavava minha roupa, e me arrumava pra ir pro colégio, dava comida na hora certa, nunca deixou com fome ela é uma ótima mãe, ela pra mim (u1).

Sim ela é mais cuidadosa, não deixava eu sair, assim, deixava eu sair pra jogar futebol, ela cuidava de mim, mandava eu ir pra escola me ensinava (u2).

Através desses relatos, também é perceptível que os modelos familiares identificados neste estudo retratam as mudanças ocorridas em relação à forma e estrutura das famílias e as implicações dessas modificações nas formas de cuidado que elas desempenham.

Assim, percebe-se que os cuidados com as crianças, nas famílias extensas, são partilhados com as tias e as avós, já nas famílias reconstituídas, a madrasta também contribui nas atividades educativas, e nas famílias monoparentais chefiadas por mulheres, além dos cuidados, as responsabilidades financeiras estão centradas na figura da mãe.

No entanto, apesar dos modelos familiares citados acima representarem a maioria das famílias que participaram do estudo, foram identificadas famílias nas quais os membros não possuíam relação de consanguinidade. Tais famílias foram constituídas a partir do estabelecimento de laços afetivos, sendo as práticas de cuidado exercidas por sujeitos que não possuem laços sanguíneos com o adolescente:

O meu padrasto, ele mandava eu ir pro colégio, ficar em casa, eu não queria ficar em casa e ia pra rua.... Não, não é meu padrasto mesmo não, só fez me criar mesmo, ele gostou de mim e me criou. Eu gostei dele, eu queria ficar com ele (u4).

Porque a mulher gostava de mim, eu gostava dela, ai eu só andava com os filhos dela direto, ai ela me pegou pra criar [...] eu mesmo, eu que cuido das minhas coisas quando a mulher que me criou morreu (u9).

Nos relatos acima, portanto, também se observa um homem como o principal cuidador do adolescente. No entanto, mesmo tendo sido observado neste estudo um homem desempenhando função que antes era genuinamente feminina, percebe-se que a mulher ainda continua sendo protagonista quanto às práticas de cuidado, ademais, ela também acumulou outro papel, o de provedora do lar.

Apesar de os cuidados desempenhados pela mulher serem, frequentemente, considerados instintivos e naturais, Moura e Araújo (2004) comentam que a exaltação do amor materno é algo recente na história da humanidade. Deste modo, na Idade Média, a criança e a mulher não eram valorizadas e não havia a preocupação em cuidar dos filhos, que frequentemente vinham a óbito ainda na

infância. No entanto, na modernidade ocorre a ascensão do capitalismo, que precisava garantir a sobrevivência dessas crianças para tonarem-se futuros consumidores. Nesse contexto, a criança necessitava de cuidados e ninguém melhor do que a mãe para exercê-los, já que esta possui a capacidade de gerar filhos.

Em face da hegemônica ideia da mulher como cuidadora, Gutierrez e Minayo (2010) discutem que os principais estudos que abordam gênero e cuidados, destacam o papel da mulher e quase nada referem sobre cuidados exercidos por homens nas famílias, o que contribui para uma associação entre mulheres e cuidados, excluindo os homens desse processo, e reforçando a crença de família nuclear como ideal e a exclusão do homem das práticas de cuidado.

Diante dessa realidade, a mãe é, muitas vezes, apontada como a principal responsável nos casos em que os adolescentes se envolvem com drogas ou atividades ilícitas (ESPINDULA; *et. al*, 2009).

Percebe-se que a mulher assume importância primordial nas práticas educativas, a partir dos relatos dos participantes dessa pesquisa. Por outro lado, observou-se que o homem pouco participa dos cuidados com as crianças, mantendo uma relação distante com os adolescentes, até mesmo quando partilham o mesmo lar. O vínculo que ainda mantém as relações entre os jovens e seus pais é o dinheiro. Assim, aparentemente, cabe ao homem os cuidados relacionados ao aspecto financeiro:

[...] eu falava com ele mesmo, ele me dava só o dinheiro mesmo que era pra me dar e pronto ia embora, ele me dava o dinheiro e ia embora (u8).

[...] ai depois desse 'separamento' ai nunca mais vi ele, mas também eu queria ver mais era o meu pai, porque minha mãe eu não tô nem vendo não, mas o meu pai, eu queria ver ele porque eu nunca mais vi ele, só vi ele só uma vez porque ele foi lá onde eu morava, ele foi deixar um dinheiro lá pra mim, ai eu vi ele só dessa vez, ai depois eu não vi ele mais não (u10).

[...] ela quem cuidava de mim, porque meu pai sempre trabalhava o dia todo, depois eu comecei a ir trabalhar com ele (u1).

Assim, a relação distante com o pai não ocorre apenas naquelas famílias nas quais os pais são separados, mas também naquelas nas quais os membros

partilham o mesmo lar, o que demonstra que a ausência do pai não é apenas física, mas emocional. Dessa forma, não se pode estabelecer uma relação de causalidade entre separação conjugal e distanciamento paterno.

A respeito do papel paterno, Moura e Araújo (2004) comentam que à medida que a importância da mulher, como educadora, foi exaltada, houve o declínio do poder paterno, o qual foi bastante valorizado na Idade Média, acompanhado da autoridade marital.

Apesar das mudanças socioculturais que propiciaram o ingresso da mulher no mercado de trabalho, no presente estudo, o modelo de paternidade identificado na pesquisa está numa perspectiva tradicional, na qual o pai se encontra como provedor e não se envolve emocionalmente com os filhos, representando o poder e a autoridade. No entanto, na contemporaneidade, diante da emancipação feminina, há a necessidade de um pai que divida as tarefas com a companheira.

Nesse contexto, outras formas de exercer a parentalidade podem ser identificadas, como a moderna, na qual o homem desempenha papel importante no desenvolvimento moral, escolar e emocional; e a emergente, nessa perspectiva o homem participa ativamente dos cuidados com os filhos (DANTAS; JABLONSKI; FERREZ-CARNEIRO 2004).

Apesar de muitos estudos terem apontado uma tendência de um maior envolvimento emocional dos homens em relação aos filhos, a pesquisa de Vieira e Sousa (2004) identificou que as responsabilidades com os membros mais jovens ainda é pouco compartilhada entre pais e mães, dessa forma, a participação dos homens, nos cuidados com os filhos, ainda é pequena quando comparada à das mulheres, apesar de elas também exercerem atividades fora do lar (VIEIRA; SOUSA, 2010).

No que diz respeito aos papéis exercidos por homens e mulheres, Heilborn (1997) comenta que ainda estão relacionados a uma divisão sexual do trabalho e à hierarquia entre homens e mulheres e entre pais e filhos. Dessa forma, o homem é o responsável pela imposição da autoridade e por garantir o sustento do lar, já a mulher desempenha papel de cuidadora.

Sobre a ausência paterna, Bustamante e Trad (2005) discutem que tal situação pode ter relação com a divisão sexual do trabalho, segundo a qual a mulher é cuidadora e o homem é provedor. Assim, de acordo com as considerações desses autores, o distanciamento entre os pais e os filhos não significa apenas falta de interesse, mas também pode estar relacionado à incapacidade do homem em manter o seu papel de responsável financeiro. Diante da incapacidade de exercer a sua função, o pai tende a perder contato com os filhos.

Talvez essa explicação para o distanciamento paterno seja pertinente no presente estudo, pois a maioria das famílias estava sofrendo com a situação de desemprego, sendo o trabalho dos pais, na maioria dos casos, de caráter informal e de baixa remuneração. Além disso, nos casos nos quais ocorreu a separação, os pais dos adolescentes já possuíam outras famílias, o que dificulta mais ainda a disponibilidade de ajuda financeira para os filhos do relacionamento anterior.

No entanto, quando o adolescente inicia o uso de drogas, o pai busca interferir mais nesse comportamento, com o objetivo de que o filho pare de usar drogas. Ou seja, o pai parece se preocupar mais com os filhos quando surge o problema:

[...] o pai dele nunca tomou de conta dele não, só quando começou esse negócio de tá usando droga (f2).

Era ela, ela quem cuidava de mim, porque meu pai sempre trabalhava o dia todo. Quando meu pai descobriu que eu fumava ele me dava muitos conselhos pra eu parar (u1).

Essa situação está de acordo com os estudos sobre relação de gêneros e cuidados, os quais discutem que, na sociedade atual, ainda se partilha a ideia de que o homem é a autoridade moral e responsável pela disciplina dos filhos (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

## **b) Estratégias de enfrentamento utilizadas por famílias e adolescentes**

No entanto, a mulher também teve uma importância central no enfrentamento do problema do uso de drogas e, na maioria das vezes, não conta com apoio de outras pessoas da família:

[...] eu já tive vontade de ir atrás da imprensa sabe pra ver o que podia fazer, me ajudar com isso, que não é fácil, eu tô me sacrificando demais porque o pai dele não me ajuda (f3).

Só eu participei, pra procurar tratamento, pra procurar estudo, tudo foi eu e a força de vontade dele ne porque ele não veio a força ele (adolescente) veio porque ele quis (f1).

Na verdade a luta é praticamente minha, porque eu sou separada do pai dele e é só eu e ele, eu tenho outro filho, mas mora no interior, a minha família também é de lá, ai tem uma tia dele que me ajuda assim bastante a correr atrás de tratamento (f5).

Assim sendo, as famílias, quando percebem o uso de drogas, muitas vezes apresentam algumas estratégias para enfrentar o problema antes de buscarem ajuda em locais disponíveis na rede, dessa forma os familiares começam a agir antes mesmo da confirmação do uso de substâncias psicoativas ou quando acreditam que o problema não adquiriu ainda grandes proporções.

O aconselhamento é uma importante estratégia utilizada pela família para o enfrentamento do uso de drogas por parte do adolescente, no entanto as conversas sobre o assunto parecem ocorrer numa perspectiva amedrontadora, na qual são abordadas apenas as consequências negativas da manutenção do uso, deixando de lado temas sobre como obter uma vida mais saudável:

[...] eu vivia reclamando, eu dava conselhos, chorava (f2).

Ela falava muito né, pra mim tomar cuidado se não eu ia acabar morrendo, mas eu não escutava (u3).

Eu falava para ele que quem usa drogas so tem um caminho, morte ou cadeia e eu não quero nenhum dos dois para você, então eu to lutando e vou até o fim com isso (f1).

Essa forma de pensar das famílias está ancorada em campanhas políticas realizadas com o objetivo de diminuir o consumo, no entanto muitas vezes elas associam pejorativamente o uso da droga aos destinos da “cadeia” ou “caixão”, profetizando o futuro inevitável de um usuário e induzindo à ideia de que não há o que fazer quando o sujeito faz uso de *crack* (PITTA, 2011).

Contudo, também foi percebido um discurso mais realista, nessa perspectiva a presença da droga em várias ocasiões bem como a sua disponibilidade não são ignoradas. Assim, a abstinência não é considerada a única alternativa para o bem-estar; nesse raciocínio, o aspecto mais importante é saber usar:

Eu sempre conversei, eu sempre conversei, eu na minha adolescência, eu também já experimentei a maconha, já

experimentei pó, já experimentei tudo, só que eu nunca disse pra ele, eu disse pra ele, acontece, entendeu que pode acontecer. Eu tiro isso sabe porque, porque eu tenho amigos que hoje são casados, vivem trabalham e de vez em quando compram, eles usam, então eu achava que eles poderiam ser assim também que não precisava se envolver com essas carinhas que estão roubando, não precisava, poxa, estuda, trabalha, não tô dando força pra eles usarem não, se fosse pra usar que eles soubessem pelo menos usar entendeu (f3).

Portanto, o relato acima está de acordo com a estratégia de redução de danos, que oferece opções de uso menos prejudiciais à saúde. Tal abordagem preconiza que a melhor forma de conseguir o bem-estar é não utilizando nenhuma droga, contudo se o usuário não consegue se manter abstinente, é importante que utilize substâncias psicoativas da maneira menos danosa possível (PEREIRA; WURFEL, 2011).

O monitoramento do comportamento dos jovens também parece ser muito importante para as famílias estudadas enfrentarem o problema. Assim, os familiares intensificam a supervisão dos filhos, buscando saber para onde vão, com quem vão, que tipo de música escutam, examinando o cheiro dos adolescentes e tentando impedi-los de sair de casa, algumas famílias chegam ao ponto de trancar os filhos. No entanto, essa estratégia não parece muito eficaz, pois os jovens afirmam que ao sentirem-se confinados, quando possuem a oportunidade de sair, tentam aproveitar e experimentar muito mais do que se tivessem autonomia:

O que ela fazia mesmo era só deixar eu dentro de casa mesmo trancado, ela deixava eu em casa sozinho aí eu ficava em casa sozinho (u3).

Ela ficava me dando conselho pra mim não ir por esse caminho, não deixava eu sair só de casa, só saía se fosse mais meus irmãos, me segurava dentro de casa e assim não me dava mais a confiança que ela me dava (u6).

[...] ela cuidava de mim, mandava eu ir pra escola me ensinava, era coisa que meu pai não fazia, mandava eu ir pro colégio, não deixava eu sair, queria me trancar dentro de casa aí eu fiquei com aquele instinto de ir pro mundo, quando se solta é pior (u2).

No entanto, quando os familiares já não conseguem manter os seus filhos em casa, saem para procurá-los nas ruas, nos locais onde, geralmente, os adolescentes costumam usar drogas:

[...] meu pai ficava me procurando igual doido, ai quando ele me achava me trancava em casa e me deixava lá, ele dizia que me amava, não queria deixar eu sair, ai eu ficava lá quando ele dava bofeira ai eu fugia de novo...ela fazia de tudo pra ir me procurar até pedir dinheiro ela ia, ela ia pedir na igreja, fazia de tudo se humilhava só pra não me ver na rua, ela me ama mesmo ela (f1).

O monitoramento do comportamento dos filhos como uma prática associada aos fatores de proteção, ou seja, comportamentos dos pais relacionados a conhecer melhor aspectos referentes à vida do filho, frequentemente funcionam como um fator de proteção (SCHENKER; MINAYO, 2005; BRUSAMARELLO, 2008; SELEGUIM *et al.*, 2011). No entanto, essa supervisão dos filhos deve ser feita de forma equilibrada, pois Marques e Cruz (2000) comentam que a autonomia do usuário deve ser estimulada, caso contrário ele não terá um repertório necessário para enfrentar as dificuldades do cotidiano.

As famílias também costumam castigar os filhos fisicamente ao tomarem conhecimento do uso de drogas, com o objetivo de que os adolescentes interrompam o uso dessas substâncias. Importante destacar que tal estratégia foi descrita apenas pelos adolescentes:

[...] ai ele começou a me bater, ai eu comecei a me revoltar e sai de casa, ai depois que ele conheceu essa mulher ele parou (u1).

Minha mãe não deixa eu me misturar com as amigadas, quando ela ver ela bate em cima, grita, se for preciso ela bate (u6).

Depois que a minha mãe brigou comigo e me bateu na corrida de cavalo, eu comecei a usar lá mesmo, o povo cheirava lá, cheirava (u7).

Os castigos físicos, frequentemente, estão associados à necessidade de disciplinar as gerações mais novas e impor respeito, dessa forma eles são aceitos como prática disciplinar. Contudo, também estão associados à falta de controle e de paciência dos pais para recorrer a outras medidas educativas que surtirão efeito em longo prazo.

Apesar de ocasionar consequências em curto prazo, os castigos físicos, além de não serem eficientes para a modificação de comportamentos, podem contribuir para o agravamento da situação, já que problemas como baixa autoestima e depressão são frequentes em crianças e adolescentes agredidos fisicamente (RIBEIRO, *et al.* 2007).

Contudo, o discurso dos pais em relação às práticas educativas mostrou-se contrário aos castigos físicos. Os familiares argumentam que não costumam usar essa prática ao descobrir que os adolescentes estão usando drogas, pois acreditam que não resolve o problema:

Eu nunca bati, eu simplesmente conversava, porque bater não resolve nada, eu dizia meu filho isso não é coisa que você faça, sempre disse que isso não é coisa que ele fizesse porque, sabe [...] ia acabar com ele, não ia acabar comigo (f1).

Quando pequeno, eu dava castigo, quando ele queria sair para tal canto, “vai não, sabe porque, porque me desobedeceu, mas quando você me obedecer, eu lhe dou a liberdade de você ir e era assim, eu sempre gostei de dar um ‘moralzim’ nele, não gostava de bater, ai depois que cresceu ai pronto, foi negócio de droga e amizade (f2).

Esse discurso referente à ausência de castigos físicos na educação de jovens e adolescentes está relacionado às modificações ocorridas nas famílias, nas décadas de 1940 e 1950, que culminaram com a mudança do modelo familiar hierárquico para o igualitário. Neste último modelo, a concepção de igualdade acima das diferenças é valorizada. Dessa forma, as práticas de educação deixaram de ser centradas na força física, e outras formas de educar os filhos passaram a ser valorizadas (ESPINDULA; TRINDADE, 2009).

Outra tentativa de impedir o uso de drogas pelos adolescentes é a recusa em dar dinheiro aos jovens, pois os familiares acreditam que os usuários requerem dinheiro para comprar drogas e quando não obtêm não as utilizam. Em oposição a essa crença, também foi identificada a estratégia de conceder dinheiro quando o filho solicita, familiares que agem dessa forma compreendem que os adolescentes não precisarão praticar atividades ilícitas, como furtos e assaltos, para obterem a droga:

Não me dava dinheiro pra mim usar droga, pedia dinheiro a ela ne, ai ela perguntava: para que é que você quer, ai eu falava: eu queria isso e aquilo ai ela não me dava ai ela perguntava se eu queria alguma coisa pra mim ficar assim dentro de casa (u3).

[...] eu... concordava em dar dinheiro, era tipo assim, poxa, está me ajudando tanto dentro de casa e eu dava mesmo sabendo para que era, ai ele dizia: ‘ta mãe, valeu’ e ele saia porque ele queria curtir e voltava, é tipo assim é melhor eu dar do que ele tirar dos outros, sabe, era tipo isso e me doía muito fazer isso, mas sei lá, não sei se ele..., não sei nem o que dizer (f3).

Os adolescentes também apresentam algumas estratégias para lidar com o problema e amenizar o desejo que sentem de usar o *crack*. Assim, é comum que eles procurem se ocupar de diversas atividades, como tentativa de ignorar a vontade de usar a droga:

[...] eu botei na cabeça que não dava mais pra mim e parei, ai agora eu to aqui dentro do abrigo, eu nem fico mais pensando em droga eu fico tranquilo, quando me da vontade de usar eu faço alguma coisa pra me entreter, ai passa a vontade (u1).

[...] eu em casa sozinho ai eu ficava em casa sozinho ai pegava um filme e botava e ficava assistindo ai dormia (u3).

No entanto, uma estratégia chama atenção por se tratar do uso de outra droga para aplacar o desejo de utilizar o *crack*. Nesse sentido, a maconha é vista pelo adolescente como uma aliada na diminuição do uso de *crack*, pois, nessa perspectiva, o usuário fuma a maconha com o objetivo de relaxar nos momentos de abstinência do *crack*:

[...] quando eu fico com vontade de usar *crack* eu vou fumar maconha, quando eu termino de fumar maconha, já passou a vontade de usar o *crack*, ta entendendo, eu acho até que poderia ser até uma boa pra dependente químico e usuário de *crack* e de cocaína também, fumar maconha, que acalma, só da vontade de comer, então hoje em dia quando eu penso, eu digo, não vou fumar um cigarro de maconha, vou fumar, vou relaxar aqui na minha depois eu vou tomar um banho, vou comer, vou ligar pra minha mulher, vou conversar com ela pelo telefone, porque escutando a voz dela eu me acalmo (u11).

Sob a ótica da redução de danos, o uso de uma droga considerada mais leve em substituição à utilização de uma substância com efeitos mais sérios é uma das estratégias para diminuição ou abstinência do consumo de *crack*, pois se o indivíduo consegue, através da maconha, aliviar o desejo de usar *crack*, então esse recurso pode ser importante na recuperação do usuário, já que os efeitos deste são mais prejudiciais que os daquela (BRASIL, 2008).

No entanto, é importante refletir se o uso de maconha, ao invés do *crack*, realmente configura-se como uma estratégia de Redução de Danos ou se apenas representa uma simples substituição de substâncias psicoativas, mantendo, assim, a situação de dependência (PEREIRA; WURFEL, 2011).

Por isso, é importante que as ações de Redução de Danos estabeleçam com precisão quais os riscos e suas dimensões que devem ser minimizadas, além disso, suas estratégias devem estar embasadas em evidências científicas e suas indicações e público-alvo devem ser devidamente explicitados. Ademais, devem ser considerados os riscos e benefícios individuais e coletivos (DIAS, 2003).

Dessa forma, percebe-se que os familiares e adolescentes procuram algumas estratégias comportamentais para lidar com o problema, porém, diante das infrutíferas tentativas de ajudar os jovens, as famílias e os próprios usuários recorrem à busca de ajuda em diferentes serviços integrantes da rede de apoio.

### **c) Itinerário terapêutico: busca por tratamento ou por institucionalização?**

Sobre os tratamentos procurados pelas famílias e adolescentes, ainda é notável a crença de que apenas tratamentos baseados em regimes de internações e no isolamento são eficazes. Assim, a institucionalização do usuário é a primeira alternativa pensada pelos familiares e jovens:

[...] ai eu disse que não dava pra mim, a mãe chorando, ei me arranja uma internação, ai tem que passar pelo albergue. Ai eu ta certo, vou passar pelo albergue (u2).

[...] foi num psicóloga que tem lá no posto de saúde falar com ele, arrumar, ai pediu ao juiz, advogado e tudo para arranjar clinica para ele, ai sempre prometendo ne ate que um dia ela conseguiu ne para ele ir lá pra São Pio (f2).

[...] ai depois eu acho que ele se arrependeu e procurou o conselho tutelar, o conselho tutelar acompanhou ele para um internamento numa casa de recuperação, ele ficou alguns dias lá, depois fugiu dessa casa de recuperação (f5).

O “ isolamento do mundo exterior” é o primeiro e o mais fundamental princípio do tratamento moral ao doente mental, o qual parte do pressuposto de que as causas do sofrimento psíquico estão presentes no meio social, dessa forma é necessário o isolamento do sujeito para afastá-lo da origem dos seus problemas. Tal ideia ainda não foi superada, apesar das lutas contra esse tipo de terapêutica (AMARANTE, 2007, p. 29).

Assim, a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica, a assistência ao doente mental deslocou-se dos hospitais psiquiátricos para a comunidade. Assim sendo, os serviços substitutivos são considerados os componentes da rede mais importantes

nesse novo modelo de saúde mental, e a família também se torna protagonista nos cuidados ao sujeito em sofrimento psíquico. Contudo, os serviços disponíveis na sociedade ainda não dão conta das demandas dos sujeitos em sofrimento mental e de suas famílias (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

Assim, os resultados da pesquisa também demonstram que há poucos serviços disponíveis na comunidade que possam ajudar no enfrentamento do problema. Diante dessa realidade, os familiares expressam descrença em relação às redes sociais de apoio:

La onde moro não tem, não tem apoio de nada e simplesmente está sendo indenizado lá, a gente já não tinha apoio, agora que a gente não tamo tendo mesmo, a gente não tem apoio pra nada e ele precisa (f1).

Nunca (participação em projetos), porque eu moro, no centro, não tem nada, moro na Imperador, ai lá é tipo, lá não tem vizinho, ai lá é só a minha mãe e mais é loja (u6).

Não, às vezes tem certas coisas que eu percebo assim, eu não sei se eu abri os olhos ou fechei, mas religião, política, família, eu só acredito em deus mesmo, eu não espero mais nada de ninguém (f2).

Portanto, observa-se um contexto bem diferente do que é preconizado pela Política de Atenção Integral ao Usuário de Drogas, publicada em 2004, a qual destaca a necessidade de atenção ao usuário, centrada na comunidade e associada à rede de saúde e social. A referida política tem enfoque na reabilitação e reinserção social, assim o cuidado deve ser realizado, preferencialmente, em locais extra-hospitalares de atenção psicossocial (BRASIL, 2004).

A Política de Atenção Integral ao Usuário de Drogas corrobora com os princípios da Reforma Psiquiátrica, que propõe o fortalecimento das bases territoriais do cuidado em saúde mental. Nesse sentido, os tratamentos relacionados a usuários de drogas passam a ser atribuídos a uma rede de cuidados existentes na comunidade, sendo assim serviços como CAPS, Unidades Básicas de Saúde e redes sociais de apoio são essenciais. (NUNES; JUCA; VALENTIM, 2007).

O estudo de Pereira e Costa (2004) revelou que as famílias de adolescentes de baixo poder aquisitivo, geralmente, não possuem uma rede extensa de apoio. Sendo assim, as famílias estudadas possuíam uma história de exclusão social associado à falta de um grupo familiar extenso. Os autores concluem que essa situação

caracterizada por escassez de auxílio comunitário e familiar pode impedir as famílias de exercerem suas funções de cuidado e proteção à criança e ao adolescente.

Em face dessa realidade que contraria a Política de Atenção Integral aos usuários de drogas e que demonstra a escassez de serviços comunitários que poderiam auxiliar no enfrentamento do problema, as famílias acabam lidando sozinhas com os usuários. Dessa forma, a difícil convivência entre familiares e adolescentes usuários de *crack* está relacionada à busca de uma solução rápida para as dificuldades dessa relação.

Assim, a busca das famílias por tratamento está mais relacionada ao afastamento do problema e à solução rápida para os conflitos associados à convivência com o usuário do que à procura de uma terapêutica para o adolescente. Os familiares também acreditam que as instituições vão realizar o que eles já não mais conseguem, manter os jovens fora das ruas, longe do que consideram “más companhias” e de outros perigos. Além disso, não acreditam na eficácia de um tratamento realizado em meio aberto:

[...] a gente sabe que o caps tem, o problema é que sempre se marca as consultas, o problema é que ele nunca vem, é difícil ele aceitar a ideia de vir, é difícil ele aceitar que tem que tomar a medicação porque ele disse que não é doido (f 5).

[...] ele me maltratava muito dentro de casa ne, só faltava quebrar a geladeira, era essas coisas assim, ai meu filho não gostava, é tanto que ele vive nos abrigos é por isso porque meu filho (tio do adolescente) não aguenta mais ele dentro de casa, porque ele disse que eu já estou com uma idade avançada (f2).

[...] teve recaída, foi na época que a mãe tirou do abrigo, começou a se envolver de novo com as amizades, já é a segunda vez que ele vem pro abrigo (f2).

A partir do relato desses familiares, capta-se que a institucionalização não necessariamente precisa ser realizada em um local que ofereça tratamento relacionado ao uso de drogas; sendo assim, qualquer instituição que acolha o adolescente satisfaz os objetivos dos familiares.

Da mesma forma, o desejo dos adolescentes pela institucionalização também não parece estar relacionado a um tratamento direcionado à questão das drogas. O discurso dos usuários demonstra o interesse por instituições que o acolham quando eles estão em situação de rua ou de ameaça:

[...] dizem que o traficante que tava atrás dele invadiu a casa, queria levar as coisas dele porque o x tava devendo e quando voltasse mais tarde ia matar todo mundo, então por isso o pai dele falou 'ah, arranje um lugar para ele', ai eu peguei e arranjei... Eu acredito, no começo ele veio por medo mesmo (f2).

[...] ai eu disse 'eu sei que aqui não é um canto que eu va parar de usar droga porque vocês querem, porque eu sei que na hora que eu quiser pular o muro eu pulo o muro e vou embora, mas é porque eu quero João (coordenador do abrigo) ficar aqui' (u11).

No entanto, apesar dos adolescentes demonstrarem motivação para a institucionalização, na pesquisa também foram identificados casos nos quais o usuário demonstrou resistência. Diante da negação do jovem para submeter-se a algum tratamento baseado no isolamento, a família recorreu à internação compulsória, porém relatam que a estratégia não surtiu o efeito desejado:

No inicio eu procurei a justiça certo, pedindo ajuda pra que, pedindo encaminhamento pra que ele fosse internado compulsoriamente, internamento compulsório, porque devido ele ser de menor tem que ser assim, é por ordem judicial pra ir pro hospital, ai depois tem um período certo pra ficar, a primeira vez que ele foi internado ficou um mês, só que ele passou um mês no hospital psiquiátrico se tratando exatamente pra dependência... só que ele passou um mês no hospital psiquiátrico se tratando exatamente pra dependência e ele saiu de manhã quando foi de tarde já retornou ai não valeu muito a pena não, porque não obteve nenhum resultado, ele passou um mês e quando saiu do mesmo jeito que entrou (f5).

[...] a primeira tentativa da minha mãe pra fazer eu tentar parar de usar *crack*, ela chegou pra mim e disse: Regis tem uma audiência pra ti na quinta vara, ai eu: é mãe, se tu não for tu vai ser preso. (u11).

A internação compulsória se opõe aos princípios da Reforma Psiquiátrica e à luta antimanicomial, os quais preconizam que os cuidados aos usuários devem ocorrer, preferencialmente, em meio aberto. No entanto, essa ideia é aceita sob o pretexto de que usuários de drogas não possuem discernimento para procurar ajuda.

Tal instituto, prevê internações por tempo indeterminado ou não para usuários de drogas, não importando a idade. A solicitação para o procedimento pode ser realizada pelos familiares, responsáveis legais ou pelo Ministério Público, caso se prove a necessidade de tratamento adequado ao paciente ou quando for conveniente a ordem pública (BRASIL, 2012).

A Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, direcionada a pessoas em sofrimento psíquico apresenta três tipos de internação: voluntária, involuntária e compulsória. A internação voluntária ocorre com o consentimento do usuário; a internação involuntária ocorre sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiros, geralmente pela solicitação da família ou responsável. Ambas (voluntária e involuntária) ocorrem com autorização de um médico. Já a internação compulsória ocorre pela determinação da Justiça, em casos de crimes, quando o réu é considerado inimputável, ou seja, incapaz de entender seus próprios atos (DALSENTER, TIMI, 2006).

Assim, o projeto de lei de internação compulsória do usuário de drogas possui caráter diferente da medida de segurança, pois toma por base a incapacidade do sujeito de perceber o caráter destrutivo do vício. Para que esse tipo de internação ocorra, deve haver uma indicação médica (DALSENTER, TIMI, 2006).

Esse projeto de lei foi recentemente aprovado pela Câmara dos Deputados, além de autorizar a internação involuntária de usuários de drogas, o texto-base do projeto prevê o aumento da pena para chefes de organizações criminosas voltadas ao tráfico de drogas. No entanto, para se tornar lei, o projeto ainda precisa ser aprovado pelo senado e sancionado pela presidente Dilma Rousseff. Vale ressaltar que o estado de São Paulo já realizava esse tipo de internação, pois não existe nenhuma proibição legal para tal procedimento (G1, 2013).

No caso dos adolescentes, esse tipo de internação vem sendo realizada com base no ECA. Deste modo, o requerimento para a internação compulsória pode ser realizado pelo Ministério Público, sob o pretexto de garantia do acesso à saúde. Assim sendo, o ECA preconiza que a autoridade competente pode requisitar tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar e ambulatorial, desde que haja indicação médica (DALSENTER; TIMI, 2006).

No entanto, a pesquisa de Bentes, realizada em 1999 com adolescentes em conflito com a lei, apontou que os encaminhamentos realizados pelo judiciário tinham caráter de pena, uma vez que, nos casos estudados, o médico, profissional que deve avaliar os casos para indicação de internação, não foi ouvido, pois não se tratava de indicação, mas de imposição de tratamento.

Dessa forma, os adolescentes participantes deste estudo partilhavam a ideia de que a pena imposta não significou a possibilidade de tratamento, mas uma punição mais severa. Nesse caso, a internação compulsória não pode ser vista como uma medida protetiva, mas apenas como uma punição.

Assim, a busca por ajuda das famílias e adolescentes tem início a partir do desejo dos familiares e dos próprios usuários de obter uma internação que pode ser em hospitais, clínicas de reabilitação ou acolhimentos institucionais. Porém os dois primeiros serviços não foram significativos no itinerário terapêutico dos adolescentes. Para conseguir a institucionalização, a trajetória de busca por auxílio inicia-se no Conselho Tutelar ou no Juizado da Infância e Juventude. É comum também que os adolescentes procurem os albergues (Casas de Passagens) ou sejam encaminhados a eles pelo judiciário, para aguardar uma vaga em abrigo.

A primeira coisa que eu procurei foi o conselho porque eu não sabia do caps ainda ne e primeiro eu procurei o conselho e perguntei como podia me ajudar e ajudar a ele porque não adianta ajudar a ele se eu nao for ajudada ne... então eu procurei ajudar ele, eu fui no conselho...o conselho me indicou um abrigo, fui num abrigo, fui no juizado, no juiz fui em tudo, ... e o método foi esse (f1).

[...] passei um bocado de tempo fumando, ai fui no conselho pedir ajuda, eu quero sair dessa vida, eu prometo a você que não vou entrar mais, ai eu fui pro conselho tutelar e eles me encaminharam pro abrigo (u7).

Procurei a casa de passagem ne que é o albergue, ai eu pedi um encaminhamento pra ca que eu ja era daqui, ai eu pedi um encaminhamento pra ca, ai eu passei 1 mes e 3 dias la esperando pra vir pra ca ai eu vim (u3).

Segundo o ECA, o Conselho Tutelar tem como atribuição zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, nesse sentido, ele é responsável pela aplicação das medidas pertinentes aos pais ou responsáveis como encaminhar os cuidadores a programas de proteção à família; encaminhar a serviços de tratamentos bem como atender aos adolescentes e suas famílias

Os encaminhamentos para o abrigo são realizados para suprir as dificuldades de obtenção de vagas em clínicas de reabilitação ou hospitais, pois poucas recebem adolescentes; já os encaminhamentos para casas de passagem são realizados quando não há disponibilidade de vagas em abrigos. Assim, essa necessidade de

institucionalização dos usuários também demonstra que, geralmente, adolescentes e famílias procuram auxílio quando a situação está muito grave.

De acordo com o ECA, o acolhimento institucional possui caráter provisório e deve ser utilizado em casos de violação grave dos direitos fundamentais da criança e do adolescente. Além disso, imediatamente após o acolhimento, a instituição responsável deve elaborar um plano de atendimento individual, buscando a reintegração familiar. (ECA, 2002).

No entanto, a Lei de Adoção, de 2009, trouxe algumas modificações importantes no que diz respeito a essa medida de proteção. De acordo com a nova lei, as instituições responsáveis pelo atendimento aos adolescentes em regime integral passam a ser denominadas de acolhimentos institucionais e não mais abrigos. A referida lei também ressalta que o jovem deve ser acolhido somente nos casos nos quais outras medidas de proteção, que tenham por base a rede de atendimento, tenham demonstrado ineficácia, ademais o período de acolhimento não deve ultrapassar dois anos (SIQUEIRA; CARDOSO, 2012).

Esse tipo de medida protetiva ocorre apenas por decisão do Conselho Tutelar e por determinação judicial (Justiça da Infância e da Juventude). Durante a sua aplicação, o poder familiar dos pais ou responsáveis fica suspenso e os adolescentes ficam sob a guarda do responsável pelo abrigo (plano Nacional de promoção, proteção e defesa do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar).

Assim, os serviços citados pelos adolescentes: abrigo e casa de passagem, são programas de Acolhimento Institucional, definidos no Art. 90, inciso IV, do ECA. As casas de passagem oferecem um acolhimento emergencial e imediato, portanto sua equipe deve estar preparada para receber crianças ou adolescentes a qualquer horário do dia ou da noite. O serviço realiza acolhimentos de curta duração, apenas o tempo necessário para acolher o adolescente, avaliar a sua situação e encaminhá-lo para a família ou outras instituições de acolhimento (SIABRIGOS, s. d).

Assim, o abrigo atende às expectativas dos adolescentes e das famílias, pois é um local distante do contexto do uso de drogas e, conseqüentemente, dos perigos que o cercam. Portanto, muitos adolescentes sentem-se protegidos na instituição:

[...] é isso, todo mundo me trata bem aqui a não ser os meninos que fica procurando briga, confusão, mas aqui eu me sinto guardado (u1).

Tinham cuidados ne (família) comigo, mas quando não estou aqui (abrigo) eu tenha medo né, eu tenha medo de morrer ou de matar (u3).

[...] eu queria sair das drogas, porque aqui não é um tratamento é só um acolhimento, ai a pessoa pula o muro a qualquer hora... então aqui não é um tratamento, é um acolhimento, mas é bom, é bom porque a gente fica distante da droga (u5).

O abrigo é considerado um apoio para a situação de enfrentamento de uso de drogas, por ser um ambiente distante do contexto que, segundo os familiares, favorece a manutenção do consumo de substâncias psicoativas. Além disso, famílias e adolescentes acreditam que a instituição proporciona vários outros benefícios aos usuários, pois estimulam atividades de lazer e socioeducativas, além de prestar cuidados com alimentação, higiene, estudos e outros. Assim, aparentemente há um forte vínculo entre famílias e funcionários do serviço, principalmente entre adolescentes e educadores sociais:

[...] graças a deus que eu estou num lugar bom (abrigo), tem o João, porque os outros abrigos ninguém chamava, ai ainda bem que Deus botou o João no meu caminho ai e ele todos os dias faz questão que eu fale com a minha família, ele sabe da minha situação, é um cara super gente boa ele... aqui tem muitas atividades pra gente fazer, o João se preocupa com a gente, é uma ótima pessoa ele, os educadores, é isso, todo mundo me trata bem aqui (u1).

Eles sempre perguntam, ta faltando o que ta faltando alimento, cuidam 24 horas, é muito bom, melhor que esta na rua usando droga, remédio 24 horas por cara toma pra não fumar, aqui é muito bom (u7).

[...] o cuidado de não deixar ele parado, o cuidado dele ta fazendo sempre alguma coisa e o que eles fazem de um passeio pra ir a uma praia, um passeio para ir ao teatro, é isso, porque para não ficar todo tempo aqui dentro ne, é um saco mesmo ne, ninguém consegue ficar todo tempo aqui dentro ne, tem que sair, então eu acho legal isso dai e aqui eles também tã indo pra escola, que eu percebi (f2).

Os profissionais do abrigo também realizam encaminhamentos importantes, com o objetivo de reinserir o adolescente na sociedade e de resgatar a sua cidadania. Deste modo, os jovens em situação de acolhimento institucional são encaminhados para escolas, consultas médicas e odontológicas, bem como a tratamentos relacionados ao uso de drogas, quando necessário:

[...] eu vim pro abrigo aqui, ai me falaram pra ir lá, ai eu fui pra tomar uns remédios, porque eu não tava conseguindo dormir e tudo ai eles tão me acompanhando (u2).

[...] eu só pensava em usar droga e fazer besteira e matar os outros eu só pensava nisso, agora eu já penso diferente. Aqui posso fazer muitas coisas ne. Eles fazem coisas como me botar na escola, fazer muitas coisas (u3).

Aqui é melhor do que ta na rua, aqui tem escola pra ir, tem a hora de se acordar, tem a hora de fazer as coisas, tem os passeios, só (u8).

Deste modo, enquanto durar a aplicação da medida, os profissionais do abrigo devem buscar articulação com os demais atores da rede de atendimento, para atender ao adolescente de maneira integral e para manter ou reestabelecer os vínculos sociais. Portanto, a instituição deve buscar junto aos serviços locais e da rede de proteção comunitária fortalecer os vínculos familiares (SIABRIGOS, s.d.).

Para garantir o fortalecimento ou restabelecimento dos vínculos familiares, o ECA (Lei nº 8.069, de 1990) estabelece como função da instituição que realiza o acolhimento o trabalho com adolescentes e também com suas famílias (ECA, 2010). No entanto, foi percebido que a instituição enfrenta dificuldades para trabalhar essas famílias, pois quando o usuário ingressa na instituição, geralmente já possui vínculos familiares bastante fragilizados ou até mesmo inexistentes.

Destarte, os adolescentes do estudo que estavam abrigados recebiam poucas visitas das famílias e a maioria não passava os fins de semana em casa, prática que pode ser realizada mediante autorização judicial e somente com o acompanhamento de um responsável. Assim, durante observações no abrigo, foi percebido que muitos adolescentes demonstravam frustração pelo fato de passar a sexta-feira esperando por algum familiar que o conduzisse para o seu lar nos finais de semana:

Só vieram uma vez, eles não vem, falam só por telefone e dizem que vem mas não vem (u7).

Minha família vem nada, vem nenhum me visitar, só falo com a minha mãe no telefone (u8).

Ainda não, eles aqui do abrigo vão pegar o contato deles (família) (u9).

Através de observações, foi percebido que as visitas ocorrem de forma não planejada, ou seja, podem acontecer a qualquer momento ou horário, ficando a critério da família o momento mais conveniente para realizá-la. Dessa forma, muitas

vezes essa visita ocorre na ausência da equipe técnica, já que os familiares preferem comparecer ao abrigo fora do horário comercial. Também não foi notável nenhuma atividade voltada para os familiares ou alguma ação envolvendo família e adolescentes.

Cardoso (2011) discute que visitas que ocorrem sem um planejamento prévio não trazem os mesmos benefícios de um plano de visitação. O autor argumenta que as visitas devem ser cuidadosamente planejadas para proporcionar maior interação entre adolescentes e famílias, além disso, devem ter objetivos claros e necessitam ocorrer na presença de uma equipe técnica que possa reconectar emocionalmente usuários e familiares.

Diante das dificuldades do fortalecimento do vínculo familiar, os usuários acabam retornando ao abrigo várias vezes. Infere-se então que no acolhimento institucional, os adolescentes recebem diversos encaminhamentos para garantir proteção e cuidado integral, no entanto como a família não é trabalhada para receber o jovem, os problemas de relacionamento ressurgem quando o usuário retorna a família.

Quiseram me botar e eu vi que eu precisava, vi que eu tava mal, destruído ai eu vim pra cá. Foi a minha mãe que me botou aqui, a primeira vez foi a minha madrasta, mas dessa vez foi a minha mãe (u2).

[...] só quem tá do lado dele sou eu... quando ele não ta comigo ele tá no meio da rua, foi na época que a mãe tirou do foi na época que a mãe tirou do abrigo, ja é a segunda vez que ele vim pro abrigo... mãe tirou do abrigo e colocou no meio da rua (f3).

Nesse sentido, muitos adolescentes conseguem algumas aquisições durante o acolhimento institucional, como retomada dos estudos, tratamentos relacionados a drogas e cursos profissionalizantes. Porém quando retornam às famílias, os usuários encontram a mesma situação de vulnerabilidade caracterizada pela escassez de empregos e de apoios sociais. (SILVA; NUNES, 2004).

Diante dessa realidade, é necessário que a equipe do abrigo avalie cada caso e ofereça condições que facilitem o retorno do adolescente à sua família. Deste modo, não só os usuários, mas também suas famílias devem ser assistidos por um programa destinado ao acompanhamento dos egressos (SIQUEIRA, 2010).

No entanto, nem sempre os adolescentes saem do abrigo devido a uma avaliação favorável da equipe, muitas vezes, os usuários se evadam da instituição quando estão em situação de fissura ou abstinência. Esse é um problema enfrentado pela equipe, pois durante conversas informais com os profissionais da instituição foi percebido que há muita dificuldade para encaminhar o adolescente para algum serviço de desintoxicação que atenda esses jovens, ademais os funcionários não dispõem de recursos para lidar com essa situação:

Vir pra cá foi um pensamento que partiu de mim, ai no dia que eu vim pra cá, ai eu tinha gostado, mas tava sob abstinência da droga e pulei o muro, ai voltei dessa vez e estou disposto a ficar (u5).

Foi o povo do conselho, perguntaram se eu queria ajuda, ai eu pedi ajuda ai me trouxeram, mas ai eu pulei o muro e não gostei, senti vontade de usar droga, vontade de sair daqui, ai eu voltei de novo ai to aqui aguentando (u7).

A necessidade de desintoxicação ocorre devido ao fato de, geralmente, o adolescente ingressar no abrigo numa situação grave de uso. Esse problema poderia ser solucionado através do CAPS AD, pois a Política Integral ao Usuário de Drogas, de 2004, estabelece que esse serviço deva oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitam desse tipo de cuidado (BRASIL, 2004).

Contudo, a prática da desintoxicação deve ocorrer apenas quando necessário, caso contrário corre-se o risco de reforçar o paradigma hospitalocêntrico, o qual reduz o tratamento apenas a desintoxicação, não havendo preocupação com a continuidade do tratamento. Dessa forma, o foco da terapêutica deve recair sobre os serviços existentes na comunidade como CAPS, ambulatórios e programas de atenção complementar (profissionalizantes, geração de renda) para favorecer a recuperação integral do sujeito (RAUPP, COSTA, 2006).

Diante dos aspectos discutidos sobre a institucionalização dos adolescentes, percebe-se uma contradição, pois ao institucionalizar o adolescente, garante-se o direito fundamental à vida e à saúde previsto pelo ECA, entretanto, a aplicação dessa medida, considerada protetiva pela mesma lei, desrespeita o direito a convivência familiar e comunitária.

A urgência em internar o usuário ocorre devido a ineficácia da rede de apoio em prevenir o abuso de drogas, detectar usuários em situações menos grave de uso e apoiar as famílias quando o problema já está acontecendo. Tal fato contraria a Política de Atenção Integral aos usuários de drogas, a qual preconiza o fortalecimento de uma rede de assistência comunitária que contemple serviços de saúde e sociais que enfatize a reabilitação social dos usuários. Nesse sentido, o CAPS é considerado o principal ponto de apoio aos usuários de drogas (BRASIL, 2004).

Todavia, no presente estudo, foi observado que o abrigo representa o principal auxílio para adolescentes e famílias no enfrentamento do problema. No entanto, os adolescentes ainda reconhecem também a importância de realizar tratamento no CAPS e nutrem expectativas positivas em relação a esse tipo de tratamento.

Assim logo quando eu cheguei, eu pensava que era estranho assim o caps infantil, mas é bom, eu cheguei, ai conversar com a psicóloga, ai me acostumei já (caps), o pessoal daqui que me levou... Estou conseguindo não usar droga com ajuda da minha mãe, os conselhos da psicóloga do caps lá, os grupos no CAPS (u2).

Espero que eu mude de vida ne que eu não use mais droga e volte pra casa (u3).

#### **d) CAPS AD e CAPSi**

Sobre o início do tratamento dos adolescentes no CAPS, já foi discutido que, geralmente, são os profissionais do abrigo que realizam o encaminhamento para o serviço psicossocial. Entretanto, é importante ressaltar que durante observações junto a equipe do acolhimento institucional, quando se percebe que o adolescente possui problemas com substâncias psicoativas, os funcionários, geralmente assistente social ou psicóloga, conversam com o jovem sobre o CAPS e sugerem a terapêutica. Às vezes, os próprios usuários solicitam algum tratamento para sintomas decorrentes uso de drogas.

Para ir para o CAPS, fui eu que pedi (para a equipe do abrigo), porque assim ne eu sinto assim muita falta da droga eu não quero mais usar (u3).

[...] ai eu fui pro conselho tutelar e eles me encaminharam pro abrigo. Quando cheguei aqui, eu mesmo pedi pra ir pro caps... E porque eu queria tomar a pílula pra mim dormir porque eu não consigo dormir não (motivo de ir ao caps) (u8).

Contudo, também foram observadas críticas referentes ao tratamento relacionado a drogas realizado pelo CAPS:

Estou gostando, mas acho assim no meu caso que tinha que melhorar porque lá o atendimento lá é muito ruim, o atendimento de lá porque a gente chega lá e quer um atendimento melhor, está entendendo, é tudo misturado com os outros (tratamento oferecido pelo caps) (u6).

Portanto, é perceptível que não é necessário o adolescente realmente efetivar o encaminhamento sugerido pela equipe para continuar no abrigo, os encaminhamentos caracterizam-se mais como sugestão do que como imposição. Nesse sentido, o usuário pode desistir do tratamento quando quiser. Mas o que se observou durante conversas informais nos CAPS é que quando o adolescente finaliza o cumprimento da medida de proteção de acolhimento institucional, ele também abandona o seu tratamento no CAPS.

Outra forma de iniciar o tratamento no CAPS, é a partir do encaminhamento realizados por outros serviços com características institucionais como hospital-dia, centro-educacional e clínicas de recuperação.

Ele foi pro CAPS por causa de uma assistente social lá do Patativa onde ele tava... Foi agora recente (f2).

Através daqui mesmo (como conheceu o caps), do centro educacional, porque eu tava necessitando ne eu conversei com a psicóloga ai a psicóloga me enviou pro caps (f6).

[...] era pra ele ficar no Hospital dia ai quando chegamos no hospital dia ai ficou na fila de espera, ai ficou sendo tratado lá com o Dr Hugo, acho que era Hugo... ai depois ele pegou e queria ir pro hospital dia ne, ai teve uma vaga ai nos fomos... ai o Dr disse aqui não fica não, ele usa droga não fica não...ai eu disse e agora pra eu ficar vindo, pagar ônibus e tudo não da não e ele dentro do ônibus é muito agitado e o ônibus lotado... ai ele mandou um papel e eu tirei a carteira dele do ônibus ne, ai ele, não, eu vou dar encaminhamento tem algum CAPS lá perto ai eu disse acho que tem ai pedi pra olhar se ele era daquele outro caps (f6).

Diante do exposto, percebe-se que o acesso ao CAPS ocorre através de encaminhamentos oriundos de vários outros serviços. Importante ressaltar que esses encaminhamentos não são direcionados apenas ao CAPS AD, pois os adolescentes com menos de 16 anos são referenciados para o Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPSI).

O CAPSi possui como foco de atuação a população infanto-juvenil em sofrimento psíquico intenso, assim os princípios que norteiam esse serviço estão de acordo com a Reforma Psiquiátrica, mas também de acordo com o ECA, trata-se então de um dispositivo biopsicossocial voltado a demandas de crianças e adolescentes (DOMBI-BARBOSA, 2009).

Os CAPSi foram propostos para atender principalmente às demandas de transtornos psiquiátricos severos e persistentes, assim o serviço está voltado para o atendimento da demanda de saúde mental de uma forma integrada. Para um atendimento integral, o dispositivo deve oferecer uma proposta terapêutica individualizada e articulada com a rede de apoio existente no seu território (BRASIL, 2004).

Sobre os cuidados ao adolescente em situação de uso de droga, a Política Nacional sobre drogas (2005) estabelece que cabe aos serviços direcionados ao tratamento de usuários desenvolver, adaptar, e implementar diversas práticas de cuidados aos usuários de drogas à condição peculiar de adolescente. Essa política também garante o acesso dos jovens a estratégias de Redução de Danos.

Raupp (2006), ao analisar questões relacionadas a tratamento do problema de drogas no Estatuto da Criança e do Adolescente, conclui que para os adolescentes que abusam de substâncias psicoativas, as medidas de proteção como requisição de tratamentos em serviços de saúde ou sociais para usuários e suas famílias podem ser aplicadas.

Quanto a Política de Atenção Integral ao Usuário de Drogas (2004), o seu texto base não contempla especificamente questões referentes aos locais onde deve ser realizado o tratamento dos adolescentes que abusam de drogas.

Assim, as políticas sobre drogas citadas preconizam que o tratamento para usuários deve ser preferencialmente realizado em serviços comunitários, sendo o CAPS AD o serviço de referência relacionado a problemática. Portanto, o CAPSi, geralmente, não é visto como integrante da rede de apoio aos usuários de substâncias psicoativas. Entretanto, na prática, observa-se que eles possuem um papel importante no tratamento aos usuários de drogas menores de 16 anos.

Pois, de acordo com as observações realizadas no CAPS AD e CAPSi, identificou-se que os adolescentes são mais assíduos aos atendimentos do CAPSi e possuem um vínculo maior com os profissionais desse serviço do que com a equipe do CAPS AD. Dessa forma, observa-se que as ações e práticas executadas pelo CAPSi contemplam a problemática do uso de drogas.

No entanto, os resultados desse estudo divergem daqueles apontados pela pesquisa de Hoffmann, Santos e Mota (2008) a qual buscou caracterizar os usuários dos serviços prestados por um CAPSi. Dessa forma, os autores não encontraram registros de atendimentos associados ao uso de substâncias psicoativas no dispositivo direcionado ao público infanto-juvenil. O diagnóstico mais encontrado no serviço estava relacionado a jovens com transtorno do comportamento e emocionais.

Quanto a participação das famílias em terapêuticas relacionadas ao uso de drogas, nem o CAPSi nem o CAPS AD contemplam as famílias em suas ações e práticas direcionadas ao tratamento dos adolescentes participantes do presente estudo, pois durante observações realizadas nos serviços, não foi identificada nenhuma atividade voltada para as famílias. O discurso familiar também corrobora com o que foi observado no cotidiano dos CAPS, pois os familiares não possuíam conhecimento sobre o tratamento dos filhos, realizado no CAPS e até o momento da entrevista não haviam comparecido ao serviço:

Foi agora recente, foi agora com 17 anos já, parece que pro CAPS ele ia só buscar o remédio lá ne não sei direito, ele tava na São Pio [...] eu não fui ainda pro CAPS (f2).

Não sei como é lá, pois eu nunca fui...quando eu venho visitar o André, eu tenho que vir correndo por causa do trabalho, eu pego 2 ônibus pra vir pra cá (f3).

Não fui ainda (CAPS)... É porque eu só sou uma pra tudo. Olha, eu venho pra cá, mas lá em casa eu deixei fechada. É tanta coisa pra mim, que tem hora que eu fecho as portas e me deito com tanta responsabilidade, que eu tomo remédio controlado, tem hora que eu fico com a minha cabeça groguezinha (f4).

Assim, para os familiares, o CAPS parece ser apenas um serviço o qual o adolescente precisa frequentar porque foi encaminhado pela equipe do abrigo. Portanto, para as famílias, assim como para os adolescentes, o tratamento do CAPS

é apenas um recurso coadjuvante no enfrentamento da situação de uso de drogas, pois a institucionalização e, conseqüentemente o afastamento do contexto de uso de drogas é a estratégia mais importante para a melhora dos jovens.

Essa situação mostra-se contrária ao modelo atual de saúde mental, que enfatiza a importância da família e recomenda o tratamento do usuário desses serviços no seio familiar. Assim, a família passa a ser inserida no contexto terapêutico, contribuindo para a reabilitação psicossocial do sujeito. Antes, os familiares se mantinham afastados do tratamento; hoje o serviço necessita buscar a inserção da família, incentivando a sua participação nas atividades propostas pelo serviço (BIELEMNN *et al.*, 2009).

#### **e) Redes sociais de apoio**

Outro recurso que funciona como apoio para o enfrentamento do uso de drogas é a igreja. Assim, esse tipo de auxílio parece ser bastante representativo para os usuários e famílias, pois segundo eles, frequentar a igreja e rezar regularmente bem como escutar os conselhos do padre ajudam a afastar o pensamento relacionado ao uso de drogas. No entanto essa igreja não necessariamente é a católica, sendo assim, a espiritualidade como estratégia de enfrentamento do problema está além do tipo de religião frequentada.

Tem o pessoal da igreja, de vez em quando ele vai lá, conversar (f6).

A igreja ela tem muitas coisas né, a igreja é de Deus e eu quando eu tava na igreja eu já tinha esse pensamento já, só pensava em servir a deus, Me ajudou muito (u3).

ai teve um dia que eu cheguei lá e fui pra igreja, ai conversei um bocado de coisa lá com padre ai eu parei com essa vida e até hoje eu to rezando, pedindo ajuda, pra sair dessa vida, pelos meninos que tão aqui na casa, pelos educador aqui que ajudam a gente, eu agradeço muito a ajuda que eles me deram e só isso mesmo (u10).

Mas aqui aculá, eu pego todas duas e vou pra igreja católica. Às vezes eu faço é mandar: “-Minhas filhas, vão pra igreja, procurem a reza, procurem a palavra de Deus!”. Eu sou doente, aí eu corro atrás da minha saúde, corro atrás da palavra de Deus, quando eu preciso [...].

Dessa forma, devido ao fato de muitas vezes os serviços não cumprirem o seu papel de realizar um cuidado efetivo aos usuários de drogas, os serviços informais como as igrejas funcionam como um importante suporte que complementam os

cuidados prestados pela rede formal de atenção ao usuário de drogas (VECCHIA; MARTINS, 2006).

A religião atua através do oferecimento de um suporte emocional ao usuário, pois proporciona ao sujeito o sentimento de pertença a um grupo e o aumento da rede de amigos, dessa forma o usuário não mais é considerado um “drogado” ou “marginal”. Tal mudança de papel social contribui para a reinserção dos sujeitos que abusam de drogas na sociedade (CAVALCANTE, *et al.*, 2012).

A religiosidade contribui ainda com o aumento do otimismo, desenvolvimento da percepção de suporte social e de resiliência e para a diminuição da ansiedade. Além disso, usuários que buscam apoio na religião conquistam uma maior confiança da sociedade (CAVALCANTE, *et al.*, 2012).

Outro dispositivo citado pelos familiares foi o posto de saúde, contudo, esse serviço aparentemente não desempenha função importante no enfrentamento da situação de uso, pois os familiares acessam a Unidade Básica de Saúde apenas quando apresentam alguma doença orgânica:

La só tem o posto mesmo, la é só consulta mesmo, aliás eu tenho que ir la porque ele ta muito gordo, a dra. disse que ia passar uns exames para ele de diabetes, a diabetes dele ta 184 e ave Maria para conseguir uma consulta num posto (f6).

Tem o posto de saúde, mas eu nao gosto de posto não, eu quero é distancia de hospital e de posto, so vou quando estou doente (u8).

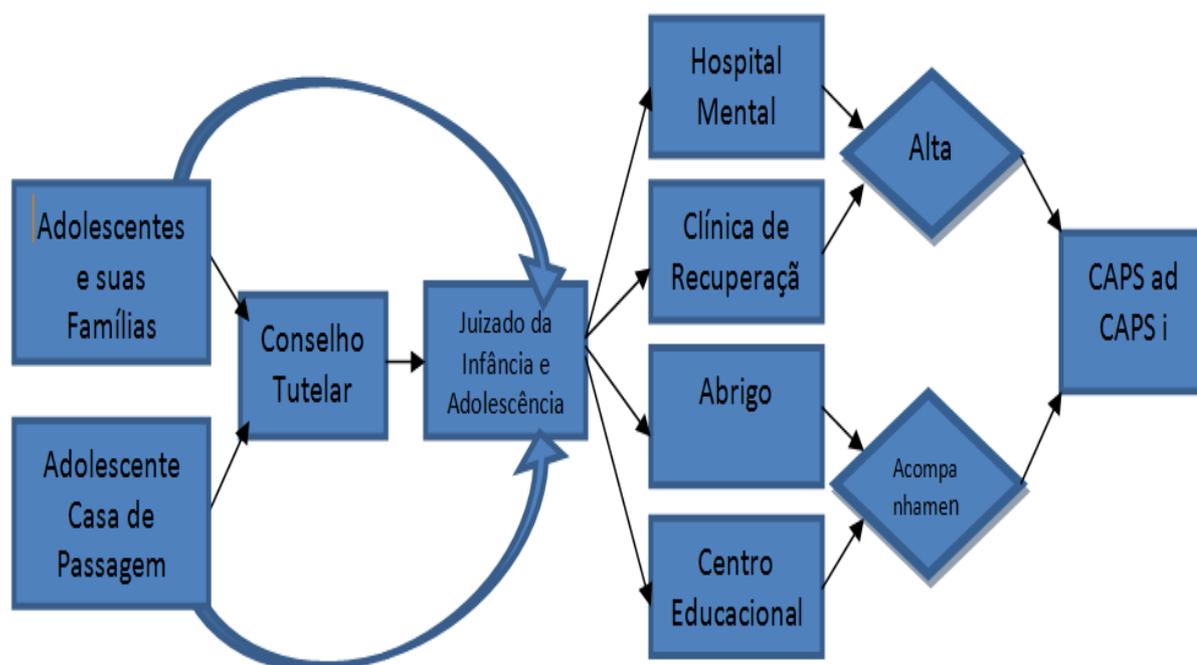
Uma explicação para que os sujeitos não busquem as UBS em casos de envolvimento com drogas, segundo Barbosa de Pinho *et al.* (2012) está relacionada ao funcionamento dos serviços de saúde que reforçam a ideia de que tais locais estão relacionados apenas a necessidades orgânicas dos usuários, nesse sentido, problemas sociais não são considerados demandas dos serviços de atenção primária que por sua vez não oferecem práticas e ações direcionadas a essa problemática.

No entanto, a atenção primária também está inserida na rede de proteção integral ao usuário de drogas, pois como discute Ramalho (2011) a atenção primária deve estar disponível para acolhimento de usuários de droga, funcionando como

porta de entrada desse público no SUS. Assim, é importante que serviços como UBS realizem o reconhecimento dos usuários e seus familiares.

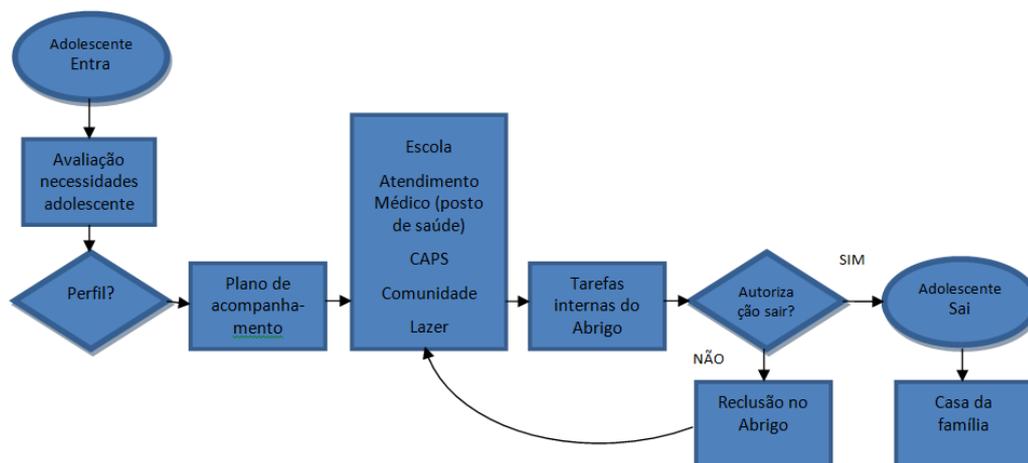
Portanto, a Atenção Primária à Saúde também é considerada integrante da rede de cuidados de assistência ao usuário de drogas e dentre as ofertas de atendimento ao sujeito que abusa de drogas que devem ser propostas nesse nível de atenção estão: a identificação de usuários com necessidades relacionadas à ruptura dos laços sociais, articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município para o desenvolvimento de projetos terapêuticos ampliados, realização do mapeamento de usuários disfuncionais e, com suporte da rede de serviços do sistema de saúde, propor abordagens para estes usuários, como ações de redução de danos ou ofertas de tratamento (BRASIL, 2010).

Diante do exposto, pode-se perceber o itinerário terapêutico percorrido por famílias e usuários na figura 5, abaixo, que representa o fluxograma dos espaços percorridos pelos usuários e seus familiares:



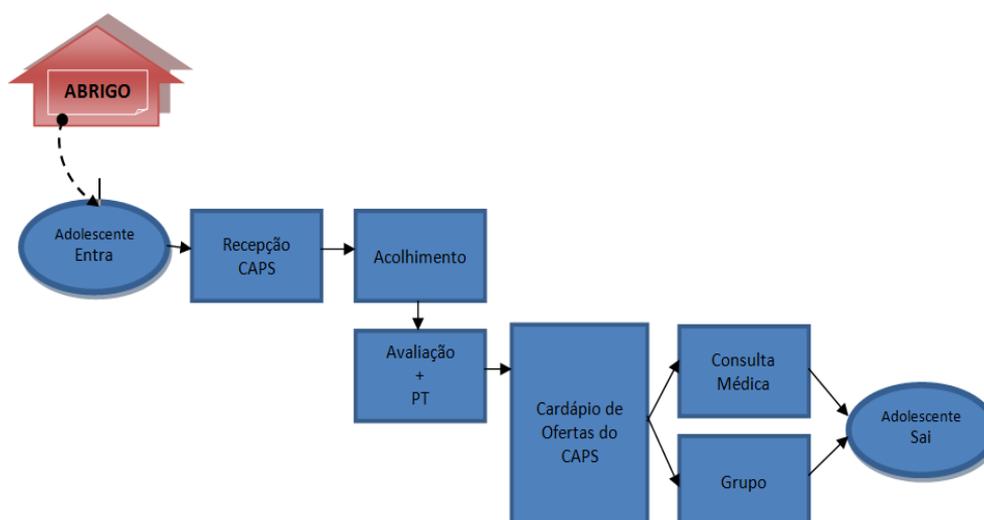
**Figura 5** – Fluxograma do resumo dos espaços percorridos por usuários e famílias

A figura 6, abaixo, mostra o fluxograma do abrigo, delineado a partir do ambiente pesquisado.



**Figura 6** - Fluxograma do abrigo

Já a figura 7, a seguir, traz o fluxograma do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).



**Figura 7** - Fluxograma do CAPS

## 4.2. Uso de drogas e experiências familiares

### a) Experiência de Uso e a percepção das famílias

A partir do depoimento dos familiares e adolescentes, observa-se que os usuários dessa pesquisa faziam uso de múltiplas drogas, sendo a maconha, a cocaína, o crack e benzodiazepínicos foram as substâncias mais utilizadas, o álcool também foi consumido em associação com algumas dessas drogas. Quanto ao

início do consumo, percebe-se que ocorreu ainda nos primeiros anos da adolescência, com destaque para a faixa-etário de 11 a 13 anos, no entanto foi identificado um caso em que o adolescente iniciou o uso com 7 anos de idade.

Foi quando eu fui pra rua ne que meu pai morreu, ai depois que meu pai morreu ai eu comecei a usar droga, comecei a fazer maldade, comecei a fazer besteira. Comecei a usar drogas com 13 anos... Eu usava maconha, cheirava cocaína, fazia um bocado de besteira... O *crack* também eu usava (u3).

Comecei a usar com 13 anos. Usava maconha, pedra e roupinol (u4)

Quando eu comecei a usar droga, eu comecei a usar com 11 ano... Não, pedra não, os outros diz que é a mesma coisa, mas eu usei mais o mesclado que é a pedra com a maconha, ai eu fumava mesclado, cheirava po, tomava roupinol (u10).

Tinha casa, comida, falava pra eu ficar dentro de casa, pra não ficar na rua muito, não deixa eu beber mais, porque eu bebia também direto... a cocaína é diferente, é só pra bebida não pegar (u8).

Comecei a usar droga com 7 anos, a primeira droga foi a cola (u1).

Os resultados corroboram com a pesquisa de Sengik e Scortegagna (2008) a qual apontou que os participantes examinados iniciaram o uso de drogas com idades entre 12 e 15 anos, o estudo buscou investigar a prevalência do consumo de drogas em adolescentes de escolas públicas e particulares e foi realizada no Rio Grande do Sul.

Quanto a substância de uso inicial, houve divergência nos relatos, no entanto a maconha foi a substância mais citada como primeira droga utilizada, em seguida os usuários experimentam cocaína e depois o *crack*. No entanto, outros tipos de entorpecentes também foram mencionados como primeira opção como a cola e outras sequências de uso de drogas também foram descritas. Contudo, normalmente antes de utilizar o *crack*, os adolescentes já consumiam outras substâncias ilícitas que eles consideram mais leves.

[...] a única química, droga que eu usava era a maconha, ai depois eu comecei a cheirar cocaína com meu irmão e eu... eu comecei a me viciar em cocaína legal mesmo, ai nessa brincadeira eu fui ate os 15 anos, depois comecei a usar o *crack* (u11).

[...] eu comecei a fumar maconha, maconha, maconha ai depois comecei a tomar aqueles comprimidos, rivotril, ai depois isso não estava mais me sustentando, não estava mais me satisfazendo ai eu comecei a cheirar lolo, laça perfume ai eu passei pro mesclado que é a maconha e a pedra, ai não me satisfez também a pedra (u6).

Com 7 anos que eu fugi de casa, lá em Brasília eu ficava mais na rua, cheirando cola, mas não era esse negocio de pedra não, ficava só cheirando cola, tinha mes que eu passava 8 meses na rua só cheirando cola (u1).

Nos relatos acima, também se compreende que, com o passar do tempo, as substâncias consideradas “leves” deixam de proporcionar os efeitos prazerosos sentidos no início do uso e então, os adolescentes buscam outras substâncias mais “pesadas” que possam satisfazer a busca pelo prazer.

Assim, os resultados dessa pesquisa diferem do estudo de Sanchez e Nappo (2002) que buscou conhecer a sequência de uso de drogas de usuários adultos. Os autores identificaram 2 fases de uso de substâncias, a primeira com drogas lícitas, sendo o cigarro e o álcool as mais citadas e a segunda com drogas ilícitas marcada pelo uso de maconha, cocaína, chás alucinógenos, opiáceos e *crack* (SANCHEZ; NAPPO, 2002).

Portanto, no estudo, não foi identificado a presença de uma fase de consumo de drogas lícitas, representada pelo uso de cigarro e álcool, pois os adolescentes referem-se apenas ao consumo de drogas ilícitas. Contudo, o álcool também foi mencionado como substância utilizada, mas em associação com substâncias ilícitas.

Uma explicação para essa divergência pode está relacionada ao fato de o álcool, mesmo diante da percepção dos problemas ocasionados por ele, não ser considerado droga pelos familiares e está presente no cotidiano das famílias em estudo:

[...] eu sempre morei so com meu pai ne, ai quando eu morava com meu pai ele bebia aquela garrafinha de cachaça, ai ele bebia, ai eu aprontava, ele fazia qualquer besteira ai ele me batia, ele era esquentado na época, quando ele bebia ele não gostava de ter raiva (u1).

[...] eles tinham pouco porque eles bebia, eles não ligava nem pra nos não, deixava nos la abandonado e saia pra beber e deixava nos la, ai tinha o meu irmão que cuidava de nos (u10).

Que eu saiba não tem mais ninguém que usa droga la em casa... meu filho esse que morreu, não usava droga não, meu filho ne, ele morreu de cirrose por bebida, bebia muito (f1).

Dessa forma, os resultados convergem com o estudo de Bernady e Oliveira (2010), pois os autores, ao analisarem as crenças que os pais possuem sobre o uso

de drogas, encontraram que muitos não consideram o álcool uma droga perigosa, e por isso a substância faz parte do cotidiano de várias famílias e está presente principalmente nos momentos de lazer do fim de semana.

Além do álcool, nesse estudo, não ser considerada droga pelos familiares, a maconha também não é vista como substância prejudicial pelos adolescentes, pelo contrário é descrita como uma droga que proporciona efeitos benéficos. Talvez a crença de que a maconha não é prejudicial esteja relacionada ao fato dessa droga, geralmente, ser a primeira substância ilícita utilizada:

No começo eu via que a maconha era melhor do que as outras porque a maconha nao viciava porque a maconha era so pra comer e engordar (u6).

[...] eu fumo minha maconha, da vontade de comer, eu fico achando graça, ta entendendo, eu fico achando graça ai eu fico brincando com ela, ta entendo é diferente, é uma droga que é diferente, é uma droga leve, é uma droga que faz bem, quer dizer eu acho que me faz bem, eu acho, eu acho, hoje em dia eu acho que me faz bem que eu fumo ai a gente fica brincando pelacula (u11).

Sobre o consumo de maconha, Sanchez e Nappo (2002) ressaltam que dificilmente os usuários utilizam qualquer outra droga ilícita sem antes experimentarem a maconha. Além disso, os autores também pontuam que os sujeitos de sua pesquisa foram bastante favoráveis ao uso da droga, pois acreditavam que a maconha é uma substância leve, que não ocasiona vício e que proporciona efeitos positivos.

A maconha, nesse estudo foi a substância mais utilizada pelos adolescentes e apesar da crença nos efeitos positivos relacionados a ela, em alguns casos identificou-se situações de dependência a essa droga. Já o *crack* também esteve relacionado a dependência, porém, na maioria dos depoimentos, foi citado como uma substância que os usuários experimentaram, usaram por um tempo e depois interromperam o uso. Portanto, os adolescentes não se consideravam usuários de *crack*:

O *crack* também eu cheguei a usar, mas não me aviciei, sou viciado em maconha, mas quero deixar (u3).

[...] ai eu passei pro mesclado que é a maconha e a pedra, ai não me satisfiz também a pedra, ai eu comecei a usar a pedra, mas não

cheguei a me aviciar porque minha mae caiu em cima ai foi na época que eu cai aqui (u6).

O *crack* foi quando eu sai do albergue, um amigo me chamou e eu falei bora eu não tenho nada pra fazer mesmo, eu não sabia nem como era que se usava, mas ai ele começou a me ensinar, ai eu fiquei usando, usando, usando, ai eu não gostei não porque o cara fica assustado ai eu quero mais não ai ate hoje eu parei de usar ai agora só maconha mesmo (u1).

O *crack* eu não usei muito não, usava mais a maconha porque eu não gostei, mas quando eu quero parar eu paro (u9) [...].

Tais resultados estão de acordo com um levantamento realizado em 1997 com estudantes brasileiros do ensino fundamental e do ensino médio em 10 capitais brasileiras o qual demonstrou que a maconha é a droga ilícita mais utilizada. Comparando os resultados do ano de 1997 com outros anteriores, inferiu-se também que a maconha foi a substância que mais teve o seu “uso na vida” aumentado, da mesma forma, o uso frequente e pesado aumentaram ao longo dos anos. (GALDARÓZ, 1997).

Sobre o potencial para dependência da maconha, apesar da maioria dos usuários não se tornar dependente, uma minoria desenvolve uma síndrome de uso compulsivo que se assemelha ao consumo de outras drogas, assim o diagnóstico de dependência dessa substância vem sendo empregado a algum tempo e o risco dos usuários tornarem-se dependentes está relacionado a extensão do consumo (RIBEIRO *et al.*, 2005).

Outro aspecto importante relacionado ao uso de maconha, explícito do depoimento abaixo, é que essa substância contribui para o experimento de outras drogas mais prejudiciais, dentre elas o *crack*:

[...] porque uma puxa outra, no caso a maconha puxa o mesclado, o mesclado puxa a pedra e assim vai...É, você começa a fumar maconha e com o tempo a maconha não vai mais alimentando o seu vicio e ai você vai querer provar outra ai você vai pro mesclado ai também não vai mais servir ai você vai pro *crack* (u6).

Deste modo, há uma crença de que a o uso da maconha ocasiona o uso de outras drogas, uma vez que, nessa perspectiva, a maconha servirá de degrau para outras substâncias consideradas mais pesadas. No entanto, Pimentel, Júnior e

Aragão (2009) destacam que é possível que o indivíduo já inicie o uso de drogas ilícitas por aquelas mais danosas, sem precisar ter feito uso de maconha.

Em relação à idade de experimento do *crack*, houve variação nos relatos, mas ocorreu relativamente cedo, até os 15 anos:

[...] com 11 anos eu já atava sabidinho demais, ai com 10 anos, mais ou menos 11 anos, eu comecei a usar pedra (u2).

[...] com 15 anos, aonde eu conheci uma pessoa que ate hoje eu to com ela e numa briga da gente ela foi embora, separamos, um dia eu cheirando cocaína, não tinha mais cocaína e ai eu fui usar *crack*, nessa brincadeira eu passei 6 meses usando *crack*.

No entanto, estudos como os de Guimarães *et al.* (2008); Sanchez e Nappo (2002); Dias Araújo e Laranjeira (2011) revelaram que o início do consumo de *crack* não ocorreu tão cedo, pois em tais pesquisas observou-se que a idade média de início de envolvimento com o *crack* foi de pouco mais de 20 anos. Contudo essas pesquisas foram realizadas com adultos.

Sobre a percepção das famílias relacionada ao início da experiência de uso dos jovens, observa-se que ,muitas vezes, o comportamento de usar drogas dos adolescentes passa despercebido em um primeiro momento, sendo comum que os familiares percebam o uso apenas quando o sujeito desenvolve uma relação mais problemática com as drogas. Ademais, muitas famílias entrevistadas não tinham conhecimento de que os adolescentes em estudo usavam *crack*:

Eles (familiares) não sabiam nao que eu usava droga, eles começaram a saber so quando eu comecei a ser preso (u9).

Ela confessou pra mim, pra irmã dela, que até droga já tinha usado, porque no começo não percebi não. Aí a gente tratou de tirar ela, tentou de tudo, ela passou foi tempo sem usar e quando foi agora, usou de novo e acabou aqui (centro educacional) (f6).

Não foi quando eu comecei a usar droga, eu usava escondida da minha mãe ai quando ela descobriu que eu tava usando eu já atava começando a usar o *crack* ai ela bateu em cima (u6).

Contudo, não se deve julgar que as famílias sejam incompetentes devido a dificuldade para perceber o uso de droga dos adolescentes, pois de acordo com Nonticuri (2010) é comum que os usuários escondam o uso de substâncias psicoativas das famílias ao máximo, principalmente o de *crack*.

## b) Fatores que contribuíram para o uso de drogas

Sobre os fatores que contribuíram para o início do uso de drogas, a influência dos amigos desempenha um papel muito importante, segundo o relato das famílias e adolescentes:

Foi os meus amigos que eu tava com eles ai eles me ofereceram, eu não sabia o que era ai eu comecei a usar, sem parar, sem parar, todo dia usava, todo dia usava, era bom e eu não queria para (u1).

[...] ai eu fui la pro Bom Jardim, la pra aqueles apartamentos, era onde eu tava morando, morava eu e ela ai, ai eu fiquei la ai eu comecei a fumar maconha, ai eu conheci 2 amigos meus la, ai eu conheci eles la ai eles fumavam mesclado, ai me chamaram pra fumar ai eu fumei, ai quando eu ia fumar, era uns pacotes de pedras, pacote de maconha, todo dia era todo dia (u10).

É o seguinte, desde os 13 anos que ela se pegou com um rapaz. Ele que botou ela a perder. Ele que ensinou tudo o que não presta a ela. Ele que ensinou ela a mentir pra mim, que ela não menti... aí pronto se misturou com quem não presta (f6).

Nessa fase, de fato, o grupo de iguais passa a ter uma importância central nas atitudes do adolescente, pois no decorrer desse período, o sujeito está se tornando adulto e começa a não aceitar mais as orientações parentais na ânsia de obter poder e controle sobre si. Portanto, se o grupo com o qual o jovem se identifica utiliza drogas, haverá pressão para que ele as utilize também (MARQUES; CRUZ, 2000).

Corroborando com a ideia, Cavalcante, Alves e Barroso (2008) discutem que os adolescentes buscam se inserir em grupos de pares com o qual de identificam, nesse contexto, os sujeitos sentem-se pressionados a adotar ações e atitudes exercidas pelos demais componentes do grupo para se sentirem aceitos.

Por outro lado, a necessidade de os familiares associarem o surgimento do problema a um fator externo pode está relacionada à busca de uma justificativa para impossibilidade de controlar os filhos. Assim sendo, os familiares se isentam de culpa por não admitir que os problemas de uso de drogas possam estar relacionados a práticas educativas empregadas por eles. Assim, a responsabilidade sobre o comportamento do adolescente é atribuída ao meio social exterior concretizado nas amizades e no meio externo (ESPINDULA; TRINDADE; SANTOS, 2009).

Aspectos associados a conflitos familiares também foram relacionados a motivação para o uso de substâncias psicoativas. Dessa forma, quando os adolescentes sentem-se contrariados ou ofendidos, recorrem as drogas como forma de punir os familiares ou para lidar com situações conflituosas:

Ela [...] ia buscar eu um tempo dentro das cocheiras, me batia la mesmo, ai depois dessa dia eu comecei a usar, não quer deixar eu correr, eu comecei a usar droga, ah não quer deixar eu correr em cavalo então eu vou usar droga (u7).

[...] os 15 anos, aonde eu conheci uma pessoa que ate hoje eu to com ela e numa briga da gente ela foi embora, separamos, um dia eu cheirando cocaína, não tinha mais cocaína e ai eu fui usar *crack*, nessa brincadeira eu passei 6 meses usando *crack* (u11).

[...] também minha mãe e meu pai era direto me esculhambando, minha mãe, nem tanto, mas meu pai, ai eu fiquei com raiva e comecei a usar (u2).

O motivo do uso também esteve relacionado a perdas, nessas circunstâncias aparentemente a droga é vista, pelo adolescente, como um auxílio para lidar com sentimentos relacionados a perdas.

[...] O meu pai ne porque eu pensava que... porque quando ele morreu eu fiquei doido ne. Porque, ne, assim, eu pensava que tava tudo acabado pra mim porque eu era muito apegado no meu pai, pra onde ele ia ele me levava, pra onde ele saia eu ia com ele, eu ia pra todo canto com ele ne, ate pro trabalho dele eu ia mais ele, ai quando ele morreu eu fiquei assim ne, muito abalado assim é uma coisa que a gente nunca mais esquece ne, ai ate agora eu ainda sinto saudade dele ne, é mas deu pra aliviar mais um pouco né (u3).

[...] eu comecei a usar droga com 12 anos de idade, fumava maconha, tudo começou depois da morte do meu avo, porque tudo começa depois de uma perda grande na vida da gente, meu avo foi quem me criou quem fazia meus gostos... tipo assim depois que ele morreu minha vida desmoronou, tudo entendeu, eu comecei a fumar maconha (u11).

Dessa forma, dificuldades em lidar com diferentes situações foram motivos associados ao uso de drogas. Da mesma forma, a pesquisa de Vasters e Pillon (2011) destaca que a ausência de habilidades para o enfrentamento de conflitos, bem como não saber lidar com sentimentos de “ansiedade” e depressão” são explicações oferecidas pelos jovens para justificar o uso de drogas. Os autores pontuam ainda que o conhecimento dos motivos de uso é importante para os serviços que trabalham com essa demanda, pois auxiliar os adolescentes na resolução de situações graves pode ser uma prática efetiva.

O abuso de drogas de familiares que desempenham papel importante no desenvolvimento dos adolescentes também representa um contexto favorável para o início do uso de drogas, de acordo com o relato de famílias e adolescentes:

Por questões do meu pai, meu pai era dependente químico também e eu cresci vendo meu pai usar droga dentro de casa e eu comecei a usar droga com 12 anos de idade (u11).

O pai, por causa que ele, além da mãe ser uma alcoólatra, ele trazia gente pra usar dentro de casa, guardava arma dentro de casa e usava droga dentro de casa (*crack*) então tudo isso ele ia vendo, então é como se ele tivesse pensado: se ele pode fazer eu também posso fazer, ele pensava assim, então o que contribuiu foi o pai. A mãe é usuária de álcool e o pai de droga, acho que usa o *crack* sim, tenho certeza (f1).

Não é querendo botar a culpa no meu irmão não, mas, meu irmão assim, eu considero ele como irmão que era junto com meu pai, quando meu pai se juntou com a minha madrasta ela tinha 2 filhos e ele 4, mas só foram 2 morar com ele, aí ele pegou e disse: 'umbora neto fumar uma pedra e tal' (u2).

Segundo esses relatos, compreende-se então que o contexto familiar dos adolescentes participantes dessa pesquisa é permeado pelo uso de drogas. Dessa forma, alguns familiares como pai, irmãos, tios e até mesmo a mãe se destacaram como consumidores de drogas. Ademais, substâncias como álcool, maconha e o *crack* foram utilizadas pelos familiares desde a infância dos adolescentes que muitas vezes chegaram a presenciar os membros de sua família consumindo drogas no seu próprio lar.

Dessa forma, diversos estudos abordam a influência do comportamento de usar drogas dos pais sobre o mesmo comportamento dos filhos. No entanto, o irmão mais velho também é visto como um modelo a seguir, sendo assim, a utilização de substâncias psicoativas dos irmãos mais velhos também pode contribuir para o surgimento do problema em irmãos mais jovens (GUIMARAES *et al.*, 2008).

Do mesmo modo, no depoimento dos participantes da pesquisa, o irmão mais velho desempenhou papel importante no envolvimento dos irmãos mais novos com substâncias psicoativas. Assim, os adolescentes entrevistados tanto afirmaram ter sofrido influência do irmão mais velho para consumir drogas como também serviram de modelos para os irmãos mais novos. Portanto, a maioria das famílias desse estudo apresentava mais de um adolescente envolvido com drogas.

Além do abuso de drogas por outros membros das famílias, também se evidenciou a presença de violência intrafamiliar nos casos estudados dentre os fatores apontados pela família como favoráveis ao uso de drogas, nesse contexto o adolescente figura como vítima ou como testemunha de agressões físicas.

[...] todo dia ele (padrasto) me batia, ai meu pai ficou sabendo ai foi la e bateu nele e me levou pra casa ai eu fiquei morando com ele (u1).

Era, só que eu sofri muito. O Pai deles.... Eu fico pensando que meus filhos são tudo assim problemáticos, revolta... Ele vinha atrás de me matar... Eu sofri muito no resguardo... Gravidez também, eu apanhava muito! Pessoa muito problemática. Só que era uma época que não existia assim como existe hoje, a Maria da Penha, aí os homens se aproveitavam (f6).

A violência intrafamiliar é caracterizada pelo Ministério da Saúde como qualquer ação ou omissão praticada por um membro da família (incluindo aqueles que não possuem laços consanguíneos, mas que assumem funções parentais) que impeça o bem estar do sujeito e o prejudique quanto a sua integridade física, aspectos psicológicos, liberdade e outros (Ministério da Saúde, 2001, p. 15).

Apesar da violência física ser o tipo mais comum de agressão no ambiente doméstico, outros tipos de violência também são frequentes como a violência psicológica: que visa ocasionar humilhação, estresse e angústia; sexual: associada a relação de poder entre duas pessoas, nessa situação, um dos sujeitos envolvido é obrigado a realizar o ato por meios de coerção; e violência por negligência: ocorre quando membros familiares ou a sociedade não cumprem o seu papel quanto ao provimento de condições necessárias ao seu desenvolvimento de um indivíduo (ASSIS; FERREIRA, 2012).

Além da violência física, foi identificada no contexto das famílias em estudo a ocorrência de violência por negligência sofrida por um adolescente que se sentia abandonado pelos seus pais os quais não lhe ofereciam cuidados. Também foram percebidos indícios de violência psicológica através de atitudes de discriminação direcionadas aos adolescentes associadas à orientação sexual e à etnia dos mesmos:

Cuidado, so teve pouco, porque era quando eu morava com eles (pais), eles tinham pouco porque eles bebia, eles não ligava nem pra nos não, deixava nos la abandonado e saia pra beber (u10).

A relação com o pai é distante, é meio difícil, porque o pai, porque ele é metido ne... ai o pai dele não gosta, diz que ele é mulher, não sei o que não sei o que e começa a dizer as coisas com ele e ele não gosta ne e por ai vai, não se dão bem não (f2).

Minha mãe, ela não admite ela é racista... era totalmente diferente com meus filhos e eu sempre dizia pra eles, você podem ser o que for, amarelo, preto, branco eu nao quero saber não, o que eles foram eu tenho que esta do lado deles porque eles so tinham eu e mesmo assim ela falava, ela não tem papas na língua para ofender (f3).

No entanto, apesar dos familiares apontarem aspectos familiares como facilitadores do uso de drogas e de vários estudos endossarem essa afirmativa, é importante ressaltar que o fato do adolescente demonstrar envolvimento com a droga vai depender de como ele lida com o referido contexto familiar no seu processo de singularização. Assim, cada adolescente adota comportamentos diferenciados em relação as drogas, ademais outros fatores também propiciam o uso de substâncias psicoativas (SELEGHIM, 2011).

### **c) Modificações no contexto familiar: fragilidade dos vínculos familiares**

Sobre as modificações referentes às relações familiares ocorridas a partir da experiência dos adolescentes com drogas, ressalta-se que estas variaram de acordo com o contexto familiar dos adolescentes e do tipo de relação que estes mantinham com as suas famílias. No entanto situações relacionadas a uma convivência conflituosa e fragilidade de vínculos se destacaram nos relatos.

É importante destacar que as alterações que ocorrem na vida dos usuários de *crack* não são homogêneas, pois estão associadas ao tempo de uso da droga, quantidade de substância ingerida, experiência com internações e prisões, religiosidade, busca de tratamento e também o papel que o sujeito desempenha na sociedade em termos de cidadania (PARIZOTTO; BARAN; ROSSI, 2011).

Nesse sentido, observa-se que aspectos como o uso de droga por outros membros das famílias e a presença de violência familiar já estavam presentes no contexto das famílias dos adolescentes antes do envolvimento destes com substâncias psicoativas, no entanto com o envolvimento dos adolescentes com substâncias psicoativas os conflitos familiares aumentaram.

Contudo, em famílias nas quais os problemas com as drogas e a violência familiar eram mais intensos, os adolescentes não perceberam a ocorrência de mudanças significativas nas relações familiares, já que a situação anterior ao envolvimento com drogas, de abandono e maus tratos, é muito semelhante a atual.

Isso posto, apesar da diversidade de situações familiares observadas ocasionadas pelo envolvimento dos adolescentes com drogas, a situação de exclusão social foi marcante nos depoimentos.

Dessa forma, quanto a sentimentos dos adolescentes e familiares sobre a experiência de uso, compreende-se que a convivência com o usuário de drogas é permeada por sentimentos de sofrimento e tristeza tanto para familiares como para os adolescentes:

[...] a minha mãe tava sofrendo muito, ela via assim eu me acabando assim e eu ficava muito magoado ne também ai foi que eu parei pra pensar ai eu parei de usar (u3).

[...] tipo eu usava droga na frente da minha mãe, sabe o que é um filho usar *crack* na frente da mãe, a mãe dormindo aqui assim e o filho usando *crack*, na frente da mãe, imagina a tristeza da minha mãe (u11).

[...] eu sofri com a dependência química do pai dele, então ele já tinha toda a orientação de saber qual era o resultado da pessoa que usava *crack*, mas ele quis usar e eu sofri muito também por isso... e foi muito triste assim no inicio pra mim aceitar a ideia mas fazer o que né (u6).

No entanto, Brusamarello (2008) pontua que esses sentimentos negativos estão associados ao tipo de relação que o adolescente estabelece com a droga e com o seu contexto social, ou seja, não é a droga em si que provoca esses sentimentos, mas há que se considerar também todo o contexto de vulnerabilidades que geralmente estão associados ao problema.

Os familiares também afirmam que é comum o comportamento agressivo dos usuários com os familiares, bem como o cometimento de furtos no próprio lar:

[...] porque minha vida quando eu comecei a usar droga eu tava começando a roubar a minha família, ai nao tinha amor de família nenhuma eu era abandonado (u 5).

[...] eu sai da casa da minha mãe porque vendi tudo da minha mãe, ate as roupas da minha mãe eu vendi, panela eu amassei pra

vender, eu cheguei a pedir esmola na rua, eu cheguei a comer comida do lixo, eu pegava dinheiro eu não lembrava (u11).

[...] pouco aqui atrás ele chegou em casa pegou rede, eu sempre dormia no chão, ele sempre me deixou dormir no chão, porque se era cama vendia, se era rede vendia, aí pegou o que podia pegar e levou, vendeu aí depois eu acho que ele se arrependeu e procurou o conselho tutelar (u6).

Portanto, percebe-se também nos relatos acima que os conflitos contribuem para a fragilidade dos vínculos familiares, pois as famílias desgastadas, diante da convivência difícil com os usuários, se distanciam dos adolescentes e muitas vezes não os aceitam mais em casa.

Corroborando com a ideia, Raupp (2009) afirma que os relacionamentos familiares, quando existe um usuário de droga, costumam ser permeados por muitas brigas e discussões, o que contribui para o afastamento afetivo e físico.

O fato dos adolescentes, geralmente, passarem muito tempo nas ruas utilizando drogas, principalmente o *crack*, também contribui para a fragilidade do vínculo familiar. Assim, com a continuação do uso de substâncias e o progressivo afastamento das famílias, muitas adolescentes chegaram a morar nas ruas. No entanto a situação teve caráter transitório, já que os adolescentes frequentemente alternavam sua estadia entre, ruas, albergues, centros educacionais ou nas casas de colegas.

Eu fui morar na rua porque eu não queria ficar em casa, não queria respeitar a minha madrasta, aí eu peguei e fui morar sozinho, lá tinha um interior lá, aí tinha um amigo meu que tinha uma casa, aí eu fui morar mais ele, aí eu usava droga (u1).

Eu não tava gostando de casa não, eu não gosto de ficar em casa não. Porque eu não gostava de ficar em casa.... Eu gostava de ficar mais era no meio da rua usando o *crack* (u4).

[...] ela falou que eu ficava na rua, falou que eu ficava mais na rua usando droga, aí eu ficava usando direto (u 8).

Aqueles meninos que vivem na beira mar né, eles vivem num albergue, aí eles vivem lá, mas eles saem, dois dias pode sair, aí eles saem para beira mar aí vão só fumar pedra, roubar aí voltam, tem uns que é pego, vão preso aí se soltam, eu também já fui assim, quer dizer lá não é um abrigo não é uma casa de passagem (u2).

Ainda se percebe que a associação entre uso de *crack*, pobreza e situação de rua ainda prevalece, apesar dessa substância também ser consumida por sujeitos

de distintas classes sociais. O fato dessa droga ser aparentemente de baixo custo para os consumidores contribui para que seu uso se tornasse popular, assim os principais sujeitos que a utilizam são aqueles excluídos da sociedade (RAUPP; ADORNO, 2011).

Sobre as rápidas mudanças referentes aos locais de moradias dos usuários de *crack*, Adorno (1997/1998) utiliza o termo “pessoas em trânsito pelas ruas” para ressaltar a transitoriedade da situação de rua dos usuários de *crack*, pois é comum que usuários alternem idas e vindas entre sua comunidade, instituições que ofereçam acolhimento e as ruas.

Assim, percebe-se o isolamento social dos adolescentes que limitam o seu repertório a contextos relacionados ao uso de *crack*. No entanto, compreende-se que essa situação também é propiciada pela família e pela comunidade em geral que muitas vezes reforça o distanciamento do adolescente. Portanto, esse isolamento social dos jovens, caracterizado por pobres vínculos familiares e comunitários, é favorecido pelo contexto de discriminação ao qual os usuários são submetidos e que reforça a exclusão social desse grupo (CAVALCANTE, *et al.*, 2003).

Deste modo, observa-se que as famílias partilham percepções negativas referentes aos adolescentes que utilizam o *crack*, pois muitas vezes os usuários são considerados “vagabundos” ou “sem vergonha”, sendo estigmatizados pelos próprios familiares:

[...] o pai dele olha ele também, vai lá em casa, ja veio ate aqui também, mas não acredita nessas coisas dele não, chama ele de sem vergonha, ele já veio pra ca (CAPS) mas não entende (f5).

[...] (o roubo em casa) Dava problemas ne que a mae me batia e ai que eu roubava mais, brigava com eu, chamava eu de vagabundo, ladrão e isso fazia eu roubar mais (u7).

Goffman (1993) discute que o termo estigma era usado na Grécia antiga para denominar as marcas realizadas em pessoas que possuíam defeitos morais e que, portanto, deveriam ser evitadas. Nessa perspectiva o estigma era um sinal que alertava as pessoas sobre a necessidade de se evitar alguns contatos sociais. Dessa forma, percebe-se que o termo não passou por muitas mudanças, pois nos

dias de hoje o alerta para evitar certos contatos sociais estão relacionados às características que se desviam das consideradas normais.

Portanto, há um modelo de indivíduo considerado ideal na sociedade, sendo assim as características que se desviam desse padrão, geralmente, são alvos de estigmas através de explicações que buscam garantir a inferioridade daquele grupo estigmatizado e de atitudes e discriminações (GOFFMAN, 1993).

Outra situação que também é ocasionada pelas dificuldades de convivências entre usuários e famílias é a perda de confiança das famílias em relação aos adolescentes:

E ela (mãe) assim não me dava mais a confiança que ela me dava (u6).

Eu já cheguei ao fundo do poço mesmo de ninguém da minha família confiar em mim... Ela não me aceitou mais, ela tipo assim, se mudou e não falou onde era que morava, falou nem pras minhas tias, pra ninguém, só quem sabe onde era que eu morava era ela (u11).

A percepção da perda da confiança da família é acompanhada de sofrimento e muitas vezes de impotência, pelo fato dos adolescentes não conseguirem abandonar o contexto de uso de drogas.

A pesquisa de Parizotto, Baran e Rossi (2011) sobre a percepção dos usuários de *crack* sobre eles próprios, apontou que eles possuem a crença de que sujeitos em situação de uso de *crack* perdem o amor próprio, a autoestima, a confiança e o crédito das pessoas.

Deste modo, observa-se que as situações associadas ao uso de *crack* proporcionam a debilidade dos laços familiares. No entanto também nota-se a fragilidade dos vínculos comunitários, principalmente em relação a escola, instituição que normalmente representa grande parte do contexto social dos jovens. Dentro os motivos relacionados a evasão escolar estão brigas na escola, o tráfico e estigmas relacionados ao uso de drogas:

Não não, ainda vou estudar... fiz até a 5 série... sai em 2010, já tá com 3 anos né... eu fui expulso porque briguei na escola, dei um murro num menino lá (u8).

O estudo eu deixei por causa do tráfico de drogas, porque eu comecei a traficar aí não quis mais saber dos estudos, aí depois eu

tive que correr de la porque eu tava devendo, se eu ficasse la eu ia morrer (u1).

Mas eu to primeiro deixando, parando de usar drogas, porque se eu for desse jeito ninguém aceita eu no colégio ne, chama eu de drogado, eu quero sair das drogas, estudar e sair dessa vida (u 7).

Sendo assim, percebe-se a associação entre uso de drogas e abandono escolar. Essa relação pode ser explicada pelo fato das drogas ocasionarem dificuldades de aprendizagem e, conseqüentemente, a repetência escolar, desmotivando o adolescente a continuar na escola, porém atitudes preconceituosas direcionadas aos usuários também contribuem para a evasão escolar (RIGONI, 2007).

Sobre o ambiente escolar, é importante destacar que este nem sempre é um espaço protetivo para uso de drogas. Nesse sentido, a escola também pode representar um risco quando facilita a proximidade com usuários de drogas ou quando a instituição não realiza práticas preventivas relacionadas ao assunto (Zeitoune, 2012).

### **c) Envolvimento com tráfico e o contexto familiar**

Outra explicação para a debilidade dos laços familiares pode estar relacionada ao envolvimento dos adolescentes com atividades ilícitas, pois além de cometer furtos em casa, muitos usuários, partícipes deste estudo, já realizaram roubos, assaltos, tráfico e até homicídios.

Sobre a motivação para o cometimento de atos infracionais, a partir dos relatos dos adolescentes, compreende-se que há uma relação entre o uso de drogas, principalmente do *crack*, e a realização de práticas ilícitas, pois os usuários justificam a prática de assaltos, tráfico e assassinato para obtenção de dinheiro para satisfazer seu desejo de usar a droga. Observa-se, portanto, através do relato dos adolescentes, que o uso do *crack* provoca o comportamento criminoso:

[...] ai depois eu conheci o *crack* e foi quando eu me desgracei mais... o cara usa e acaba o dinheiro acaba a droga, não tem de onde tirar, não trabalha, o cara vai fazer o que, ele vai roubar (u2).

[...] a pessoa quando não tem mais o que usar, no caso não tem mais dinheiro pra usar ai ela faz logo aquilo que ela vai ter que sustentar o vicio, ela vai querer roubar se for preciso ela mata um pra querer usar porque ela quer usar a droga (u6).

[...] porque quando ele usa ele vai atrás de matar gente vai atrás de brigar atrás de roubar e como minha mãe não dá dinheiro pra ele alimentar esse vício ele vai procurar alguma coisa errada (u6).

O *crack* dava fissura de roubar, ai eu fumava uma aqui e dava logo uma fissura de roubar, não dava vontade de matar, mas roubar dava, dava vontade de fazer tudo quando começava a fumar, fumar mais... Era quando eu tava na fissura eu, eu não tinha dinheiro pra comprar, ai eu roubei, ai eu fui pego (u7).

O *crack* é diferente, porque essa droga seca a pessoa, deixa a pessoa magra, bota a pessoa pra roubar, pra matar pra poder usar ela... A fissura da droga, pra fumar mais, não tem dinheiro ai vai roubar... Com o meu mesmo, eu pedia, tinha vez que eu roubava (u8).

De acordo com o discurso acima, entende-se que os usuários não dispõem de controle do seu comportamento, quando se trata de satisfazer o desejo de usar *crack*. O desejo compulsivo de usar essa substância é denominado de fissura e também ocasiona a manifestação de ansiedade e agitação. No entanto, tal termo não deve ser confundido com a abstinência, que é o aparecimento de sintomas devido à interrupção do uso. O conceito de fissura ainda é ambíguo e impreciso, além disso, pressupõe a perda da autonomia e responsabilidade do usuário (SAPORI, 2010).

No entanto, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde (2009), destaca que há controvérsias sobre o fato de atividades ilícitas serem ocasionadas pela fissura, pois há outra linha de pensamento que sustenta que atos infracionais também podem ser ocasionados pela própria intoxicação.

Contudo, é preciso destacar as relações que o sujeito estabelece com ela. Segundo Barros, (2010) quando se discute sobre o uso de droga, na realidade, aborda-se a relação do usuário com a droga. O autor também critica a personificação da droga, argumentando que as drogas não saem por aí à procura dos usuários. Nesse sentido, há que se considerar a relação entre a droga, o organismo e o ambiente sociocultural, como fator motivacional para os sujeitos iniciarem o uso (BARROS, 2010).

Portanto, reforçando a ideia de que o uso de droga não é o único responsável pela violência, observou-se através do depoimento dos adolescentes que alguns já

praticavam roubos antes mesmo de iniciarem o uso de drogas. Ademais, identificaram-se outros motivos relacionados a práticas ilícitas:

[...] quando eu não usava droga trabalhei assim de, como é, aquele negocio de, de entregador, numa bodega, trabalhava numa bodegazinha de entregador, eu já tinha esse instintozinho de roubar antes mesmo de usar a droga que eu não vou mentir. Eu costumava roubar (u2).

[...] pra mim roubar não tem a ver com droga não, eu roubava só pra se vestir mesmo, só por brincadeira mesmo... brincadeira, só pra eu me divertir, ai eu vou e compro roupa com o dinheiro (u10).

O apelo ao consumismo também está associado ao envolvimento com atos infracionais, pois ao serem impedidos de ter acesso aos diferentes bens de consumo, os adolescentes buscam outros meios de garantir os seus objetivos. Nessa perspectiva, o incentivo ao consumo desenfreado está relacionado à busca de alívio para ansiedade e fuga de preocupações, além de proporcionar reconhecimento social (RAUPP; COSTA, 2013).

Partilhando dessa ideia, Silveira e Silveira (1999) discutem que, na contemporaneidade, a busca pelo prazer e satisfação imediata são valores cultivados na sociedade, nesse contexto o consumo de substâncias psicoativas cumpre um papel social importante, pois é o principal meio para obtenção de *status* e poder.

Os fatores que contribuem para a ascensão de valores voltados à competitividade, individualismo, estética e consumo advêm das transformações científicas e tecnológicas em conjunto com o modelo capitalista vigente na sociedade brasileira. Nessa perspectiva, Sousa; Kantorski e Mielke (2006) discutem que o consumo de drogas também está relacionado a esse contexto de busca de prazer rápido (SOUSA; KANTORSKI; MIELKE, 2006).

Além de proporcionar acesso a objetos e substâncias prazerosas, o cometimento de atividades ilícitas interfere nas relações familiares. Deste modo, muitas vezes as famílias acabam se envolvendo nos problemas dos adolescentes e, em alguns casos, chegam a sofrer punições e modificar a sua rotina devido às atitudes ilícitas dos adolescentes:

Ele veio porque quando a gente estava morando la, eu não sabia muito porque eu passava o dia trabalhando, mas ele ja estava sendo marcado, estavam querendo matar ele eu paguei ate uma divida do l., depois fiquei com medo e decidi morar com a minha mãe (f3).

A causa do A. (irmão do usuário) ter morrido foi por causa que o M. fez um assalto ai não tinha como encontrar o M. ai como tem o ditado se não tem tu vai tu mesmo, a primeira pessoa que encontraram foi o irmão dele ai mataram o irmão dele, a mulher levou ele pro cheiro do queijo e mataram ele (f1).

Sobre a motivação para o tráfico, os adolescentes relatam que passaram a vender substâncias ilícitas para manter o próprio consumo, bem como ter acesso a bens materiais de alto custo. Ademais, foi percebido, durante as narrativas de histórias envolvendo armas de fogo e atos infracionais, um sentimento de orgulho nos usuários por já terem realizado esse tipo de atividade.

Assim, o cometimento de atos ilícitos está relacionado à busca de uma identidade social, por parte de jovens que residem em comunidades carentes. Tais adolescentes, diante de sua invisibilidade social, encontram no mundo do crime uma forma de ascender socialmente e alcançar *status*, mesmo que seja pela imposição de medo, pois ao assumir o papel de bandido, o jovem também é notado pelo seu meio como um sujeito (ATHAYDE, *et al.*, 2005).

Em relação ao cometimento de assassinatos, os adolescentes relatam que cometeram essa atitude criminosa devido a ordens de traficantes mais influentes, pois, caso não realizassem aquilo que lhes foi delegado, seriam punidos com a morte. Deste modo, percebe-se que o tráfico possui regras rígidas:

Isso ai foi na época que eu comecei a usar droga ne ai tinha um traficante que ele gostava muito de mim, gostava muito de mim ai ele me emprestou a arma ai eu fui e fiz essa besteira mas eu não queria, eu não queria fazer essa besteira, parecia o cão assim me levando, assim o cão dentro de mim assim me levando pra mim fazer, mas eu não queria... Ele (traficante) falou ne que era pra mim matar ele porque se eu não matasse ele ele ia acabar me matando (u3).

É do trafico, mas só que esse negócio ai desse cara que eu matei foi porque ele roubou dentro da favela, ele roubou a irmã de um traficante que era o comandante la da favela la, ai ele mandou matar ele, ai eu fui e matei eu, quando ele apareceu la na favela la pra comprar pedra ai eu dei altas facadas nele e rebolei ele no rio, ai no outro dia acharam o corpo dele, ai não sei mais nada não (u10).

Adolescentes que trabalham para o tráfico, geralmente, possuem rápido acesso aos bens de consumo, todavia estão submetidos a rotinas severas, convivem com o constante medo de cometerem falhas ou de serem sabotados pelos outros integrantes do tráfico e, conseqüentemente, serem torturados ou mortos. Além disso, muitas vezes, o traficante importante é quem recebe mais dinheiro e mais regalias, nesse caso, os adolescentes desfrutam apenas de uma pequena parte dos lucros (MEIRELLES; GOMES, 2009).

#### **d) Sobrecarga dos familiares**

Diante de todas as situações relacionadas à convivência familiar conflituosa, envolvimento com roubos, atos infracionais e uso de drogas pelos adolescentes, muitos familiares sentem-se sobrecarregados, pois, geralmente, a responsabilidade sobre o usuário recai para um membro da família:

[...] eu não sou só mãe dele, sou tia, sou mãe, sou avó, eu sou tudo... eu me sinto a mais velha da casa todinha e eu sou a caçula, eu tenho 25 anos, já passei por tudo isso sozinha (f1).

É porque eu só sou uma pra tudo. Olha, eu venho pra cá, mas lá em casa eu deixei fechada. É tanta coisa pra mim, que tem hora que eu fecho as portas e me deito com tanta responsabilidade, que eu tomo remédio controlado, tem hora que eu fico com a minha cabeça groguizinha. (f6).

Rosa (2003) discorre sobre dois tipos de sobrecarga: física e subjetiva. A primeira está relacionada às demandas reais ocasionadas pela convivência com o sujeito em sofrimento psíquico e pelo excesso de responsabilidades. Já a subjetiva está relacionada aos aspectos emocionais.

Identificam-se esses dois tipos de sobrecarga nas famílias em estudo, pois se pode considerar que os cuidados diários, modificações na rotina e a busca por tratamentos estão relacionados à sobrecarga objetiva; e os sentimentos de medo e tensão de que os adolescentes sofram algum tipo de violência estão associados à sobrecarga subjetiva.

Estudos elaborados por Barroso, Bandeira e Nascimento (2007); Pegoraro, Caldana e Lima (2006); Foga, Furageto e Santos (2006); Borba, Schwartz e Kantorski (2008), além de apontarem a presença de sobrecargas relacionadas aos

aspectos objetivos e subjetivos, também destacam a sobrecarga financeira em famílias de adultos usuários de serviços de saúde mental.

Diferente dos estudos acima, na pesquisa realizada com familiares de adolescentes usuários de drogas não foi identificada sobrecarga de cunho financeiro. A ausência desse tipo de sobrecarga pode ser explicada pelo fato dos estudos realizados com adultos terem destacado que os sujeitos em sofrimento mental, antes de entrar em crise, contribuía com a renda familiar, fato que não ocorre com os adolescentes, pois antes do envolvimento com drogas eles não contribuía significativamente com as despesas do lar.

Sobre o fato das reponsabilidades ficarem centralizadas em um único membro da família, geralmente, do sexo feminino, compreende-se que essa situação é comum, pois familiares como irmãos e tios do adolescente se afastam do problema, por não aceitarem a forma agressiva que o mesmo trata o familiar mais empenhado em ajudá-lo:

Todos gostam, é claro que gostam dela, mas todos são contra o jeito que ela desfaz de mim, ela fica assim zombando de mim, achando... Sei lá... Uma coisa que até eu fico assim pensando. O que eu faço com ela, ela era pra me ter era assim... Mas ela é muito grosseira comigo, até a mão já levantou pra bater em mim. Eu tento né? Que isso aí é droga, só pode é ser. Eu entrego a Deus, converso com ela, mas é difícil, viu? Droga dentro de casa... (f6).

Os tios dele nenhum gosta muito dele não, por causa da droga e ele me maltratava muito dentro de casa né, só faltava quebrar a geladeira, era essas coisas assim, ai meu filho não gostava, é tanto que ele vive nos abrigos (f2).

[...] eu quase cheguei a bater na minha mãe para usar droga, ta entendendo é eu passar de 3, de eu passar mais de 2 horas assim perturbando ela por 3 reais pra interar uma pedra de *crack*, ta entendendo, a minha mãe foi muito sofredora, sofreu muito, eu esculhambava ela, ah sua vagabunda, vadia, ah sua puta, eu quero dinheiro, eu quero dinheiro, eu tenho que usar *crack*, ta entendendo e eu não enxergar aquilo (u11).

Percebe-se que, em momentos de fissura, os adolescentes demonstram agressividade. No entanto, este comportamento agressivo é direcionado, geralmente, àquele familiar que mais se preocupa com o jovem.

#### **e) Família como importante rede de apoio**

Os adolescentes possuem vínculos comunitários empobrecidos, contudo apesar de relações conflituosas com as famílias, eles relatam a importância do apoio familiar para o enfrentamento da situação de uso de drogas. Dessa forma, como já exposto no capítulo anterior, muitas vezes a família possui papel importante na busca de tratamento relacionado ao uso de drogas.

Só em ela me dá apoio é importante ela dar o apoio dela... se ela não tivesse vindo me visitar se ela não tivesse me dado mais uma vez a chance que ela ta me dando eu já estava fazendo coisa errada aqui dentro, brigando aqui dentro, me envolvendo em briga, procurando por onde passar mais tempo aqui dentro (u6).

O apoio da minha tia eu acho importante que ela quer, mudou minha vida né, ela que me tirou dessa vida, ela também teve participação desse negocio do abrigo ai, ai eu agradeço muito também por ela, ela ter me ajudado também, ter me acompanhado até o abrigo, ela ter gastado o dinheiro dela pra ir atrás desse abrigo pra mim né e graças a deus eu tô aqui e agradeço também a ela e só (910).

Devido às perdas sociais, muitas vezes, a família e os tratamentos buscados para o tratamento são as únicas redes de apoio dos usuários, conforme demonstra a pesquisa de Sousa et al (2006), que buscou analisar vínculos e redes sociais de usuários do CAPSad e apontou que alguns vínculos comunitários são desfeitos devido a problemas associados ao uso de *crack*. Nesse contexto, o CAPS AD e a família foram os principais componentes da rede social de apoio dos usuários.

O estudo também mostrou que a família era a única rede de apoio com a qual o usuário do CAPSad podia contar, já que os amigos não tiveram papel central, pois os sujeitos justificaram que precisavam manter-se longe dos amigos para não consumirem drogas.

Nesse contexto de perdas, é importante que o usuário procure restabelecer vínculos, principalmente com a família, já que esta representa um suporte muito importante, apesar das relações conflituosas entre adolescentes e familiares, devendo os serviços relacionados a tratamentos de álcool e drogas facilitarem o resgate dos laços familiares, na busca da aproximação das famílias ao serviço, com o objetivo de contribuir para o fortalecimento da rede de suporte.

Portanto, é fundamental que a equipe se empenhe em convocar a família ao serviço, bem como dar suporte a todo o sistema familiar, visto que o tratamento

tenderá a ser mais eficaz se houver a participação dos familiares. (GUIMARAES; ALELUIA, 2012).

Assim, a família funciona como impulsionadora na procura de tratamento e como um suporte para enfrentar os desafios encontrados na luta contra a compulsão pelo *crack*. Nesse sentido, os usuários, ao se conscientizarem do sofrimento de sua família, podem procurar um tratamento, pois quando os usuários percebem que poderão reconquistar seus laços de família, a motivação para um tratamento se torna mais evidente. Assim, o apoio das famílias torna-se um fator decisivo (ALMEIDA, 2010).

Identifica-se esse desejo de procurar ajuda para o enfrentamento da situação de uso de *crack*, no relato de um adolescente que afirma que decidiu buscar ajuda devido ao anseio de restabelecer vínculo com a sua namorada e com sua mãe:

Fui pro abrigo para deixar de usar droga, porque eu queria voltar pra minha namorada, eu queria ter ela de volta... a gente só para quando cai na realidade que a gente tem uma vida boa, quando a gente lembra da nossa vida, que a gente tem uma vida boa, tem pessoas que gostam da gente, eu queria que minha mãe me aceitasse de volta, porque não tem futuro nenhum, o futuro que tem é a morte (u11).

Portanto, percebe-se a importância das famílias na decisão de buscar ajuda para o tratamento e para o enfrentamento dos desafios advindos do processo de tratamento direcionado ao uso de drogas.

Nesse contexto, é essencial o apoio das famílias para o sucesso de uma terapêutica direcionada ao uso abusivo de drogas, bem como a participação das famílias nesse processo.

Sobre a participação das famílias em terapêuticas voltadas ao uso de drogas, Azevedo e Miranda (2010) acreditam que a necessidade de a família ser inserida em terapêuticas voltadas para o abuso de drogas pode ser explicada, em parte, pelo fato de os familiares serem, geralmente, os mais comprometidos com os problemas apresentados pelo usuário e, por isso, quando devidamente estimulados, por exemplo, através de intervenções nos serviços de saúde, são os sujeitos que mais têm recursos para auxiliar o usuário de drogas.

Outra justificativa para a inserção das famílias em tratamentos direcionados ao uso de drogas é a necessidade de cuidados dessas famílias, pois diante das difíceis situações relacionadas à convivência com usuário de drogas, muitos familiares também necessitam de ajuda, como se pode perceber pelos depoimentos abaixo:

Um dia a E. (A.S do abrigo) mesmo falou para mim para eu procurar um psicólogo para conversar, porque não esta sendo fácil para mim, sabe, é muito difícil (f3).

[...] eu procurei o conselho e perguntei como podia me ajudar e ajudar a ele porque não adianta ajudar a ele se eu não for ajudada né... então eu procurei ajuda para ele e para mim (f1).

Diante do exposto, percebe-se que a família possui papel importante no enfrentamento da situação de uso de *crack* e por isso deve ser incluída em qualquer terapêutica direcionada a usuários de drogas. Além disso, a família também necessita de cuidados para desempenhar sua função de cuidadora.

#### **4.3. As instituições, as famílias e as políticas de proteção social**

Dentre os componentes da rede de apoio que auxiliam adolescentes e famílias no enfrentamento da situação de uso de drogas, destacam-se, neste estudo, instituições que se assemelham ao modelo asilar. Deste modo, o Abrigo, também denominado Acolhimento Institucional, e o Centro Educacional podem ser destacados, pois são locais onde os adolescentes em situação de uso de drogas passam grande parte de suas vidas, pois frequentemente se encontram em situação de rua e em conflito com a lei.

O Abrigo é um tipo de internação procurado pela família e pelos adolescentes. Já o Centro Educacional, apesar de não ser uma alternativa nem sempre buscada pelos familiares e adolescentes, desempenha funções equivalentes às do Abrigo. Ademais, os dois modelos de internação possuem características bastante semelhantes.

Como já foi discutido, o abrigo é um programa de acolhimento institucional, e está relacionado a uma medida protetiva, nos casos de violação dos direitos fundamentais da criança e do adolescente.

A internação em Centro Educacional está associada ao cumprimento de medida socioeducativa de privação de liberdade, imposta por autoridade judiciária. Deste modo, o acesso dos adolescentes a essa instituição ocorre a partir do cometimento de ato infracional realizado mediante grave ameaça ou violência a pessoas, por reincidência, no cometimento de outras infrações graves, e por descumprimento de outras medidas. Além disso, a determinação dessa medida pressupõe a existência de provas suficientes de autoria e materialidade da infração (ECA, 2010).

Sobre o período de internação em centros educacionais, esse tipo de medida não possui prazo determinado, dessa forma a manutenção do adolescente na instituição deve ser constantemente reavaliada, a partir de decisões fundamentadas, no máximo, a cada seis meses, contudo o período de privação de liberdade não deve ultrapassar três anos (ECA, 2010).

As medidas socioeducativas não devem ter objetivo de punição, mas devem ser aplicadas como forma de responsabilizar os adolescentes pelos atos infracionais praticados, nesse sentido, devem também oferecer condições para a inserção social (FREITAS, 2011).

O Centro Educacional, assim como o abrigo, não é uma instituição direcionada a tratamentos relacionados ao uso de drogas; no entanto, de acordo com o relato dos adolescentes e de conversas informais com profissionais do Juizado da Infância e Juventude, muitos familiares recorrem ao juiz para solicitar esse tipo de internação para afastar o adolescente do contexto das drogas, quando não há possibilidade de internações em clínicas ou abrigos, devido ao reduzido número de vagas:

Minha mãe disse: F. tem uma audiência pra ti na quinta vara, ai eu: é mãe, se tu não for tu vai ser preso. Quando eu cheguei lá, o juiz: pode levar ele, e eu: me levar pra onde, Dom Bosco, passei 7 dias no Dom Bosco... Foi, porque foi, tipo assim, o juiz disse que ficava mais fácil de conseguir a vaga porque não tem vaga mais em hospital mental ta entendendo, ta muito difícil, ele disse que era mais fácil eu ir pro Dom Bosco e do Dom Bosco eu ser encaminhado pro hospital mental, ficava mais fácil entendeu, ai minha tia: pois ta bom, aceitou, tipo não foi eu, mas não achei ruim, eu não achei ruim, eu achei mais ruim passar no hospital mental do que passar no Dom Bosco (u11).

Aqui (Centro Educacional) eu não posso sair para usar drogas não tem como, por isso não estou usando (u6).

Deste modo, compreende-se que a experiência de privação de liberdade em Centro Educacional nem sempre é vista como uma punição, pois, nos casos em estudo, os adolescentes percebem a internação como uma oportunidade de se afastarem das drogas. De acordo com o relato dos profissionais do centro educacional, alguns adolescentes chegam a cometer atos infracionais com o objetivo de serem internados.

Além de contribuir para o distanciamento das drogas, o Centro Educacional proporciona segurança. Baldissera (2009), em sua pesquisa realizada com adolescentes de uma instituição destinada ao cumprimento de medida de privação de liberdade, revelou que os adolescentes apesar de lamentarem a restrição de sua liberdade sentiam-se seguros na instituição, pois durante a internação evitavam que as ameaças de morte direcionadas a eles se concretizassem (BALDISSERA, 2009).

Portanto, os resultados dessa pesquisa divergem daqueles revelados pelo estudo de Sousa e Costa (2012), pois neste último, os adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas possuíam sentimentos de raiva, injustiça e indignação em relação à imposição da medida socioeducativa.

Entretanto, apesar da internação em abrigo ou Centro Educacional proporcionar uma relativa proteção aos adolescentes e familiares, deve-se questionar se realmente tal estratégia proporciona um efetivo distanciamento das drogas, pois no abrigo foi observado que os adolescentes haviam usado substâncias psicoativas na própria instituição durante um fim de semana, período no qual a equipe dirigente não está presente. Tal fato evidencia que, pelo menos em relação às drogas, talvez esses ambientes não sejam tão seguros:

[...] hoje precisamos interromper a entrevista com o adolescente A., pois houve uma reunião com todos os adolescentes para discutir sobre o incidente ocorrido no final de semana: alguns adolescentes do abrigo foram flagrados consumindo drogas no banheiro. Dessa forma, prosseguiremos semana que vem com a entrevista (DIÁRIO DE CAMPO).

Sobre a prática de encaminhar adolescentes com problemas decorrentes de uso de drogas para Centros Educacionais, observou-se, através de conversas informais com profissionais do juizado, que tal procedimento, geralmente, ocorre quando os jovens já estão em situação de conflito com a lei e em cumprimento de

medidas socioeducativas diferentes da internação. Nesses casos, quando as famílias recorrem ao juizado para narrar conflitos relacionados às drogas, muitas vezes o juiz considera que houve um descumprimento da medida socioeducativa anteriormente aplicada e impõe, então, uma internação sanção, de 45 dias, como forma de punição.

Segundo o ECA, a aplicação da internação sanção ocorre quando o adolescente descumpre alguma medida em meio aberto. Nesse caso, o socioeducando pode passar até três meses em Centro Educacional.

Nesse sentido, a internação é vista como punição, pois, segundo o ECA (2010), a privação de liberdade é considerada a medida socioeducativa mais restritiva. Portanto, de acordo com a gravidade do ato infracional, outras medidas podem ser aplicadas, como: advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida e semiliberdade.

Assim, geralmente a internação é direcionada para adolescentes que estão em conflito com a lei, porém muitas famílias, diante dessa situação, sentem-se impotentes e desamparadas pelo Poder Judiciário, como se pode perceber a partir do relato de uma mãe que procurou o fórum de uma cidade do interior, a fim de obter uma internação:

[...] sabe o que foi que disse o promotor, perguntou se ele tinha algum crime, eu disse não, ele quer ajuda pra sair das drogas, aqui só tem internação pra ele se tiver acontecido um crime, é um crime não, um ato infracional. Então, poxa, eu tenho que esperar meu filho cometer isso pra poder ajudar ele (f3).

De acordo com a equipe do Juizado da Infância e Juventude, algumas atitudes são tomadas quando as famílias procuram o judiciário, com queixas sobre os usuários de drogas que não estão envolvidos em conflitos com a lei. Nesses casos, o juiz realiza uma advertência, contudo, a possibilidade de internação é afastada.

Segundo o ECA (2010), a advertência é um tipo de medida socioeducativa aplicada ao adolescente, que consiste em admoestação verbal que será reduzida a termo e assinada. Em termos práticos, diz Freitas (2012), a advertência determina que o adolescente compareça à autoridade judicial para ser advertido sobre a sua conduta infracional.

Porém, quando o adolescente é abordado com drogas, por policiais, geralmente, a autoridade judiciária impõe uma medida em meio aberto, como a Liberdade Assistida. Contudo, segundo informações da equipe do Juizado da Infância e Juventude, ultimamente não está sendo feita uma distinção entre uso de drogas e o tráfico, sendo assim, os adolescentes acabam respondendo pelas duas infrações.

Sobre a relação entre a Justiça e as substâncias ilícitas, a Lei (11.343/06) sobre drogas estabelece formas diferentes de sua aplicação para usuários e para traficantes.

De acordo com essa legislação, ao usuário de drogas cabe a Justiça restaurativa, que submete o sujeito a medidas socioeducativas e penas alternativas e não mais a privação de liberdade. Por outro lado, o traficante está sujeito ao agravamento de penas e à eliminação de benefícios. Contudo, a mencionada lei não estabelece critérios práticos que diferenciem o uso e o tráfico (MASSA; BACELLAR, 2008).

A medida de Liberdade Assistida compreende o acompanhamento do adolescente, através de atendimentos realizados por uma equipe multiprofissional, e tem como objetivo a sua inserção familiar e comunitária (FREITAS, 2012).

A partir de conversas informais com a equipe do Centro Educacional, obteve-se a informação de que alguns adolescentes já cumpriram medida de privação de liberdade, na instituição, por uso de drogas: “Segundo relato de um profissional da equipe, alguns adolescentes já cumpriram medida socioeducativa de privação de liberdade por uso de drogas (DIÁRIO DE CAMPO).”

Portanto, percebe-se que o uso de drogas ainda é penalizado, pois apesar do ECA ressaltar que medidas protetivas podem ser aplicadas aos adolescentes com envolvimento com substâncias psicoativas, como a inserção em serviços comunitários ou oficiais, medidas socioeducativas ainda são impostas para os usuários, revelando que os esforços para o rompimento com a história da criminalização do sujeito que faz uso de drogas ainda tem pouco impacto na sociedade (MOREIRA; SILVA; MARTINHS, 2009).

Também se pode observar a penalização do uso de drogas, a partir do relato de um adolescente que, ao ser flagrado com drogas, foi direcionado à Delegacia da Criança e do Adolescente (DCA), de onde foi encaminhado para o Juizado, para cumprir medida socioeducativa:

[...] quando eu terminei de fumar a maconha ai fica uma pontinha igual o cigarro pra eu jogar fora ai eu peguei e não joguei, botei dentro do bolso ai me pegaram só com aquilo ai me levaram pra DCA, não era nem caso de levar pra DCA, era uma pontinha de nada, me levaram por causa de uma pontinha de nada, mas também eu só fiquei 2 dias nem descii, ai eu fiquei 2 dias, a juíza me liberou...LA, ah ela falou pra eu ir pra LA (u1).

Sendo a DCA a delegacia responsável pelas investigações para apuração de atos infracionais atribuídos ao adolescente, de acordo com o ECA, compreende-se que o usuário de drogas ainda é tratado como um criminoso. Ademais, a L.A é considerada a segunda medida mais restritiva, pois o descumprimento dela implica a privação de liberdade (ECA).

No entanto, apesar de ser considerada a medida mais restritiva, além de afastar os adolescentes da droga, a privação de liberdade em Centro Educacional também oferece outras oportunidades de ressocialização que os adolescentes não possuem quando estão em liberdade.

Nesse sentido, atividades educacionais, profissionais e artísticas, bem como a realização de encaminhamentos a outros componentes da rede social de apoio, quando necessários, foram descritos pelos profissionais do Centro Educacional, durante conversas informais com a equipe e também pelos adolescentes durante as entrevistas. Assim, pode-se observar que as atividades socioeducativas que ocorrem nos abrigos também são realizadas no Centro Educacional:

[...] mas é uma casa que você estuda, é uma casa que você aprende coisa na marcenaria, você aprende a desenhar na marcenaria, a fazer desenho, só não é assim uma casa, só não é muito bom porque você fica dentro de uma cela, ta entendendo, mas é 7 refeições tipo, a gente acordava, 6 horas da manhã tinha uma refeição, 9 horas tinha outra, tinha um almoço, 6 horas da tarde tinha outra, ai eram 3 refeições, quer dizer, ai tinha a janta e depois da janta ainda tinha a ceia, 6 refeições por dia (u11).

O encaminhamento para outros serviços como CAPS AD, ou CAPSi, da mesma forma que para o abrigo, não possui caráter obrigatório, pois através de conversas informais com a equipe e do relato dos adolescentes, percebe-se que tal procedimento envolve uma conversa com os jovens para avaliar o tipo de tratamento mais adequado e para explicação sobre a terapêutica mais adequada. Além disso, os profissionais avaliam o interesse do adolescente para tratar-se:

[...] ai teve um dia que eu fui conversar com a psicóloga e disse que eu não estava mais aguentando que eu tava em tempo de endoidar aqui dentro tava sentindo falta da droga ai foi ela pegou e sugeriu, 'você acha que você no caps resolve o seu problema'? ai eu disse rapaz vai resolver ai a gente foi lá ela marcou e foi desse jeito (u6).

Os adolescentes em centros educacionais não são obrigados a realizar tratamento nos CAPS, dessa forma o encaminhamento para os serviços é realizado quando o adolescente demonstra algum tipo de interesse pelo tratamento. A equipe percebe que muitos adolescentes faziam uso de drogas, mas só realizam encaminhamento quando os jovens solicitam ajuda (DIÁRIO DE CAMPO).

Deste modo, o estatuto estabelece que o cumprimento das medidas socioeducativas de privação de liberdade deve ocorrer em locais e circunstâncias que garantam o desenvolvimento saudável dos adolescentes. Nessa perspectiva, os jovens internos devem ter acesso a programas pedagógicos, como: atividades educacionais, escolares, profissionalização, esporte, artes e saúde. A partir desse suporte, o adolescente em conflito com a lei terá condições de refletir sobre seus atos e responsabilidades, bem como sobre o seu papel, ao término do cumprimento da medida (COUTINHO *et al.*, 2011).

As atividades socioeducativas realizadas no Abrigo e no Centro Educacional são muito importantes para os adolescentes, no entanto é preciso realizar o seguinte questionamento: Essas práticas socioeducativas, as quais os adolescentes estão submetidos, realmente permitem uma resignificação da vivência dos atos infracionais ou, ao invés disso, funcionam somente para ocupar o tempo livre dos adolescentes?

Assim, as medidas socioeducativas somente serão efetivas se possibilitarem ao adolescente a compreensão do significado de atividades ilícitas em sua história (SOUSA; COSTA, 2012).

Sobre o relacionamento dos adolescentes com a equipe e com os companheiros da instituição, assim como no abrigo, também foi observado um forte vínculo entre a equipe e os adolescentes. De acordo com os profissionais, alguns socioeducandos ficaram tristes e já chegaram a chorar, ao receberem a notícia de que seriam liberados da medida. Em relação aos outros adolescentes internos, a equipe relata que percebem uma relação de companheirismo:

[...] ocorre também que muitas vezes, o adolescente acaba se vinculando bastante à instituição e a equipe dirigente de tal forma que alguns já chegaram a chorar ao serem desligados da medida. A equipe relatou que isso acontece porque os profissionais lidam bem com os internos, oferecendo atenção a eles [...] (DIÁRIO DE CAMPO).

No entanto, de acordo com relatos dos adolescentes, nem sempre a relação com os outros internos é permeada por companheirismo, pois muitas vezes há conflitos entre eles. Durante observação de um grupo, realizada no CAPSi, uma adolescente, que encontrava-se em cumprimento de medida socioeducativa de internação, relatou que estava triste, pois no Centro Educacional estava sendo acusada injustamente de algo que ela não havia feito, contudo não poderia simplesmente falar a verdade à equipe, pois isso implicaria acusar outra menina e, conseqüentemente, ser punida pelas outras internas por “caboetar” a companheira.

Entretanto, aprender a lidar com esses conflitos no Centro Educacional pode ser um aspecto positivo da experiência de internação, como mostra o relato de uma adolescente:

[...] falo normal assim né eu falo com as meninas todas, falo com as meninas tudinho, brinco, mas também tem hora assim que... aqui não é só alegria também tem dificuldade você fica pensando na sua família lá fora (u6).

Aqui a gente aprende muita coisa, aprende a ser humilde, aprende a ser nós mesmos a gente tem que aprender a falar, tem que ser realista tem que aprender a gostar também, aqui a gente aprende muita coisa, aprende a escutar, aprende a ouvir, aprende muita coisa, aprende a pedir desculpa, a perdoar [...] (u6).

Situações de conflito entre os adolescentes também foram observadas no abrigo ...é isso, todo mundo me trata bem aqui, a não ser os meninos que fica procurando briga e confusão comigo (u1)

Quanto à experiência de institucionalização, observou-se que os adolescentes que estão no abrigo possuem certa liberdade, pois, diferentemente do que ocorre no Centro Educacional, os jovens residentes em abrigo podem passar o fim de semana em casa, mediante autorização judicial; podem ir à escola sem nenhum profissional para acompanhar e possuem permissão para usar suas roupas, manter alguns objetos pessoais e podem receber visitas a qualquer momento.

Quanto à rotina dessas instituições, a partir das observações em campo, foi percebido que apesar do abrigo possuir regras mais flexíveis do que o Centro Educacional, compreende-se que os adolescentes em ambos os locais estão sujeitos a uma rígida disciplina com horários bem delimitados aos quais os sujeitos institucionalizados necessitam se adaptar:

Abrigo: cada dormitório acomoda 4 meninos que se dividem em 2 beliches. Os profissionais descrevem a rotina dos adolescentes como “liberdade com regras” desse modo os adolescentes possuem horários bem definidos para a realização de todas as atividades. Cada adolescente possui uma função relativa a limpeza do abrigo e também possuem obrigações como lavar suas próprias roupas. Alguns fazem cursos, outros vão para escola, participam de atividades lúdicas, de leitura. Há também passeios mensais e todas as tardes, os internos podem brincar numa quadra de futebol existente nas proximidades do abrigo (DIÁRIO DE CAMPO).

Centro Educacional: os adolescentes dividem a sua acomodação com outros companheiros e seguem uma rígida rotina, com horários bem delimitados para realização de suas atividades, sendo a maioria realizada de forma coletiva (DIÁRIO DE CAMPO).

Nesse sentido, abrigo e Centro Educacional assemelham-se bastante ao que Goffman (1996) denominou de instituições totais. Segundo o autor, uma instituição total acolhe indivíduos em situação semelhante e separa-os, por um período de tempo, da sociedade, impondo-lhes uma rotina limitada à instituição, sob a vigilância de uma administração rigorosa. Nesse contexto, o indivíduo, ao ingressar nessas instituições, obrigatoriamente, necessita seguir as regras impostas.

O autor também destaca que ao ser inserido na instituição, o sujeito sofre um processo de mortificação do eu, decorrente das tentativas de sistematização dos sujeitos, através de rígida disciplina imposta para todos os indivíduos, proibição do uso de objetos pessoais e limitado contato com o contexto exterior da instituição. Assim, a experiência institucional ocasiona a perda de identidade do indivíduo, pois

a nova rotina do institucionalizado se difere bastante daquela que possuía antes de ser acolhido, uma vez que suas atividades diárias são impostas e devem ser realizadas juntamente com um grupo de companheiros, em horários estabelecidos pela equipe dirigente (GOFFMAN, 1996).

Quando os adolescentes violam as regras dessas instituições, sofrem as punições. As sanções abrangem a retirada de atividades de lazer e aumento de atividades laborais. No abrigo, nos casos mais graves, os jovens são levados à DCA, de onde são encaminhados para cumprir medida socioeducativa. No Centro Educacional, as violações de regras mais sérias ocasionam o aumento do período de internação.

Pode-se perceber, a partir de observações realizadas no campo, que os profissionais das instituições acreditam que disciplinar os adolescentes acolhidos em instituições totais é fundamental para que eles possam conviver em sociedade, como mostra o registro: “Profissional do abrigo: “Eles (adolescentes) gostam daqui porque têm limites, que isso eles não têm em casa” (DIÁRIO DE CAMPO).

Nesse contexto, percebe-se que as instituições atuam no sentido de corrigir o comportamento dos adolescentes, por meio da disciplina e de punições relacionadas à violação das regras.

Sobre as formas de punir os sujeitos, Foucault (1987) discute que no passado a punição implicava ocasionar sofrimento físico ao corpo, contudo, nos dias de hoje, as punições ainda são direcionadas ao corpo, mas não objetivam mais a dor física. Nessa perspectiva, as punições são praticadas através da disciplinarização e de uma vigilância permanente, capaz de tornar tudo visível e de controlar os indivíduos para, então, corrigi-los.

O autor ressalta que a disciplina é o método que permite a dominação e a manipulação, além de servir aos interesses econômicos. Portanto, o corpo disciplinado se torna útil se, ao mesmo tempo, for produtivo e submisso. Nesse contexto, a submissão dos indivíduos não acontece apenas pela violência, mas através da imposição de ideologias, por exemplo (FOUCAULT, 1987).

Outro aspecto que pode ser identificado no relato dos entrevistados e nas observações é o que Goffman (1996) considera como sistema de privilégios, dessa forma as regras e imposições da instituição, se bem aceitas, permitem privilégios, entretanto, se violadas, ocasionam castigo e suspensão temporária de privilégios. Percebe-se, então, que o bom e o mau comportamento estão relacionados ao tempo de permanência na instituição.

No caso do abrigo, o bom comportamento implica a manutenção de sua estadia na instituição, visto que quando o indivíduo não se adapta à rotina, pode ser transferido para outro tipo de acolhimento institucional. Por outro lado, no Centro Educacional, a obediência está associada a uma menor permanência no local.

Em relação ao Centro Educacional, Alves de Sousa e Fortunato Costa (2012) fazem o seguinte questionamento: Será que o bom comportamento dos adolescentes como participação nas atividades propostas e cumprimento das regras, realmente, significa que ocorreu uma mudança significativa no comportamento desses adolescentes, ou apenas são meios de conseguir os prêmios do sistema de privilégios?

Do mesmo modo, pode-se realizar o mesmo questionamento, levando em consideração o contexto do abrigo: Será que a obediência dos jovens abrigados está relacionada a mudanças comportamentais e de atitudes que permanecerão após a saída dos adolescentes da instituição, ou a adaptação às regras visa apenas à obtenção de privilégios e manutenção no local?

Aparentemente, as mudanças comportamentais não se mantêm após a saída dos adolescentes das instituições, pois durante observações realizadas nos CAPS, percebeu-se que, ao saírem das instituições, os adolescentes abandonam o tratamento relacionado ao uso de drogas. Além disso, os profissionais das instituições relatam que a reincidência do adolescente em Centro Educacional e abrigo é comum e, geralmente, eles retornam na mesma situação na qual se encontravam quando foram inseridos nesses locais pela primeira vez.

Nesse sentido, compreende-se que as instituições em estudo baseiam-se no modelo disciplinar e curativo, que objetivam a “reforma moral”. Contudo, tal abordagem não garante a proteção à vida e à saúde e, portanto, necessita ser

substituída por outra que possua como ideal a transformação das condições que afetam a vida do adolescente e prime pelo investimento em suas potencialidades, trabalhando numa perspectiva de promoção de saúde (COSTA; ASSIS, 2006).

Nesse sentido, observa-se que o enfoque correccional-repressivo e assistencialista ainda se sobrepõe ao socioeducativo, apesar de existirem aspectos socioeducativos nas duas instituições. Assim, o atendimento aos adolescentes ainda está centrado na punição e no ato infracional, e almeja a "cura" dos comportamentos infracionais (COSTA; ASSIS, 2006).

Portanto, compreende-se que por mais que características da abordagem socioeducativa estejam presentes, principalmente nos abrigos, pois nesses locais observa-se uma tentativa de estreitar os laços com outros componentes da rede de apoio disponíveis na comunidade, observa-se que apenas o acesso dos adolescentes aos serviços de saúde, espaços de lazer e escolas não é suficiente para o cuidado integral. Ademais, a busca de recursos comunitários não assegura que tais instituições sejam, de fato, diferentes das tradicionais (GRANZOTTO; MILNITISKY-SAPIRO, 2005).

No que diz respeito ao trabalho com as famílias, observou-se que, da mesma forma que no abrigo, no Centro Educacional não há uma abordagem direcionada aos familiares. A presença das famílias nas instituições limitou-se a atendimentos com a equipe técnica, quando necessários, e visitas aos adolescentes.

Nesse contexto, observa-se que não há uma preparação das famílias para receber esses adolescentes que passam boa parte de suas vidas em instituições. Deste modo, as estratégias de cuidado, oferecidas por essas instituições, permanecem centralizadas nos adolescentes. A família aparentemente também deposita nos profissionais responsabilidades referentes aos adolescentes, já que deixam a cargo da equipe tarefas importantes, como a retirada de documentos, inserção escolar dos adolescentes, busca de tratamento relacionado a drogas e outras.

De acordo com os profissionais dos abrigos, os adolescentes, muitas vezes, ingressam nesse tipo de acolhimento sem nenhum tipo de documento, então a equipe, orienta as famílias quanto a esse procedimento e quando os adolescentes não possuem vínculos

familiares, a própria equipe facilita esse processo... Em relação a escola, os profissionais relatam que a maioria dos adolescentes ao ser inserido no abrigo são inseridos na escola e, geralmente, a equipe é quem resolve essa questão [...] (DIÁRIO DE CAMPO).

Nesse sentido, observa-se que não há uma corresponsabilização entre as instituições citadas e as famílias, que, por vezes, sentem-se aliviadas por transferir suas funções e responsabilidades perante os adolescentes para o estado.

Assim, sem suporte de instituições como Centros Educacionais e abrigos, e dos demais componentes da rede comunitária, as famílias não desenvolvem a capacidade de empoderamento e não conseguem, sozinhas, lidar com situações difíceis.

O apoio social permite que os sujeitos, grupos sociais ou organizações tenham mais autonomia e controle sobre seu destino, o que favorece a melhoria do estado de saúde das pessoas, contribuindo para o desenvolvimento do empoderamento. Dessa forma, o empoderamento pode ser visto como um processo pelo qual os indivíduos tomam posse de suas próprias vidas, através da interação com outros indivíduos, facilitando a construção da capacidade pessoal e o desenvolvimento de um pensamento crítico sobre a realidade e transformações das relações de poder (ANDRADE; VAISTMAN, 2002).

O termo empoderamento é um processo dinâmico que envolve aspectos cognitivos, afetivos e condutas; está relacionado à participação social e política, e pode ser apresentado em três níveis: psicológico ou individual; grupal ou organizacional e estrutural ou político. Portanto, o empoderamento pessoal possibilita a emancipação dos indivíduos, através do aumento da autonomia e da liberdade. O nível grupal está relacionado ao respeito recíproco e apoio mútuo, levando ao sentimento de pertencimento. O empoderamento estrutural favorece e viabiliza o engajamento e a participação social relacionada à cidadania (KLEBA; WENDAUSEN, 2009).

Portanto, percebe-se que o empoderamento das famílias depende de uma rede social de suporte que seja eficiente, haja vista que as famílias, especialmente as de menor poder aquisitivo, não possuem a capacidade de cuidar sozinhas dos seus membros, necessitando de uma rede de relações sociais mobilizadoras de recursos,

que vão além das circunstâncias imediatas e que servem de apoio em momentos de necessidade e crise (GUTIERREZ, 2010).

A situação caracterizada pela falta de apoio comunitário e da ausência de preparação das famílias por parte das instituições que deveriam oferecer condições de reinserção familiar ocasiona a permanência de crianças e adolescentes em instituições durante anos, ocasionando-lhes consequências negativas, como menor desempenho escolar e uma percepção reduzida de apoio em sua rede social e afetiva (SIQUEIRA; CARDOSO, 2012).

Para tentar explicar essa situação caracterizada pela escassez de apoio social, recorre-se à análise das relações entre família e estado. Dessa forma, Mioto (2010) discute que estas relações sempre foram permeadas por conflitos e contradições, pois a atuação do estado, no que diz respeito às políticas de proteção social, pode colocar em choque dois direitos: à privacidade e à proteção, pois à medida que as políticas de proteção social buscam garantir a proteção das famílias através de intervenções em seus cotidianos, também ocasionam a perda da privacidade e autonomia das famílias (MIOTO, 2010a).

No passado, até mais ou menos os anos 1970, o Estado era o único responsável pela proteção integral dos sujeitos, mas a forma de garantir os direitos dos cidadãos era assegurada através das intervenções que ele fazia na vida das famílias (PEREIRA-PEREIRA, 2010).

A redescoberta da família como importante agente privado de proteção integral ocorreu por volta dos anos 1970 a partir da crise econômica mundial. Nesse contexto, para minimizar os efeitos da retração na economia brasileira, foi lançada a proposta neoliberal de diminuição dos gastos no âmbito social e, em paralelo a essa estratégia, o Estado busca apoio em outras esferas como, por exemplo, no mercado e na sociedade civil. Dessa forma, há o surgimento do pluralismo do bem-estar no qual o Estado divide responsabilidades, principalmente com as famílias (PEREIRA-PEREIRA, 2010).

Assim, a família passou a desempenhar funções que anteriormente eram exercidas pelo Estado. Nesse contexto, instalou-se uma cultura assistencialista no âmbito das políticas e dos serviços destinados a dar sustentabilidade às famílias.

Nessa perspectiva, somente quando a família falha no papel de proporcionar um ambiente saudável para o desenvolvimento do indivíduo é que o Estado deve intervir, porém de forma temporária (MIOTO, 2010a).

Sobre a relação entre Estado e família, que ora privilegia o Estado e suas formas de intervir para assegurar os direitos sociais dos indivíduos, ora elege a família como principal recurso protetor dos indivíduos. Trad (2010) discute que à medida que se ampliam as funções das famílias em prover cuidados aos seus membros, também se corre o risco de sobrecarregá-las. Por outro lado, pode-se correr o risco do Estado assumir uma posição paternalista, desresponsabilizando as famílias da condição de sujeito social.

Nesse sentido, há duas propostas em termos de proteção social e societária, uma considerada “familista” e a outra denominada “protetiva”. A primeira vertente reforça a centralidade da família como provedora de cuidados e proteção, portanto responsável pelo bem-estar de seus membros; deste modo, as políticas públicas podem ser vistas como forma de compensação em casos de falhas da família no cumprimento do seu papel. No entanto, essa proposta ainda traz concepção de que a família ideal, capaz de prover um desenvolvimento saudável, é aquela considerada estruturada, composta por pai, mãe e filhos (MIOTO, 2010b).

A tendência protetiva considera que a capacidade de proteção da família depende da proteção que deve ser garantida pelo Estado. De acordo com essa proposta, a família passa a ser vista como uma instituição que necessita de proteção do Estado. Assim, essa vertente também considera as transformações pelas quais as famílias vêm passando, bem como as vulnerabilidades às quais estão sujeitas, e reconhece que, diante dessa realidade, as famílias não conseguem, sozinhas, prover os cuidados necessários (MIOTO, 2010b).

Contudo, compreende-se, a partir das observações realizadas em campo, a prevalência da proteção social considerada “familista”, pois as famílias privadas de recursos para lidar com situações diversas são as principais culpadas pelos problemas decorrentes do envolvimento dos adolescentes com drogas, como se pode perceber através de conversas informais com profissionais do CAPS AD:

Fala de um profissional do CAPS AD: [...] atribuo, sim, a essa questão (uso de *crack*), à família desestruturada e tal, muitos pais não sabem lidar com os filhos, não respeitam a individualidade dos outros, o que pode facilitar o uso de drogas (DIÁRIO DE CAMPO).

Diante do exposto, a complexa problemática que envolve o uso de drogas exige ações intersetoriais complexas, que envolvam vários setores do Estado, tais como Justiça, educação, direitos humanos, saúde e outros. Também há necessidade do auxílio de organizações não governamentais representadas pela sociedade civil organizada, pois somente através da articulação de vários setores, famílias e adolescentes poderão enfrentar situações diversas sem precisar recorrer à lógica manicomial (SILVEIRA et al, 2003).

#### **4.4. Estudo de Caso**

##### **a) A escolha dos casos:**

O presente abaixo foi escolhido para ilustrar as relações familiares, pelo fato de ainda serem perceptíveis, nessa família, esforços relativos à superação das dificuldades associadas ao uso de drogas por parte do adolescente.

A disponibilidade da mãe para prestar esclarecimentos relativos às dúvidas quanto à construção do genograma também contribuiu para a escolha do caso como ilustrativo das relações familiares de um adolescente usuário de *crack*.

O genograma foi construído a partir do relato do adolescente, mas principalmente a partir do discurso da mãe.

##### **CASO:**

**Adolescente: André**

**Idade: 15 anos**

**Escolaridade: parou de estudar pouco antes de entrar no abrigo**

**Mãe: trabalha em um hotel e recebe 1 salário mínimo**

**Pai: trabalha numa fábrica e recebe 1 salário mínimo**

**Avó, D. Maria: dona de casa**

**b) Histórico:**

No momento da entrevista, o adolescente encontrava-se acolhido no abrigo há quase dois meses. No entanto, antes de ser abrigado, o mesmo residia na casa de sua avó, D. Maria, juntamente com a sua mãe, uma tia e os seus irmãos: Inácio, de 13 anos, Venâncio, de 10, e Valéria, de 6 anos.

André é o filho mais velho de Margarida e Josué. O casal também é pai de Inácio, Venâncio e Valéria, no entanto, atualmente, os pais de André estão separados.

Margarida e Josué casaram depois de um curto período de namoro. Na ocasião do casamento, Margarida já estava grávida, no entanto, apesar da precocidade da gravidez, Margarida conta que foi planejada e que ela desejava bastante ter esse filho. A ideia de ter um filho partiu de Josué, mas ela também concordou, pois já havia feito um aborto aos quinze anos; além disso, viu na gravidez uma oportunidade de casar com Josué e constituir uma família.

Deste modo, logo após o casamento, nasceu André e a família foi morar no interior, perto dos parentes maternos de André. Segundo Margarida, Josué foi um pai bastante cuidadoso e amoroso com o primogênito, por isso o casal brigava constantemente, pois havia discordância sobre a melhor maneira de cuidar do filho. Após dois anos, nasceu Inácio e, em seguida, Venâncio.

Durante os anos que viveram no interior, a relação de Margarida e Josué foi muito tranquila, Margarida sentia-se bem, pois estava perto de seus familiares. No entanto, o casal começou a ter problemas quando se mudou para Fortaleza, pois Margarida, Josué e os filhos foram morar em um bairro muito simples, o que deixava Margarida triste e envergonhada por morar numa “favela”. A mãe de André não gostava nem que os parentes fossem visitá-la, pois sentia vergonha. Margarida relata que a maioria dos seus vizinhos era mal educada e ela só possuía aproximação com uma determinada vizinha que, segundo ela, tinha um comportamento semelhante ao seu. Nessa época, Margarida frequentava a Igreja Católica.

A família de Josué também residia nesse bairro, em Fortaleza, e ele gostava muito de estar próximo aos seus familiares, assim passava muito tempo fora de casa, bebendo com os familiares e vizinhos. De acordo com Margarida, Josué começou a se envolver com drogas nessa época.

Portanto, desde a mudança para a comunidade em Fortaleza, o relacionamento do casal já estava conflituoso, mas a separação ocorreu devido ao envolvimento amoroso de Josué com uma vizinha. Depois desse fato, o casal se separou e Margarida queria se divertir, pois achava que tinha casado muito nova e não aproveitara bastante a vida.

O casal passou um período separado e depois retomou o relacionamento, no entanto quando ainda estavam se reconciliando, Margarida descobriu que estava grávida, mas não tinha certeza se Josué era o pai, pois durante a separação havia tido um relacionamento muito rápido com outro rapaz. Margarida só teve certeza que o filho não era de Josué quando a menina nasceu, pois a criança não parecia com ele, mas mesmo assim Josué a registrou e falava para margarida que mesmo que não fosse o pai, a Valéria seria a sua princesa e a trataria como filha.

No entanto, a união durou pouco tempo e o casal se separou definitivamente em 2003, os meninos foram morar com Margarida, mas começaram os conflitos com as crianças, pois Margarida queria sair à noite e deixava as crianças com a avó materna. Então, André decidiu morar com o pai e Inácio, por ser muito ligado ao irmão, o acompanhou.

André e Inácio passaram dois anos na casa do pai. Segundo Margarida foi nessa época que André e Inácio começaram a se envolver com a droga, pois Josué usava o *crack* de forma controlada e o filho da companheira dele também usava a substância, mas de maneira compulsiva. Segundo Margarida, Josué ia com os filhos comprar drogas.

Depois de dois anos na casa do pai, os meninos voltaram para a casa da mãe, e passaram a alternar um ano na casa da mãe e outro na casa do pai. No entanto, nos últimos anos, os adolescentes estavam residindo com a mãe.

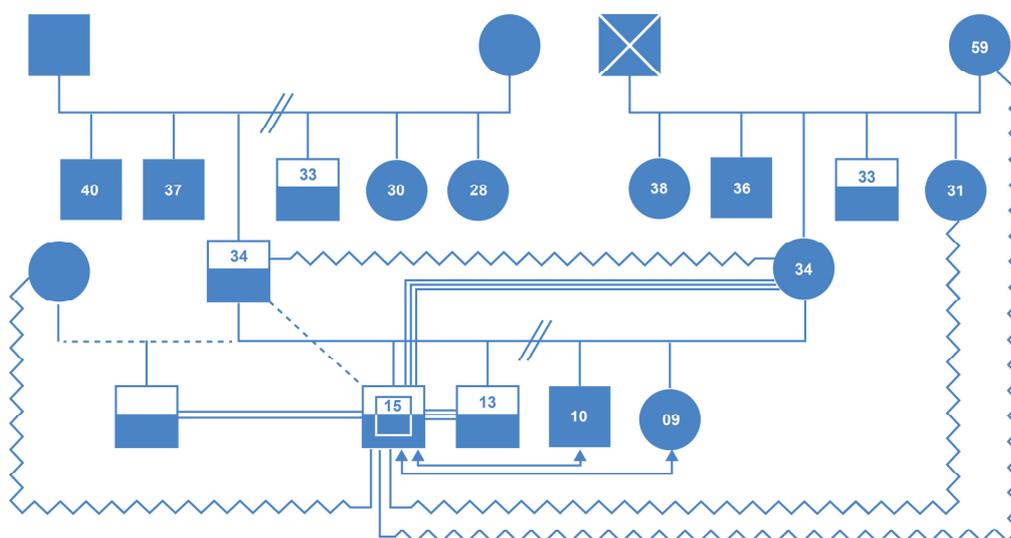
Além de contato com as drogas, na casa do pai, André também teve contato com a violência, pois seu pai o agredia e também era violento com a sua companheira, madrasta de André. Segundo Margarida, Josué é um homem muito violento e já cometeu homicídio e chegou a ameaçá-la algumas vezes, mas Margarida não o teme.

A relação de André e Margarida é tranquila, pois mãe e filho conversam sobre vários assuntos, como: drogas, sexualidade e amizade. Contudo, o relacionamento com o pai está distante e conflituoso.

O acolhimento de André, no abrigo, ocorreu porque o adolescente foi ameaçado de morte, por traficantes pelo fato de ter cometido um roubo no bairro.

### c) Análise e Discussão

#### Genograma



**Figura 8** - Geograma

O genograma (figura 8) retrata uma família extensa, caracterizada pelo convívio de diferentes gerações em um mesmo ambiente, visto que a maioria dos parentes de André reside na mesma comunidade que o jovem, o qual partilha a mesma residência com sua mãe, avó e tia. As duas últimas são responsáveis pelos cuidados com os filhos mais novos de Margarida, na ausência desta. Há também um

exemplo de família reconstituída, pois o pai de André vive maritalmente com uma mulher que também já possuía outro relacionamento anterior e possui filhos.

Sobre o início de uso de drogas de André, Margarida acredita que teve culpa, pois quando se separou de Josué queria aproveitar a sua juventude e sair para festas, seu comportamento revoltou André, que demonstrou o desejo de morar com o pai o qual era usuário de drogas. Assim, na residência de Josué, André presenciou o pai usando *crack*:

[...] eu fui logo para as brincadeiras, deixava eles em casa com a minha mãe e com a minha irmã e o Andre se revoltou depois com toda razão, eu não tiro a razão dele e foi embora, quis morar com o pai dele no Aracati e eu deixei, e o Inácio como é muito apegado ao Andre, pegou e foi morar com ele também. Essa é a parte que eu mais me arrependo, porque o pai é usuário, o tio é usuário, eu não sei se a companheira dele é, o enteado que é o filho dessa companheira dele é usuário e já veio pra cá também e eu me arrependo muito, se eu pudesse voltar atrás eu tinha ficado com meu filho, não tinha deixado ele ir morar com o pai dele não (M.).

Além de se culpar, Margarida culpa ao marido por ele não ser um pai presente, e pelo fato dele também ser usuário de drogas:

[...] é querendo botar a culpa no meu ex-marido não, mas se ele tivesse mais presente com os filhos dele, acredito que não tinha chegado a esse ponto sabe é querendo botar a culpa no meu ex-marido não, mas se ele tivesse mais presente com os filhos dele, acredito que não tinha chegado a esse ponto sabe [...] Eu atribuo sim, todo o tempo que os meus filhos passaram com ele, o que eles são hoje, foi com a ajuda dele Andre com o Inácio iam comprar droga. Ele é culpado, uma boa parte ele é culpado (M.).

Do mesmo modo que a mãe, André acredita que a convivência com seu pai pode ter contribuído para que ele experimentasse drogas, pois Josué usava substâncias psicoativas na sua presença, o que despertou o interesse do adolescente: “Em parte também foi por causa dele (pai), porque eu via ele usando álcool e usando droga ai eu queria saber como era, ai provei e gostei e me desgracei (André).”

Observa-se também que outros membros da família fazem uso de drogas: Josué, um irmão e um enteado de Josué. Além deles, um irmão de Margarida também foi usuário de maconha, mas interrompeu o uso recentemente e está

trabalhando. Josué, seu irmão e seu enteado usam maconha e *crack*. Mais recentemente, Inácio também iniciou o uso de drogas.

Alguns estudos, como os de Oliveira Bittencourt e Carmo (2008), abordam o uso de drogas por membros da família como um fator de risco para o surgimento do comportamento de usar drogas dos adolescentes. No presente estudo, Josué e o seu enteado já faziam uso de drogas quando o adolescente foi morar com eles, assim o fato de parentes tão próximos ao adolescente utilizarem droga pode ter contribuído para que André também se envolvesse com o problema, assim acredita Margarida.

Sentimentos de culpa nutridos pela família são comuns, no entanto, Sudbrack e Cestari (2005) comentam que é preciso desconstruir a crença de que a família é a culpada pelo desenvolvimento do uso de drogas. Nesse sentido, é importante uma visão sistêmica sobre o assunto, reconhecendo a participação de outras variáveis que contribuíram para o problema. Nesse caso, pode ser acrescentado aos fatores que competiram para o uso de drogas, o fato da comunidade onde o jovem reside ser um ambiente onde residem muitos traficantes, como mostra o relato de Margarida:

[...] meu filho é avião, ele nega, mas eu sei disso, então eles botam pra fazer isso, os adultos, porque sabem que não vai sujar pra eles, porque é cheio de traficante chamando os meninos para o tráfico onde a gente mora, entendeu e se o menor abrir a boca eles matam e pronto fica por isso mesmo, ninguém esta nem ai mesmo, e eu sou revoltada (Margarida).

Embora outros fatores tenham contribuído para que André iniciasse o uso de drogas é importante destacar outros aspectos dessa família, pois as relações familiares sempre foram complicadas, havendo muitos conflitos entre Margarida e sua mãe, mas a mãe de André procurava não discutir com D. Maria, pois não gostava de brigas e respeitava a sua mãe.

Assim, logo após a separação, antes de ir morar só com os filhos, Margarida levou as crianças para morar com a sua mãe e nessa época já havia conflitos, pois Margarida acreditava que sua mãe discriminava André, Inácio e Júlia, pois a avó de André era racista e não escondia preferência pelo irmão mais novo de André, o Venâncio, pelo fato do menino possuir a pele mais clara que os outros irmãos:

Minha mãe, ela não admite ela é racista, ela não admite, eu, antes de eu sair de casa, a gente se batia muito de frente, porque tinha muitas coisas que eu não aceitava da parte dela, eu não aceitava muitas coisas, não ficava calada, tipo, depois que eu comecei a me defender [...] era totalmente diferente com meus filhos e eu sempre dizia pra eles, você podem ser o que for, amarelo, preto, branco eu não quero saber não, o que eles foram eu tenho que esta do lado deles porque eles só tinham eu e mesmo assim ela falava, ela não tem papas na língua para ofender, sabe ela não tem, é isso que me chateia muito e é por coisa pouca ai que eu fico mais revoltada (M.).

Também havia conflitos na residência do pai de André, e o jovem, além de presenciar comportamentos violentos do pai, já foi agredido por ele.

[...] o pai dele é, eu não gosto desse negocio de ta xingando, palavrão, não gosto de bater, o pai dele deu um murro tão grande no Andre, tão grande que isso aqui ficou roxo, bêbado, ele batia também nela na companhia dele entendeu, ele já cometeu dois crimes, é totalmente violento, ele gosta de ameaçar, eu vou botar ele na justiça agora, ele já mandou dizer 'você vai me botar na justiça, mas você vai se lascar'(M.).

Assim, um contexto familiar violento também pode funcionar como um fator de risco para o envolvimento dos adolescentes com drogas, como destacam Andreta e Oliveira (2005). Também existem outros fatores, como biológico, individual e cultural, que interferem de forma diferente e irão interagir com o fator de resiliência do sujeito que faz uso de drogas (CANAVEZ; ALVES; CANAVEZ, 2010).

Portanto, ao destacar aspectos das relações familiares de André, busca-se entender o contexto no qual o jovem está inserido, bem como desmistificar a ideia de que o uso de drogas causa os conflitos familiares e que antes do consumo de drogas não existiam problemas, pois nota-se que, nesse caso, os conflitos já existiam mesmo antes do adolescente passar a consumir drogas e com o surgimento do problema, os conflitos familiares pioraram.

Nesse caso, também é importante destacar que a família de André não apenas apresentava fatores de risco, destaca-se também um fator de proteção, principalmente no que diz respeito ao relacionamento de André com a mãe, que mantinha um ambiente suportivo, quando ele morava em sua casa, e buscava sempre conversar com ele por telefone, quando ele residia com o pai. Assim, os dois possuem uma relação na qual o diálogo é praticado, proporcionando o estabelecimento de uma relação de confiança:

Quando ele morava com o pai no interior, o pai dele que era responsável, a gente falava pelo telefone e era quase todo santo dia, quase todo dia a gente falava... sempre converso e isso é tão verdade, eles ficam tao a vontade comigo que acontece aquilo que acabei de falar pra você, o Andre ele fala comigo sobre a sexualidade dele, entendeu, é muito difícil falar sobre isso para uma mae, é muito difícil. Por um lado eu acho bom ele se abrir comigo, falta de alerta nao foi (M.).

No entanto, mesmo sendo forte o vínculo entre mãe e filho, percebeu-se que André não contou para a mãe sobre o uso de *crack*, pois durante entrevista, o jovem afirmou ter feito uso da droga, já a mãe contou que tinha conhecimento que o filho usou maconha, mas acreditava que ele nunca experimentou o *crack*. Essa omissão do uso de *crack* pode estar relacionada ao fato do *crack* geralmente estar associado a crimes e grupos perigosos, sendo assim o uso da maconha é mais aceito socialmente.

O vínculo entre André e Margarida continuou sendo forte após a família tomar conhecimento de que o adolescente usava drogas, porém o relacionamento de André e D. Maria passou a ser permeado por desconfianças, pois Margarida percebeu que sua mãe passou a culpar o adolescente pelos objetos que sumiam em casa e assim começava uma confusão entre eles: “não podia sumir alguma coisa, foi bem o Inácio, foi o André ai começava uma briga, não era boa não, não era uma boa relação, tudo isso começou quando eles começaram a usar drogas” (M.).

Além de despertar a desconfiança, o fato de André e Inácio usarem drogas é considerado uma vergonha para a família de Margarida e, por isso, ela sente que não pode contar com o apoio de seus familiares, que preferem não se envolver no problema. Os achados corroboram com o estudo de Matos, Pinto e Jorge (2008), que destacam que a vergonha é um dos principais sentimentos experienciados por familiares de usuários de drogas. Esse entendimento, pode ser reforçado a partir da fala de Margarida: “Sinceramente, eu não espero muito da minha família não, minha mãe já tem quase 60 anos o que ela pode fazer é orar... para eles vê um adolescente roubando e usando drogas é assim uma vergonha.”

Assim, desconfiada e com vergonha do comportamento dos netos, D. Maria já expressou algumas vezes o desejo de que André e Inácio se afastassem dela e de Margarida. Aparentemente, a avó de André busca se esquivar do problema que

atrapalha a vida da filha e a dela própria: “[...] a minha mãe era a primeira ‘manda ele ir embora, manda la pra casa do pai dele’ aquela coisa toda e está sendo muito difícil pra mim porque 2 adolescentes (M.).”

Os irmãos de Margarida procuram não se envolver nos problemas de André e Inácio. Assim, Margarida relata que seus irmãos já têm suas famílias e suas próprias preocupações. Dessa forma, uma das estratégias de Margarida para diminuição dos conflitos familiares foi alugar uma casa para morar com os filhos, sendo a única responsável pelo sustento financeiro da família e pelos cuidados com os meninos. Nessa época, embora André já fizesse uso de drogas, era ele quem a ajudava nas tarefas domésticas e nos cuidados com os outros irmãos.

Antes de ir para o abrigo, era André quem ajudava a mãe no cuidado com os irmãos e, embora fizesse uso de drogas, buscava ajudar o seu irmão também envolvido com o problema, através de conselhos:

[...] tem um que ta na minha mesma vida, o de 12, eu to tentando tirar ele ai eu converso com ele, dou conselho a ele, mas ele não me escuta não, ele é pior do que eu, eu falo pra ajeitar uma internação pra ele, ele ja foi internado (M.).

Além dos irmãos de Margarida, o seu namorado buscou se afastar do problema. Essa separação foi bastante sofrida para Margarida, pois ela acreditava que o namorado, que já estava com ela há cinco anos, poderia ser um apoio para ela e os filhos no enfrentamento da situação:

Eu conheci uma pessoa que eu ja estava com ele ha 5 anos ai quando aconteceu isso, do André e do Inacio se envolverem assim de cabeça nisso, ele mostrou ser um homem que nao estava preparado pra ta do meu lado, ai assim sabe, ate as pessoas que eu achava que poderia estar comigo nessa hora, então eu prefiro ficar só (M.).

Quando os problemas começaram a piorar, ou seja, quando André ficou devendo a traficantes, realizando assaltos no bairro e ameaçado de morte, a mãe de Margarida demonstrou o desejo da filha morar em sua casa novamente com as crianças, mas Margarida ainda resistia. No entanto, pouco antes de André ser encaminhado para o abrigo, Margarida achou que seria mais seguro para ela e os filhos morarem com a sua mãe.

Percebe-se, então, que embora a avó do adolescente demonstrasse o desejo de afastá-lo do ambiente onde reside, ofereceu auxílio no momento de crise, quando os problemas de André com a droga aumentaram. Dessa forma, pode-se considerar a avó como um apoio, porém a aceitação dessa ajuda também significa suportar os conflitos advindos da dificuldade da avó em lidar com o problema.

Nesse prisma, considera-se a importância da família como uma rede de apoio essencial para garantir a proteção dos sujeitos. Entretanto, essa relação que permite a construção de laços solidários, por outro lado possibilita conflitos e tensões, pois esse contato que possibilita a construção de uma rede, também implica controle social e confrontação com estigmas e preconceitos no grupo que convive com o usuário (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

Todavia, a relação entre André, a avó e a tia começou a melhorar quando o adolescente passou a residir no abrigo. Segundo André, elas passaram a tratá-lo melhor porque ele parou de usar drogas e roubar, mas, segundo os relatos de Margarida, D. Francisca sentia-se feliz porque o problema estava longe.

Portanto, a mãe de André recebeu pouca ajuda de seus parentes, para o enfrentamento do problema de André, assim os cuidados com o adolescente usuário de *crack* ficaram centrados em Margarida, fato que pode ter levado à sobrecarga emocional, devido ao relacionamento conflituoso, ao envolvimento de André com traficantes perigosos e comportamentos delinquentes, o que ocasionou uma tensão psicológica constante. Margarida também poderia estar sobrecarregada financeiramente, já que o pai dos seus filhos não a ajudava nesse sentido.

Diante do exposto, observa-se que os familiares procuraram se afastar de André, agindo como se o problema fosse apenas do adolescente e de sua mãe, assim o único membro da família que ia visitar André, com frequência, no abrigo era a sua mãe: “A única pessoa que vem visitar ele da família sou eu, nem o pai não vem, o pai não ajuda em nada, eu não conto muito com a família não [...] eu to me sacrificando demais porque o pai dele não me ajuda (M).”

Até mesmo o pai, que foi responsável pelos cuidados com o André durante algum tempo, não é visto como um apoio nem pelo adolescente nem por Margarida, pois Josué sequer visita o filho no abrigo. Além disso, a convivência do adolescente

com a madrasta passou a ser conflituosa após o início do uso de drogas, pois esta duvidava de que o adolescente conseguisse se manter em tratamento, o que despertava raiva em André. Dessa forma, o jovem passou a visitar o pai com menos frequência e, atualmente, o relacionamento entre André e o pai é distante.

Margarida é a única familiar que oferece suporte ao filho. No entanto, houve momentos, embora raros, em que André foi agressivo com a mãe, nessas ocasiões o adolescente estava desejando usar a droga:

[...] no tempo que ele usava ela já foi agressivo, eu não sei o que era, ele foi pegar alguma coisa no guarda-roupa pra usar, eu fiquei com raiva porque ele ia sair tarde da noite e eu não queria que ele saísse sabe e eu peguei vem com tudo e tomei, quando eu tomei ele disse então fica com isso e me empurrou, ele nunca tinha feito isso, sabe, ele me empurrou, ele nunca tinha feito isso, mas nunca me faltou com respeito com palavrão, nunca, nunca, se ele disse foi bem baixinho, porque o que eu já vi de filho sabe (M.).

Se com a mãe eram raros momentos de agressividade, com o irmão que fazia uso de drogas, as brigas eram mais frequentes:

[...] mas palavrão não, baixaria não, ele dizia muito com o irmão dele. Teve um dia que eu cheguei, eu tava tão cansada do trabalho, aí começou uma discussão deles dois, eles tavam drogados sabe, nossa, era uma baixaria tão grande, foi tanto palavrão, fiquei morrendo de vergonha dos vizinhos, eu só fiz me levantar e peguei um cabo de vassoura e se eles não calassem eu ia bater neles, eu não tava aguentando não (M).

Alguns estudos destacam associação entre abuso de drogas e comportamento violento, como o de Castro, Cunha e Sousa (2011) que, objetivando estimar a prevalência de violência entre adolescentes e jovens adultos, e identificar fatores de risco para o surgimento do problema, apontou que o uso de drogas esteve associado ao comportamento violento. No entanto, por ser um estudo transversal, os autores concluem que não se pode afirmar que há uma relação de causa e efeito entre uso de drogas e comportamento violento.

O estudo de Heim e Andrade (2008) também destaca a associação entre uso de drogas e comportamento violento, no entanto os autores realizam o seguinte questionamento sobre essa associação: O uso de drogas leva a comportamentos agressivos ou o comportamento agressivo facilita o abuso de drogas?

Minayo e Deslandes (1998) destacam outras variáveis que podem influenciar o comportamento de um indivíduo que utiliza drogas, como: aspectos individuais do usuário, características da personalidade, respostas endócrinas, além do contexto econômico e cultural do indivíduo.

Outro aspecto do uso de *crack*, que merece ser ressaltado, está relacionado à crença de que a droga é a única responsável pelos comportamentos agressivos dos usuários. Nesse caso, nota-se que Margarida atribui o comportamento violento do filho ao uso de drogas ou ao desejo de usá-las, conhecido como fissura.

No entanto, um aspecto sobre o consumo do Josué chama a atenção, pois aparentemente ele possui certo controle sobre o uso de drogas, inclusive do *crack*, pois apesar de ocorrerem alguns episódios violentos entre Josué e sua família, o que não pode ser totalmente atribuído ao uso de drogas, o pai de André mantém vínculos com o trabalho e, segundo Margarida, consome a droga em momentos de diversão, sem deixar que isso atrapalhe a sua vida: “Só que ele é tranquilo entendeu, muito trabalhador, trabalha, mas não é daquele de jogar tudo no lixo por causa de uma droga não, mas na hora que ele quer curtir ele curte.”

Margarida também faz referência a outros casos de uso controlado, citando exemplos de alguns amigos que frequentemente fazem uso da droga e mantêm vínculos familiares e profissionais:

[...] eu tenho amigos que hoje são casados, vivem trabalham e de vez em quando compram, eles usam, então eu achava que eles poderiam ser assim também que não precisava se envolver com essas carinhas que tão roubando, não precisava, poxa, estuda, trabalha, não tô dando força pra eles usarem, não, se fosse pra usar que eles soubessem pelo menos usar entendeu, era tipo isso que eu queria passar pra eles, mas ele se envolveu com cada pecinha, sabe, cada moleque mesmo (M).

Oliveira e Nappo (2008) caracterizam o uso controlado de *crack* como o consumo não diário da droga. Nesse tipo de uso, o sujeito, geralmente, mantém seus vínculos sociais com a família, escola e trabalho, e também não possui envolvimento com crimes.

Os autores discutem que, geralmente, o consumo controlado ocorre após o usuário já ter experienciado um período compulsivo, e a transição para essa fase

ocorre após uma reflexão do usuário sobre as implicações do uso da droga em sua vida.

Assim, Margarida observou experiências de uso controlado de drogas, até mesmo do *crack*. Tal fato pode explicar a visão que ela possui sobre as drogas e a forma como ela aborda esse assunto com os filhos, pois Margarida entende que elas existem e qualquer pessoa está sujeita a se envolver. Além disso, Margarida estava ciente de que muitos membros de sua família utilizavam drogas, o que inevitavelmente levaria os filhos a ter contato com elas.

Eu sempre conversei, eu sempre conversei, eu na minha adolescência, eu também já experimentei a maconha, já experimentei pó, já experimentei tudo, só que eu nunca disse pra ele, eu disse pra ele, acontece, entendeu que pode acontecer (M).

Diante do exposto, observa-se que, apesar dos laços estarem fragilizados, há um forte vínculo entre André e Margarida. Assim, a mãe de André representa um apoio para ele, pois acredita que o filho vai interromper o uso de drogas, o que contribui para que André sustente o desejo de manter-se afastado das drogas.

#### **d) Desenho-estória**

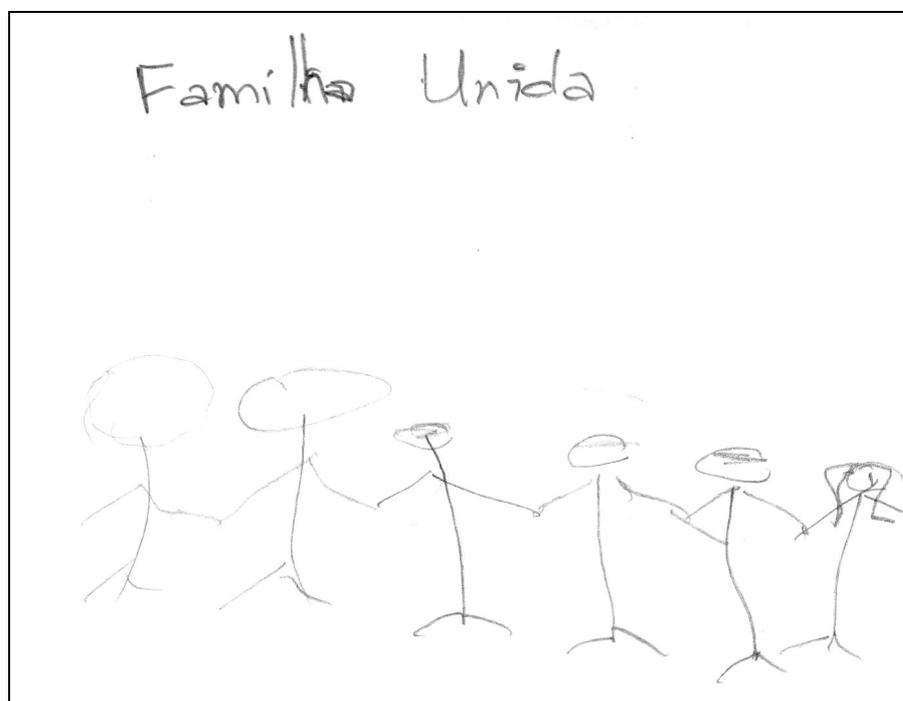
O Desenho-estória confirmou a fragilidade dos vínculos familiares, pois a partir dos desenhos compreende-se que o adolescente percebe o afastamento dos seus parentes. Outro aspecto importante que tal técnica apontou é que André se culpa pelo fato de sua família não estar unida. Segundo as percepções do adolescente, seus parentes se afastaram devido à sua situação de envolvimento com drogas.

A figura 9, abaixo, representa o Desenho Estória: Qualquer família; desenvolvido por André, durante as entrevistas.



**Figura 9** - Desenho estória - família feliz

A figura 10, abaixo, retrata como André percebe a família que não apresenta nenhum problema.



**Figura 10** - Família em que todos estão bem

Já a figura 11, por sua vez, mostra como André vislumbra uma família na qual alguém não está bem.



Figura 11 - Família com problemas

### Desenho-estória André

**Entrevistadora:** de uma família qualquer...

**Entrevistado:** sei lá, tia, fazer uma família.

**Entrevistadora:** qualquer família.

**Entrevistado:** eu vou fazer só uns cabelinhos aqui.

**Entrevistadora:** do jeito que você sabe. Não sei desenhar bem não, tia.

**Entrevistado:** não sei desenhar bem não, tia.

**Entrevistadora:** não tem problema nenhum, não é nenhum teste para artes não.

**Entrevistado:** a mãe... [desenhando]. Pronto, tia. E o filho, pronto!

**Entrevistadora:** certo. Qual título eu dou para essa família, para esse desenho, aliás.

**Entrevistado:** eles estão tudo alegre, né não? "Família Feliz", né não?

**Entrevistadora:** escreve. "Família Feliz", né?

**Entrevistado:** tem algum acento em algum "i"?

**Entrevistadora:** família.

**Entrevistado:** no “mí” né?

**Entrevistadora:** sim, “família”.

**Entrevistado:** égua má.

**Entrevistadora:** não precisa se preocupar também com isso. Agora, você consegue pensar em alguma história para esse desenho?

**Entrevistado:** não, tia. Sei não.

**Entrevistadora:** vamos pensar no porquê dessa família estar feliz.

**Entrevistado:** porque não tem droga na vida deles, né não?

**Entrevistadora:** pode ser.

**Entrevistado:** tem que botar é? Botar o quê?

**Entrevistadora:** não, não precisa escrever não. Só me fala por que essa família está feliz. O que pode ter acontecido para essa família estar feliz? Me conta um episódio que pode ter acontecido, uma conversa.

**Entrevistado:** que o pai conversa com o filho que não use drogas, não entre para essa vida do crime, que isso é só ilusão. E o filho vai vendo pelo pai, pelo pai e pelos mais velhos. Pronto.

**Entrevistadora:** certo. Então, pronto. Já foi né o primeiro desenho?

**Entrevistado:** já.

**Entrevistadora:** vamos agora para o segundo: desenhe uma família que você gostaria de ter.

**Entrevistado:** eu, tia?

**Entrevistadora:** hunrum.

**Entrevistado:** como, tia? Brincando é? Como assim? Entendi não.

**Entrevistadora:** uma família que você gostaria de ter... Me diz qual a família que tu gostaria de ter?

**Entrevistado:** queria ter uma família unida, tia?

**Entrevistadora:** então, desenha uma família unida.

**Entrevistado:** não, eu não sei desenhar uma família unida não.

**Entrevistadora:** pode ser de mãos dadas.

**Entrevistado:** [desenhando] aqui, tia.

**Entrevistadora:** um título para essa família.

**Entrevistado:** [silêncio].

**Entrevistadora:** você acabou de dizer.

**Entrevistado:** o quê? “Família Unida”, né?

**Entrevistadora:** é.

**Entrevistado:** eu queria que a minha família fosse assim, tia: unida, [...]. Eu queria que voltasse no tempo, se eu pudesse voltar no tempo não teria feito as minhas... Mas agora não adianta chorar o leite derramado não, já passou.

**Entrevistadora:** como é que tu acha que uma família unida se relaciona?

**Entrevistado:** sei não, tia. [silêncio].

**Entrevistadora:** como é que tu acha que eles agem? Se acontecer algum problema o que eles fazem?

**Entrevistado:** duas cabeças pensam melhor do que uma, tia. Sei não.

**Entrevistadora:** não vem nada na tua cabeça? Nenhuma história sobre essa família unida?

**Entrevistado:** não.

**Entrevistadora:** então, vamos agora para o terceiro desenho: desenhe uma família em que alguém não está bem.

**Entrevistado:** [desenhando]. Pronto, tia. Isso daqui é como eu, tia. Minha família: minha mãe e não tem meu pai não. Minha mãe, meus dois irmãos e eu e meu outro irmão.

**Entrevistadora:** então, no caso, são duas pessoas que não estão bem? Aqui tu desenhou tua família foi?

**Entrevistado:** é, só que falta minha avó, meu tio.

**Entrevistadora:** qual seria o título para esse desenho?

**Entrevistado:** “Família Com Problema”, né não?

**Entrevistadora:** por que eles não estão bem?

**Entrevistado:** porque estão usando drogas, estão fazendo o que não é para fazer, estão dando desgosto a mãe.

**Entrevistadora:** o que eles fazem?

**Entrevistado:** roubam, matam, usam drogas.

**Entrevistadora:** e essas pessoas daqui que não fazem isso?

**Entrevistado:** é minha mãe e minha irmã. Minha mãe trabalha, meus dois irmãos estudam.

**Entrevistadora:** tua mãe trabalha em que?

**Entrevistado:** cozinheira.

**Entrevistadora:** como é que tu acha que eles estão se sentindo.

**Entrevistado:** agora, como eu estou bem, podem estar alegres. Mas, por um lado, podem estar tristes porque [...].

**Entrevistadora:** eu digo, assim, quando tu não estava bem, quando esses dois aqui não estavam bem.

**Entrevistado:** estava tudo desandando. Minha vó deixou de falar com a minha mãe. Eu não morava na minha vó porque minha vó não queria morar mais ela. Minha mãe alugou uma casa e eu fiz besteira, eu e meu irmão.

**Entrevistadora:** então, tua mãe teve que sair da casa da tua vó...

**Entrevistado:** ...para ir morar com nós.

**Entrevistadora:** então, isso já foi algo que se modificou quando você começou a usar drogas né? Vocês tiveram que sair da casa da tua vó. O que mais você lembra que acontecia nessa época?

**Entrevistado:** eu roubava, corria para a minha casa. Eu não gosto de me lembrar não, tia.

**Entrevistadora:** então, era mais com tua vó ou mais com tua mãe?

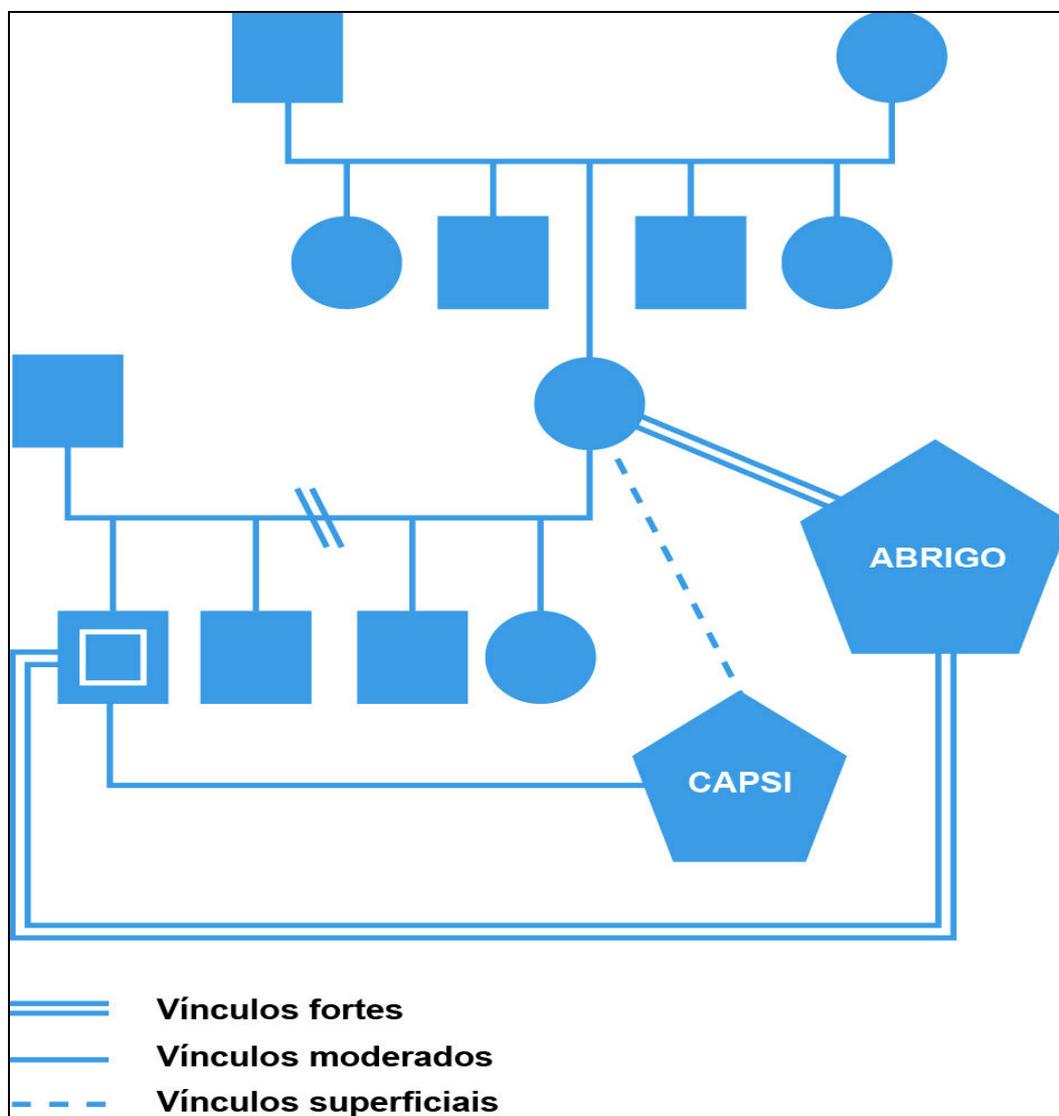
**Entrevistado:** com a minha vó. Minha mãe ficava do nosso lado, [...], não tinha mais como fazer nada.

(silêncio)

**Entrevistadora:** Então acho que podemos terminar, obrigada!!

**Ecomapa**

A figura 12, abaixo, representa o Ecomapa elaborado a partir da análise da trajetória de vida dos componentes da família acompanhada neste estudo.



**Figura 12** - Ecomapa da trajetória de vida da família acompanhada no decorrer da pesquisa

Ao longo deste tópico, buscar-se-á analisar a trajetória de vida dessa família, ressaltando os vínculos entre familiares e recursos apoiadores, pois assim visualiza-se a rede social tecida pelos membros dessa família.

É importante destacar que a família também é vista como um importante recurso de apoio comunitário, como destacam Sousa e Kantorski (2009). No entanto, as relações familiares já foram abordadas durante a análise do genograma. Dessa forma, neste tópico, outros tipos de apoio para o adolescente e família serão abordados.

Assim, percebe-se que há muitas dificuldades para acessar os apoios existentes na comunidade. Nesse sentido, Margarida pontua que o seu maior problema não é o fato do seu filho ser usuário de drogas, mas sim a falta de apoio, não apenas da família, pois, ao longo do relato de Margarida, percebe-se que ela sente falta de uma política eficaz de proteção ao adolescente e de uma rede de apoio, seja formal ou informal:

[...] e não é só a família que revolta não também esse sistema também político [...]. A minha revolta maior...meu filho usa drogas não vou negar, mas tem filhinho de papai que se envolve, em qualquer família esta arriscado isso acontecer, a minha revolta é que quando você vai atrás você não consegue ajuda (M.).

A importância de um trabalho em rede voltado à criança e ao adolescente justifica-se pelo fato de que muitos fatores, como: sociais, educacionais e de saúde, interferem no bem-estar dessa população, o que demanda uma abordagem integradora entre muitos setores que abrangem desde aspectos macroestruturais (políticas) até as práticas direcionadas a esse público. Dessa forma, a atuação para a proteção integral de crianças e adolescentes requer interação interinstitucional e interpessoal (COSTA; BIGRAS, 2007).

Portanto, o trabalho em rede pressupõe uma articulação de diferentes setores, profissionais e serviços, para a garantia da proteção integral de crianças e adolescentes (DESLANDES, 2004).

Logo, percebe-se a falta de articulação dos diversos locais procurados por Margarida, pois, primeiramente, ela procurou o Conselho Tutelar da sua cidade para solicitar ajuda, no entanto foi orientada a procurar o fórum da cidade, mas, ao dirigir-se ao fórum, recebeu a orientação de que o caso estava relacionado à demanda do Conselho Tutelar. Ademais, o promotor do fórum informou que o judiciário só poderia fazer algo por André se ele houvesse cometido um ato infracional, caso contrário não havia nada a fazer.

Dessa forma, muitas vezes, o adolescente tem acesso ao tratamento apenas quando o problema torna-se mais grave, assim o encaminhamento para um tratamento pode ser visto como uma punição, mas também pode ser a única forma de acessar uma terapêutica.

Os funcionários dos locais citados acima sequer acolheram Margarida, não demonstraram interesse pelo seu relato e até mesmo culpavam-na pelos problemas com o filho, desresponsabilizando-se das dificuldades enfrentadas por André e sua família: “[...] até um juiz falou lá, ‘é na hora de você abrir as pernas você não achou ruim, agora que o menino esta dando trabalho quer jogar para cima da gente’, nossa eu fiquei tão pasma com isso (M.)”

Assim, percebe-se que o relato de Margarida diferencia-se bastante daquilo que é preconizado pela política de proteção integral aos adolescentes, pois atores sociais, como: Conselho Tutelar, Ministério Público e poder judiciário, fazem parte da rede de proteção a essa população e devem, através de ações integradoras com outros serviços instituições, atuar tanto na prevenção de agravos sociais quanto nos atendimentos relacionados a essas demandas (GURMARAES; FARIAS; BARBOSA, 2009).

Além disso, as referidas instituições, em casos de vulnerabilidades sociais, devem requisitar serviços públicos nas áreas da saúde, serviço social, previdência, trabalho e segurança (ECA, 2010). No presente caso, as informações dadas a Margarida poderiam ser referentes ao CAPS i ou CAPS AD, projetos sociais, educacionais ou profissionalizantes, entre outros.

Todavia, percebe-se que a ajuda buscada corresponde a uma instituição que acolha o adolescente, em tempo integral, para que ele se afaste das drogas. Aparentemente não necessita ser um lugar especializado em tratamento de substancias psicoativas, dessa forma o objetivo por trás da institucionalização do adolescente é afastá-lo do ambiente que reside por alguns motivos, como retirá-lo de um contexto que pode estar mantendo o uso de drogas ou simplesmente a busca de distanciamento do problema.

[...] como eu te falei, já tem quase 70 anos e se sentiu nervosa quando ele chegou em casa ‘esse menino só pode está drogado’, porque queria fechar as portas, ai só ele e a minha mãe em casa, eu tava trabalhando, isso agora né porque eu estou de ferias. Ai a minha mãe nervosa e ele querendo fechar as portas porque tava drogado, eu sei que a minha mãe passou mal e fica assim difícil para mim porque eu não sei onde eu vou deixar ele.(M).

Assim, quando a situação se agravou, com a ameaça de morte recebida por André, ele e sua mãe procuraram o Juizado da Infância e Juventude, assim o adolescente foi encaminhado para um albergue e quando surgiu uma vaga no abrigo, André então foi transferido para a instituição.

Assim, o abrigo é visto por Margarida como o maior apoio no enfrentamento dos problemas relacionados ao uso de drogas, pois nele o jovem, pelo menos em tese, está afastado das drogas, realiza muitas atividades e está sendo incentivado a estudar. Além disso, Margarida, quando sente necessidade, conversa com os funcionários do abrigo e se sente mais motivada para o enfrentamento da situação. Assim, ela acredita que o abrigo é um apoio para o adolescente e para ela também.

André, da mesma forma, considera a equipe do abrigo como seu principal apoio no enfrentamento da situação do uso de drogas. Assim, percebe-se um vínculo muito forte entre funcionários do abrigo e André.

[...] as pessoas daqui que me ajudam, as vezes me dão carinho e tudo mas é pro meu bem, aqui eles ajudam demais, quer me ver bem, me ajudam com trabalho, no meu estudo, não tem lugar melhor do que esse não (A.).

Como eu te falei desde o começo, as pessoas são como um anjo para ele, porque o André já é um adolescente que já não é mais nenhum menino e com certeza ele, teve um dia que ele defendeu uma que trabalha aqui uma assistente, ele defendeu só por que outro falou do corpo dela entendeu, então ele disse que foi uma falta de respeito muito grande com ela, entendeu, então ele partiu pra cima, sabe ele partiu pra cima, ele chama o outro aqui de paizão, eu acho legal isso daí, ele gosta (M.).

O CAPS foi outro serviço citado como apoio. No entanto, percebe-se que Margarida possui pouco conhecimento sobre a instituição, não dispondo de informações sobre o tratamento do adolescente. Além disso, durante quase dois meses de acompanhamento de André, no CAPS, Margarida não compareceu na instituição nenhuma vez, apesar do filho já estar há quase dois meses em acompanhamento} “Ai, eu acho que foi aqui, acho que foi aqui que conversaram com ele e viram a agitação dele, por falta da droga e resolveram levar ele [...] É, ele foi com o encaminhamento do abrigo (M.).”

Nesse contexto, observa-se que a família não está incluída no tratamento relacionado ao uso de drogas ofertado pelo CAPSi. Tal fato está relacionado à falta

de disponibilidade de Margarida para frequentar o serviço, mas também pode ser uma dificuldade do CAPSi, no sentido de inserir os familiares dos usuários em suas terapêuticas.

Contudo, o CAPS não deve centrar o seu funcionamento nas necessidades dos usuários, mas também de suas famílias, assim é indispensável que o serviço busque inserir os familiares em grupos de famílias e em outras práticas comuns ao serviço, pois, dessa forma, realiza-se o cuidado da família, bem como se busca o apoio desta para o sucesso do tratamento (BARBOSA DE PINHO, 2012).

Dessa forma, avalia-se que André e Margarida não dispunham de informações sobre tratamentos relacionados ao uso de drogas. Assim, André tomou conhecimento do CAPS no abrigo, pois a equipe percebeu que o jovem estava envolvido com drogas e sugeriu encaminhamento para a instituição, sendo a sugestão aceita por André.

Assim, André passou a frequentar o CAPSi, através do abrigo. Segundo o jovem, o serviço, juntamente com o abrigo, o ajuda na questão do enfrentamento do abuso das drogas:

Assim logo quando eu cheguei, eu pensava que era estranho assim o caps infantil, mas é bom, eu cheguei a conversar com a psicóloga, ai me acostumei ja. [...] Eu gosto, conversam comigo, me dão conselho, eu já tô pela segunda vez, mas dessa vez eu quero mudar, eu to disposto, teve uma vez que... naquela recaída, mas vai dar tudo certo (A).

Portanto, compreende-se que apenas o abrigo e o CAPSi são vistos como apoios significativos para o enfrentamento da situação do uso de drogas. Nesse sentido, o abrigo é considerado, por Margarida e por André, como auxílio principal no enfrentamento da situação de uso de drogas. O CAPSi, por sua vez, foi considerado um recurso coadjuvante para o adolescente.

Diante do exposto, compreende-se que a situação de exclusão social na qual o jovem se encontra não pode ser atribuída unicamente ao uso de drogas, mas também está relacionada a um contexto familiar que já apresentava vínculos frágeis, bem como a quase inexistência de suporte para que a sua família pudesse

desempenhar a função de proporcionar um desenvolvimento saudável aos seus membros.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou conhecer melhor os adolescentes usuários de drogas, bem como suas famílias, suas rotinas e as estratégias utilizadas por eles e seus familiares no enfrentamento do uso de substâncias psicoativas.

Nesse contexto, apesar das mudanças ocorridas na política de saúde mental, percebe-se que ainda há vários desafios a serem encarados para que as famílias possam exercer papel significativo em relação aos cuidados dos adolescentes em situação de uso de drogas.

Dentre as dificuldades que os familiares enfrentam para cuidar dos adolescentes, destaca-se a escassez de uma rede de cuidados, que deveria funcionar como auxílio e contribuir para o empoderamento das famílias.

Por outro lado, o Estado, ao reconhecer a importância da família para o desenvolvimento saudável do sujeito, deposita nela toda a responsabilidade perante seus membros, restringindo assim sua atuação, bem como os seus gastos referentes às políticas públicas que deveriam prover meios para as famílias desempenharem suas funções.

Em face dessa realidade, a sociedade costuma culpar as famílias como se elas fossem as únicas responsáveis pelo comportamento dos adolescentes usuários de drogas. Nesse sentido, os serviços de saúde também reforçam esta ideia.

Contudo, nas famílias em estudo, também foi identificado um contexto favorável para o início do uso de drogas pelos jovens, caracterizado pelo abuso de substâncias por familiares, violência doméstica e ambiente pouco suportivo, porém realiza-se o seguinte questionamento: Será que esse cenário favorável ao uso de drogas também não foi possibilitado pela omissão das políticas públicas que deveriam auxiliar essas famílias em diferentes aspectos, prevenindo situações de vulnerabilidade?

Outro aspecto a ser ressaltado sobre as políticas de proteção social é que estas pouco consideram as modificações que as famílias contemporâneas vêm sofrendo, centrando suas ações em um modelo de família nuclear, transparecendo

crenças preconceituosas de que só as famílias vistas como “estruturadas” podem contribuir para o desenvolvimento saudável dos indivíduos.

Ademais, os serviços enfrentam dificuldades na inserção das famílias em suas ações, tais como: indisponibilidade dos familiares para comparecerem ao serviço e ausência de um trabalho de conscientização sobre a importância de sua participação no tratamento dos adolescentes.

A falta de apoio às famílias contribui para que estas se sintam impotentes diante do problema que enfrentam, propiciando o agravamento dos conflitos entre adolescentes e seus familiares, que pode culminar com a perda do vínculo familiar.

Apesar de vínculos familiares fragilizados, geralmente, o adolescente conta com um responsável que o ajuda no enfrentamento do problema, porém devido às responsabilidades com o usuário recaírem sobre um único familiar, é comum que esse ente sinta-se bastante sobrecarregado, necessitando também de cuidados.

Diante dessas dificuldades, a solução encontrada pelas famílias e pelos próprios adolescentes é a internação em uma instituição que possa mantê-los longe do contexto do uso de drogas, seja ela clínica para recuperação de dependentes químicos, hospitais, abrigos ou até mesmo um Centro Educacional.

Portanto, compreende-se que o modelo de ajuda pleiteado pelas famílias ainda está centrado na institucionalização dos usuários de drogas, contrariando os princípios da Reforma Psiquiátrica.

As instituições que acolhem adolescentes, por sua vez, mantêm suas práticas baseadas no tratamento moral e curativo, o qual busca a “cura” dos comportamentos de uso de drogas e de práticas ilícitas. Esse tipo de abordagem diverge bastante do modelo psicossocial.

Dessa forma, os adolescentes usuários de drogas, ao serem inseridos em uma instituição para permanecer distante do contexto de consumo, se distanciam ainda mais de sua família. Além disso, o fato de não haver preparação das famílias para o retorno do jovem, favorece as situações de acolhimento de longa permanência, ocasionando também dificuldades de adaptação entre usuários e seus familiares.

Diante dessa realidade, muitas vezes os adolescentes, ao saírem das instituições, acabam retornando à situação anterior que motivou a busca de auxílio, ou seja, o jovem muitas vezes volta à situação de rua, uso de drogas e prática de atos ilícitos.

Assim, compreende-se que o apoio oferecido pelas instituições possui caráter emergencial, ou seja, é disponibilizado apenas quando o adolescente já mantém uma relação complicada com a droga. Além disso, as estratégias para o jovem interromper o uso de drogas funcionam somente quando ele está institucionalizado.

Contudo, apesar de todas as dificuldades identificadas para o auxílio das famílias e adolescentes no enfrentamento do uso de drogas, as instituições de período integral foram percebidas, pelos usuários e suas famílias, como o principal apoio. Nesse sentido, serviços de cunho comunitário como CAPS AD e CAPSi foram vistos apenas como meros coadjuvantes para lidar com o problema.

Diante do exposto, compreende-se que apenas as instituições de acolhimento integral e os CAPS AD e CAPSi foram recursos significativos para os adolescentes e as famílias que enfrentam a situação do uso de *crack*. No entanto, os esforços para que essas famílias possam lidar com o problema compreendem ações bem mais amplas de vários setores que devem atuar de forma articulada, tais como saúde, educação, Justiça e outros.

Como sugestão para futuros estudos que envolvam famílias e adolescentes em situação de uso de *crack*, recomenda-se a realização de observação nos lares deles, mesmo que se encontram institucionalizados, pois tal estratégia possibilitaria uma visão mais ampla da dinâmica familiar.

## REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal. Um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ADORNO R.C.F. Os imponderáveis circuitos dos vulneráveis cidadãos: trajetórias de crianças e jovens nas classes populares. *In*: LERNER, J. (org.) **Cidadania, verso e reverso**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado; 1997/1998. p. 93-109.

ALAVARSE, G. M. A.; CARVALHO, M. D. B. Álcool e adolescência: o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 408-416, dez. 2006.

ALENCAR, M. M. T. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família. *In*: SALES, M.A; MATOS, M.C.; LEAL, M.C. (org.) **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

ALMEIDA FILHO, A. J.; FERREIRA, M. A.; GOMES M. L. B.; SILVA, R. C.; SANTOS, T.C. F. Adolescência e drogas: consequências para a saúde. Escola Anna Nery **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 605-610, dez. 2007.

ALMEIDA, A. C. G. de; FONTES JUNIOR.J. M. F. Políticas públicas de atendimento ao adolescente infrator usuário de *crack* em Salvador. Bahia: Universidade Federal da Bahia; Programa de Estudos, Pesquisas e Formação em Políticas e Gestão de Segurança Pública – PROGESP; Rede Nacional de Altos Estudos em Segurança Pública - RENAESP/SENASP/MJ, 2010.

ALMEIDA, R. B. F. **O caminho das pedras**: Conhecendo melhor os usuários de crack do município de Recife-Pe. Tese. (2010), 153f. Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade de Pernambuco. Recife, 2010.

ALVES, P.C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set. 1993.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.11, p. 2309-2319, nov. 2009.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMAZONAS, M. C. L.; DAMASCENO, P. R; TERTO, L. M.; SILVA, R.. R.; Arranjo de crianças de camadas populares. **Psicologia em estudo**, v. 8, n. especial, p. 201-208, 2003.

ANDRADE, C. C. de; SILVA, E. R. A. da. A Política nacional de juventude: avanços e dificuldades *In*: CASTRO, J. A. de; AQUINO, L. M. C. de; ANDRADE, C. C. de. (Orgs). **Juventude e políticas sociais no Brasil**. Brasília: Ipea, 2009.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

ANDRADE, T. M. de. Uso de drogas entre adolescentes jovens: perspectivas de prevenção no contexto das relações familiares e da educação à luz dos princípios e práticas de redução de danos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, out. 2007.

ANEAS, T. V.; AYRES, J. R. C. M. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 38, set. 2011.

ANTONIAZZI, A. S. DELL' AGLIO, D. D; BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Rev. Estudos de Psicologia**. v. 3, n. 2. p. 273-294, 1998.

ASSIS, F. R. E. B; FERREIRA, E. B. Repercussões da violência doméstica contra crianças e adolescentes. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 53-59, abr/jun, 2012.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos em análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (ORGs). **Pesquisa, métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, 2010, p. 139-159.

ATHAYDE C, S.; LE, M.V.B. **Cabeça de porco**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005. p. 215.

AYRES. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004a.

AYRES. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, v. 13, n. 3. p. 16-29, 2004b.

AZAVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14; n. 1, p. 56-63, jan./mar, 2010.

BALDISSERA, M. S. **Eu, a casa e a escola**: narrativas de adolescentes em conflito com a lei acerca de si, da casa abrigo e da escola. Tese (2009). Mestrado em educação da Faculdade de Educação Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do programa saúde da família. **R Enferm**, Rio de Janeiro: UERJ, v. 15, n. 2, p. 261-266, abr/jun, 2007.

BARROSO, S.M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. do. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, n. 6, 2007.

BENCHAYA, M. C.; BISCH, N. K.; MOREIRA, T. C.; FERIGOLO, M.; BARROS, H. M. T. Pais não autoritativos e o impacto no uso de drogas: a percepção dos filhos. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro, v. 87, n. 3, maio/jun, 2011.

BENTES, A. **Tudo como dantes no quartel d'Abrantes**: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial. Tese. (1999), f. Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1999.

BERNARDY, C.C.F.; OLIVEIRA, M.L.F. de. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. 2010.

BIELEMANN, V. de L. M.; KANTORSKI, L.P.; BERGE, L.R.; CHIAVAGATTI, F.G.; WILLRICH, J.Q.; SOUZA, A.S. de; HECK, R. M. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n. 1, p. 131-139, jan./mar, 2009.

BORBA, L.O; SCHWARTZ, E; KANTORSKI, L.P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Rev. Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 4, p. 588-94, 2008.

BORGES, C. S.; LUIZ, A. M. A.; DOMINGOS, N. A. M. **Intervenção Cognitivo-Comportamental em estresse e dor crônica**. **Arq. Ciênc Saúde**, v. 16, n. 4, p. 181-186, out/dez. 2009.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Abordagens terapêuticas à usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Coordenação Nacional da Saúde Mental/Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Atenção básica e a saúde da família**. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 01 set. 2009.

BRASIL. **Câmara dos deputados**. Rádio câmara. Autor de projeto sobre internação involuntária diz que dependente de drogas não tem discernimento. 02 abr. 2012. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/radio/materias/ultimas-noticias/413560-autor-de-projeto-sobre-internacao-involuntaria-diz-que-dependente-de-drogas-naotem-discernimento.html>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

BRASIL. **O crack**: como lidar com este grave problema. Brasília –DF: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool & Outras Drogas, 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33717&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33717&janela=1)>. Acesso em: 10 set. 2013.

BRASIL. **Política Nacional sobre Drogas**. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. Brasília: Presidência da República, 2005.

BRASIL. Portaria MS/GM N° 44, de 10 de janeiro de 2001. Institui o Plano Nacional

de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/Gm/GM-044.htm>>. Acesso em: 2 set. 2013.

BRASIL. **Propostas para políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Nov 2011. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-temporarias/especiais/politicas-publicas-de-combate-as-drogas/arquivos/relatorio-do-dep.-givaldo-carimbao>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

BRASIL. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 15.

BRASIL. **Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRASIL. **O crack: como lidar com este grave problema**. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. Dez. 2009. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/crackcomolidarcomestegraveproblema.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2011.

BROECKER, C. Z.; JOU, G. I. de. Práticas educativas parentais: a percepção de adolescentes com e sem dependência química. **Psico-USF**, Itatiba, v. 12, n. 2, dez. 2007.

BRUSAMARELLO, T.; SUREKI, M.; BORRILE, D.; ROEHRS, H.; MAFTUM, M. A. Consumo de drogas: concepções de familiares de estudantes em idade escolar. **SMAD**, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38664/41511>>. Acesso em: 22 ago. 2011.

BUSTAMANTE, V.; TRAD, L. A. Participação paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1865-1874, 2005.

CABRAL, A.L.L.V. MARTINEZ-HEMÁEZ, A.; ANDRADE, E.I.G.; CHERCHIGLIA, M.L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, nov. 2011.

CAMPOS, G.W.S. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

CAMPOS, M. T. A.; SILVA, R. C. Por que precisamos definir uma adolescência? In: LYRA, J.; MEDRADO, B., OLIVEIRA, A. R. O.; SOBRINHO, A. (orgs.) **Juventude**,

**mobilização social e saúde: Interloquções com políticas públicas.** Recife: Instituto PAPAI/MAB/Canto jovem, 2009.

CAPRARA, A.; VERAS, M. do S.C. Hermenêutica e narrativa: a experiência de mães de crianças com epidermólise bolhosa congênita. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, fev., 2005.

CARVALHO, I.M.M. de; ALMEIDA, P.H. de. Família e proteção social. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 17, n. 2, jun. 2003.

CARVALHO, M.V.B.; MERIGHI, M.A.B. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 13, n. 6, p. 951-9, 2005.

CAVALCANTE, M.B. de P.T.; ALVES, M.D.S.; BARROSO, M.G.T. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, set. 2008.

CAVALCANTE. Rede de apoio social ao dependente químico: ecomapa como instrumental na assistência em saúde **Rev. Rene**, v. 13, n. 2, p. 321--331, 2012.

CEARÁ. Centro Aldaci Barbosa Mota. **Objetivos**. Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social. Disponível em: <<http://www.stds.ce.gov.br/index.php/protecao-social-especial/169-aldaci-barbosa>>. Acesso em: 30 set. 2013.

CHAVES, T.V. SANCHEZ, Z.M.; RIBEIRO, L.A.; NAPPO, S.A. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, dez. 2011.

COLVERO, L.A., IDE, C.A.C.; ROLIM, M.A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev Esc Enferm, USP**, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

COSTA, C.R.B.S.F.; ASSIS, S.G. de. Fatores protetivos a adolescentes em conflito com a lei no contexto socioeducativo. **Psicol.** v.18, n.3, p. 74-81, 2006.

COSTA, L.F.; GUIMARÃES, F.L.; PESSINA, L.M.; SUDBRACK, M.F.O. *Single session work*: intervenção única com a família e adolescente em conflito com a lei. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 17, n. 3, dez. 2007.

COUTINHO, M.P.L.; ESTEVAM, I.D.; ARAÚJO, L.F. de; ARAÚJO, L.S. Prática de privação de liberdade em adolescentes: um enfoque psicossociológico. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 16, n. 1, mar. 2011.

CROSSETTI, M.G.O. **Processo de cuidar**: uma aproximação à questão existencial da enfermagem. Tese (1997). Doutorado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

DALSENTER, F.; TIMI, J.R.R. O embasamento legal do internamento compulsório de dependentes químicos. **Rev. Percurso**, v. 12, n. 1, 2012.

DANTAS, C.; JABLONSKI; FERES-CARNEIRO. Paternidade: Considerações sobre a relação pais-filhos após a separação conjugal. **Paidéia**, v. 14, n. 29, p. 347-357, 2004.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1989.

DIAS, A.C.; ARAUJO, M.R.; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, out. 2011.

DIAS, J. C., SCIVOLETTO, S., SILVA, C. J., LARANJEIRA, R. R., ZALESKI, M., GIGLIOTTI, A., ARGIMON, I.; MARQUES, A.C.P.R. Redução de danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Alcool e Outras Drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, n. 52, p. 341-48, 2003.

DOMBI-BARBOSA, C. BERTOLINO NETO, M.M.; FONSECA, F.L.; TAVARES, C.M.; REIS, A.O.A. Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população infanto-juvenil atendida nos centros de atenção psicossocial infanto-juvenis (CAPSI) do estado de São Paulo. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 19, n. 2, ago. 2009 .

DUALIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. *Profile of cocaine and crack users in Brazil*. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, suppl. 4, p. s545-s557, 2008.

DUARTE, P.V. Redes Sociais. In: **Atualização de conhecimentos sobre redução da demanda de drogas**. Curso à distância. Unidade 15. SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas e Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

ESPINDULA, D.H.P.; TRINDADE, Z.A.; SANTOS, M. de F. de S. Representações e práticas educativas de mães referentes a filhos atendidos pelo Conselho Tutelar. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 14, n. 1, mar. 2009.

FEFFERMANN, M.; FIGUEIREDO, R. Redução de danos como estratégia de prevenção de drogas entre jovens. In: **Boletim do Instituto de Saúde**, nº 40, São Paulo, dezembro, 2006.

FERREIRA, M. de A.; ALVIM, N.A.T.; TEIXEIRA, M.L. de O.; VELOSO, R.C. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto e contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 217-24, 2007.

FERREIRA, V.R.T. Relato de uma experiência com adolescentes sobre o uso de drogas. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 5, n. 2, dez. 2003.

FILIZOLA, C. L.A.; TEIXEIRA, I.M. de C.; MILIONI, D.; PAVARINI, S.C.I. Saúde Mental e economia solidária: a família na inclusão pelo trabalho. **Rev Esc Enferm, USP**, v. 45, n. 2, p. 418-425, 2011.

FOGO, M.; FURAGETO, A.R.F.; SANTOS, J.L.F. Opiniões da equipe e usuários sobre a atenção clínica num programa de saúde da família. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 2, março-abril, 2006.

FONTANELLA, B. J. B.; TURATO, E. R. Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 15, p. 439-447, 2002.

FORTALEZA. **História da Cidade**. Prefeitura Municipal: Imprensa Municipal, 2007.

FORTALEZA. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza**: 2006/2009. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2008.

FORTALEZA. **Relatório de gestão 2006**. Saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2006.

FRACASSO, L.; LANDRE, M. Comunidade Terapêutica. In: RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R. (orgs.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 664 – 512.

FRANCO, C.M.; FRANCO, T.B. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. 2010. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>>. Acesso em 23/09/2011>. Acesso em: 19 jul. 2011.

FREITAS, T. P. Serviço social e medidas socioeducativas: o trabalho na perspectiva da garantia de direitos, **Serv. Soc. Soc.** Sao Paulo, nº 105, jan/mar, 2011.

FUNES, G. M.; BRANDS, B.; ADLAF, E.; GIESBRECHT, N.; SIMICH, L.; WRIGHT, M. G. Factores de riesgo relacionados al uso de drogas ilegales: perspectiva crítica de familiares y personas cercanas en un centro de salud público en San Pedro Sula, Honduras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. esp., 2009.

GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R.; NAPPO, A.S.; CARLINI, E.A. **I Levantamento Domiciliár Nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas**. São Paulo: FAPESP; 1999.

GARCIA, J.J.; PILLON, S.C.; SANTOS, M.A. Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. p. 753-761, maio/jun. 2011.

GEANELLOS, R. *Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts*. **Nurs. Inq.**, v. 7, p.112-119, 2000.

GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.11, p.2449-2463, nov., 2006.

GORGULHO, M. O papel da mídia na promoção do uso responsável de álcool. In: BRASIL. **Álcool e redução de danos**: uma abordagem inovadora para países em transição/Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p 103-110.

GUERIN, G.D.; ROSSONI, E.; BUENO, D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, nov. 2012.

GUIMARÃES, A.; ALELUIA, G. Intervenção familiar no tratamento do dependente de crack. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

GUIMARÃES, A.B.P.; HOCHGRAF, P.B.; BRASILIANO, S.; INGERMAN, Y.K. Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. **Rev. Psiq. Clín.** n. 36, p.: 69-74, 2009.

GUIMARÃES. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Rev. Psiquiatr.**, RS, v. 30, n. 2, p.:101-108, 2008.

GUTIERREZ, D.M.D.; MINAYO, M.C. de S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, jun., 2010.

HEILBORN, M.L. O traçado da vida: gênero e idade em dois bairros populares do Rio de Janeiro. In: REICHER-MADEIRA, R. (org). **Quem mandou nascer mulher?** Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos; 1997. p. 292-339.

HOFFMANN, M.C.C.L.; SANTOS, D.N.; MOTA, E.L.A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, mar. 2008.

HORTA, L.R.; HORTA, B.L.; PINHEIRO, R.T. Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescents ao risco. **Rev. J. Bras. Psiquiatr**, v. 55, n. 4, p. 268-272, 2006.

HORTA, N. de C.; SENA, R.R. de. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, 2, p. 475-495, 2010.

JORGE, L. F. **Paternidade Adolescente**: uma proposta de intervenção. Dissertação (1997) 182f. Mestrado em Psicologia Social. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica - PUC/SP, 1997.

JORGE, M.S.B.; PINTO, A.G.A. Adoecimento mental e a família: representações e subjetividades. In: L. A.B. (org). **Família contemporânea e saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 335-370.

JORGE, M.S.B.; PINTO, D.M.; QUINDERÉ, P.H.D.; PINTO, A.G.A.; SOUSA, F.S.P.; CAVALCANTE, C.M. Promoção da saúde mental tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3051-3060, 2011.

JORGE, M.S.B; RAMIREZ, A.R.A.; LOPEZ, C.H.A.F. QUEIROZ, M.V.O.; BASTOS, V.B.; Representações sócias das famílias e dos usuários sobre participação no tratamento de pessoas com transtorno mental. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 135-142, 2008.

KANTORSKI, L.P.; QUEVEDO, A.L.A. de; GUEDES, A. da C.; BIELEMANN, V. de L.M.; HECK, R.M.; BORGES, L.R. Oficinas de reciclagem no caps nossa casa: a visão dos familiares. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 13, n.1, p. 43-48, jan./abr. 2009.

KLEBA, M.E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde e soc.** São Paulo, v. 18, n. 4, p.733-743, 2009.

KLIEWER, W.; MURRELLE, L.; Risk and protective factors for adolescent use: findings from a study in selected Central American Countries. **J Adolesc Health**, v. 40, n. 5, p. 448-455, maio, 2007.

LABETE, B.C.; FIORE, M; GOULART, S.L. Tráfico, guerra, proibição. In: CARNETIRO, H. (Org.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba, 2008. p.23 -38.

LIPP, M.E.N. **Stress e o turbilhão da raiva**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

MACIEL, S.C.; BARROS, D.R.; CAMINO, L.F.; MELO, J.R. F. Representações Sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. **Temas em Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 193-204, 2011.

MAGALHÃES, D.E.F.; SILVA, M.R.S. Cuidados requeridos por usuários de *crack* internados em uma instituição hospitalar. **Rev. Min. Enferm.** v. 14, n. 3, p. 408-415, jul-set. 2010.

MALTA, D.C.; CECÍLIO, L.C.DE O.; MERHY, E.E.; FRANCO, T.B.; JORGE, A. DE O.; COSTA, M.A. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MANGIA, E.F.; MURAMOTO, M.T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 3, dez. 2008.

MANGIA, E.F.; MURAMOTO, M.T. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 18, n. 2, p. 54-62, maio/ago., 2007.

MÂNGIA, E.F.; YASUTAKI, P.M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v.19, n. 1, p. 61-71, jan./abr. 2008.

MARQUES, A. L. M. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool em um centro de atenção psicossocial. Tese (2010), 139 f. Mestrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.

MARQUES, A.C.P.R.; CRUZ, M.S. O adolescente e o uso de drogas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 2, dez. 2000.

MARTÍNEZ-MANTILLA, J.A.; AMAYA-NARANJO, W.; CAMPILLO, H.A.; RUEDA-JAIMES, G.E.; CAMPO-ARIAS, A.; DÍAZ-MARTÍNEZ, L.A. Consumo de Sustancias

Psicoactivas en Adolescentes, Bucaramanga, Colombia, 1996-2004. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 9, n. 2, jun. 2007.

MARTINS, M.C.; PILLON, S.C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. **Rev. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.5, p. 1112-1120, maio, 2008.

MASSA, A.A.; BACELLAR, R.P. A interface da prevenção ao uso de drogas e o poder judiciário, em uma perspectiva de sustentabilidade. 2007. Disponível em: <[http://www.unifae.br/publicacoes/pdf/iiseminario/pdf\\_praticas/praticas\\_02.pdf](http://www.unifae.br/publicacoes/pdf/iiseminario/pdf_praticas/praticas_02.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2012.

MATOS, M.T.S.; PINTO, F.J.M.; JORGE, M.S.B. Grupo de orientação familiar em dependência química: uma avaliação sob a percepção dos familiares participantes. **Rev. Baiana de Saúde Pública**; v. 1, n. 32, p. 58-71, jan. 2008.

MEIRELLES, Z.V.; GOMEZ, C. M. Rompendo com a criminalidade: saída de jovens do tráfico de drogas em favelas na cidade do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, Dec. 2009.

MELO, Z.M.; CALDAS, M.T.; CARVALHO, M.M.C.; LIMA, A.T. Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade de Recife. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 201-208, maio/ago. 2005.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 4, n. 6, p. 109-6, 2000.

MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONCKO, R. (orgs). **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec. 1997. p. 197-228.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MINAYO, M.C.; DESLANDES, S.F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 35-42, 1998.

MIOTO, R. C. T. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, M.A.; MATOS, M.C.; LEAL, M.C. (org.) **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MOIMAZ, S.A.S.; FADEL, C.B.; YARID, S.D.; DINIZ, D.G. Saúde da família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, p. 965-972, 2011.

MOMBELLI, M.A.; MARCON, S.S.; COSTA, J.B. Caracterização das interações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, out. 2010.

MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. de (Org.). Estudos interdisciplinares de representações sociais. In: SANTOS M. de F. de S. **Representação social e identidade**. Goiania: AB, 2000. p.151-159.

MOREIRA, M.I.C.; BEDRAN, P.M.; CARELLOS, S.M.D.A família contemporânea brasileira em contexto de fragilidade social e os novos direitos das crianças: desafios éticos. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 161-180, abr. 2011.

MOURA, S.M.S.R.de; ARAUJO, M.de F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 1, mar. 2004.

MOURA, Y.G.; SILVA, E.A.; NOTO, A.R. Redes sociais no contexto de uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua: *the context of drug use among children and adolescents at street circumstance*. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 3, n. 1, jun. 2009.

MOURAO, T.M.F.; GALINKIN, A.L. Equipes gerenciadas por mulheres: representações sociais sobre gerenciamento feminino. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, 2008.

MURAMOTO, M.T.; MÂNGIA, E.F. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil). **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2165-2177, 2011.

NÓBREGA, S.M.; COUTINHO, M.P.L. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO et al. **Representações sociais**: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária, 2003. p. 67-77.

NONTICURI, A.R. As vivências de adolescentes e jovens com o crack e suas relações com as políticas sociais protetoras neste contexto. **Tese** (2010), 144f. Mestrado em Políticas Públicas da Universidade Católica de Pelotas. Pelotas, 2010.

NOTO, A.R.; BAPTISTA, M.C.; FARIA, S.T.; NAPPO, S.A.; GALDURÓZ, J.C.; CARLINI, E. A. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. **Rev. cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 69-79, jan/fev, 2003.

NUNES, M.; JUCA, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out, 2007.

OLIVEIRA, A.P.G.; MILNITISKY-SAPIRO, C. Abrigos para adolescentes: função de lar - transitório? I Simposio Internacional do Adolescente, 2., 2005, São Paulo. Disponível em: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000082005000200060&script=sci\\_arttext](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000082005000200060&script=sci_arttext)>. Acesso em: 13 maio 2013.

OLIVEIRA, C.C.C. O reconhecimento do afeto como instrumento do poder familiar, 2009. Disponível em: <<http://www.unibrasil.com.br/arquivos/direito/20092/camilla-cichon-conrado-de-oliveira.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2013.

OLIVEIRA, L.G; NAPPO; S. A. Caracterização da cultura de *crack* da cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008.

OLIVEIRA, M.I. Fatores psicossociais e pedagógicos da indisciplina: da infância à adolescência. **Linhas Críticas**, Brasília, v. 15, n. 29, p. 289-305, jul./dez. 2009.

ORTH, A.P. S; MOREÉ, C. L. O. O. Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. **Psicologia Argumento**, v. 26, n.55, p. 293-303, 2008.

OSÓRIO, L. C. **Família hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

PAIVA, F.S.; RONZANI, T.M. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. **Rev. Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 177-183, jan./mar. 2009.

PARIZOTTO, A.P.; BARAN, M.F.; ROSSI, M.L. Concepções dos usuários de *crack* sobre os motivos que levaram ao consumo. Convibra Saúde, Congresso Virtual Brasileiro em educação, gestão e promoção de saúde, 2011. Disponível em: <[http://www.convibra.com.br/upload/paper/201/259/2012\\_59\\_4305.pdf](http://www.convibra.com.br/upload/paper/201/259/2012_59_4305.pdf)>. Acesso em: 13 maio 2013.

PEGORARO, R.F.; CALDANA, R.H. de L. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 11, n. 3, dez. 2006.

PENSO, M.A; SUDBRACK, M.F. Envolvimento em atos infracionais e com drogas como possibilidades para lidar com o papel de filho. Universidade de Brasília. **Rev. Psicologia USP**, v.15, n. 3, p. 29-54, 2004.

PEREIRA, A.S.; WURFEL, R.F. O uso de maconha como estratégia de redução de danos em dependentes de crack. **Aletheia**, Canoas, n. 34, abr. 2011.

PEREIRA, J.M.F.; COSTA, L.F. O ciclo recursivo do abandono. 2004. Disponível em <[http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=A0207&area=d4&subarea=>](http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0207&area=d4&subarea=>)>. Acesso em: 2 set. 2013.

PEREIRA-PEREIRA, P.A. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo do bem estar. In: SALES, M.A; MATOS, M.C.; LEAL, M.C. (org.) **Política social, família e juventude**: uma questão de direitos. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

PIMENTEL, C.E.; COELHO JUNIOR, L.de L.; ARAGAO, T.A. Atitudes frente ao uso de álcool, maconha e outras drogas: verificando relações de predição e mediação. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, 2009.

PITTA, A.M.F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011.

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. dos. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, ago. 2006.

PRIULI, R.M.A.; MORAES, M.S. de. Adolescentes em conflito com a lei. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, out. 2007.

PULCHERIO; G.; STOLF, A.R.; PETTENON, M.; FENSTERSEIFER, D.P.; KESSLER, F. *Crack*: da pedra ao tratamento. **Revista de AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 3, p. 337-343, jul./set. 2010.

RAUP, L.M.; ADORNO, R.C.F. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades. **Rev. Bras. Adolescência e Conflitualidade**, v. 4, p. 52-67, 2011.

RAUPP, L. Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 26, n. 4, p. 445-454, out./dez, 2009.

RAUPP, L. M. **Adolescência, drogadição e políticas públicas**: recortes no contemporâneo. Tese (2006). Mestrado em psicologia social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

RAUPP, L.; ADORNO, R.C.F. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2613-2622, maio, 2011.

RAUPP, L.; MILNITSKY-SAPIRO, C. Reflexões sobre concepções e práticas contemporâneas das políticas públicas para adolescents: o caso da drogadição. **Rev. Saúde e Sociedade**, v.14, n.2, p.60-68, maio/ago. 2005.

RAUPP, L.M.; COSTA, J.M. O ECA e as práticas de atendimento à drogadição na adolescência. **Anais**. I Congresso Internacional de Pedagogia Social. São Paulo (SP), 2006. Disponível em: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000092006000100027&script=sci\\_arttext](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000092006000100027&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 ago. 2012.

RIBEIRO, E.M.; ECKERT, E.R.; SOUZA, A.I.J de; SILVA, A.M.F. da. Castigo físico adotado por pais acompanhantes no disciplinamento de crianças e adolescentes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 3, set. 2007.

RIBEIRO, M. Abuso e dependência da maconha. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 5, set./out., 2005.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**: avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco, terapias psicológica, farmacologia e reabilitação e ambientes de tratamento. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

RICE, P.L.O Enfrentamento do estresse: Estratégias cognitivo-comportamentais. In: CABALLO, V. (Org). **Manual pra o tratamento cognitivo-comportamental para os transtornos da atualidade**. São Paulo: Santos, 2007.

RICHARDSON, R.J.; PERES, J.A.S.; WANDERLEY, J.C.V.; CORREIA, L.M.; PERES, M.H.M. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

RICOEUR, P. **Do texto à ação**. Porto: Rés Editora, 1989.

RICOEUR, P. **Hermenêutica e ideologias**. Petrópolis: Vozes, 2008.

RIGONI, M. dos S. O consumo de maconha na adolescência e as consequências nas funções cognitivas. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 12, n. 2, ago. 2007.

RIGOTTO, S.; GOMES, W.B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 18, n. 1, p. 95-106, 2002.

RODRIGUES, A.B.; CHAVES, E.C. Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 1, jan/fev. 2008.

RODRIGUES, T. Tráfico, Guerra, Proibição. In: CARNETIRO, H. (org.), **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba, 2008. p. 91 - 204.

ROEHRS, H.; LENARDT, M.H.; MAFTUM, M.A. Cultura familiar e uso de drogas psicoativas. **Rev Enferm**, Esc Anna Nery, v. 12, n.2, p. 353 – 357, jun. 2008.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez; 2003. p. 235-367.

RUSSO, R.C. de T.; COUTO, T.H.A.M.; VAISBERG, T.M.J.A. O imaginário coletivo de estudantes de educação física sobre pessoas com deficiência. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, ago. 2009.

SABINO, N.D.M.; CAZENAVE, S. de O.S. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 22, n. 2, jun. 2005.

SAMPAIO, C.; FREITAS, D.S. **Redução de danos e SUS: enlances, contribuições e interfaces**. 2011 [ONLINE]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rdchristiane deisi.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rdchristiane%20deisi.pdf)>. Acesso em: 30 ago. 2011.

SANCHEZ, Z.M.; NAPPO, S.A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 265-272, 2008.

SANCHEZ, Z.V.D.M.; NAPPO, S.A. Sequencia de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 420-430, ago. 2002.

SANCHEZ, Z.V.D.M.; OLIVEIRA, L.G. de; NAPPO, S.A. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, ago. 2005.

SAPORI, L.F. (Coord.). **A problemática do crack na sociedade brasileira: os impactos do crack na saúde pública e na segurança pública**. Curso de Ciências Sociais da PUC Minas e coordenador do CEPESP – Centro de Pesquisas em Segurança Pública da PUC, 2010.

SCHENKER, M. **Valores familiares e uso abusivo de drogas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Rev. ciência e saúde coletiva**, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. A Importância da família no tratamento do uso do uso abusivo de drogas: uma revisão da literature. **Rev. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 649-659, mai/jun, 2004.

SCHENKER, M; MINAYO, M.C.M. Fatores de Risco e de proteção para o uso de droga na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n.3, p. 707-717, 2005.

SCISLESKI, A.C.C.; MARASCHIN, C. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 457-465, jul./set. 2008.

SCISLESKI, A.C.C.; MARASCHIN, C. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n. 3, set. 2008.

SELEGHIM, M.R. MARANGON, S.R.; MARCON, S.S.; OLIVEIRA, M.L.F. de. *Family ties of crack cocaine users cared for in a psychiatric emergency department*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, out. 2011.

SELEGHIM, M.R.; MARANGONI, S.R.; MARCON, S.S.; OLIVEIRA, M.L.F. Vínculo familiar de usuários atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 5, set-out, 2011.

SENA, E.L.S; BOERY, R.N.S.O.; CARVALHO, P.A.L.; REIS, H.F.T.; MARQUES, A.M.N. Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, June 2011 .

SENGIK, A.S.; SCORTEGAGNA, S.A. Consumo de drogas psicoativas em adolescentes escolares. **Psic**, São Paulo, v. 9, n. 1, jun. 2008.

SILVA, D.M.G.V.; MEIRELLES, B.H.S.; SOUZA, S.S.; FRANCONI, F. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. **Rev. Texto Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 50-6, jan-mar, 2004.

SILVA, E. A.; MICHELI, D. D.; CAMARGO, M. M. V; BUSCATTI, D.; ALENCAR, M. A. P.; FORMIGONI, M. L. O. S. Drogas na adolescência: temores e reações dos pais. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v. 8, n. 1, 2006.

SILVA, E.R.A.; ANDRADE, C.C.A política nacional de juventude: avanços e dificuldades. In: CASTRO, J.A.; AQUINO, L.M.C.; ANDRADE, C.C. (orgs.). **Juventude e políticas sociais no Brasil**. Brasília: IPEA, 2009. p. 42-69.

SILVA, K.S.Q. As redes de apoio social e a educação popular: apertando os nós da rede. 2012 [online]. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/27/gt06/t068.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.

SILVA, M.R.S.; NUNES, K.S. Avaliação e diagnóstico do processo de reinserção familiar e social de crianças e adolescentes egressos de uma casa de passagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 42-49, 2004.

SILVA, V.G.B.; SOARES, C.B. As mensagens sobre drogas no rap: como sobreviver na periferia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, dez. 2004.

SILVEIRA, C.; DONEDA, D.; GANDOLFI, D.; HOFFMAN, M.C.; MACEDO, P.; DELGADO, P.G. Política do Ministério da Saúde para atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas. **J. Bras. Psiquiatria**, v. 52, n. 5, p. 349-54, 2003.

SILVEIRA, X. da S; SILVEIRA, E.D. A família e as drogas. In: SEIDL, E.M.F; COSTA, L.F; SUDBRACK, M. de F.O (org.). **Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida**. Brasília: Secretaria Nacional Anti-drogas/Universidade de Brasília, 1999. p. 69-78.

SIMIONI, S.; GEIB, L.T.C. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras do domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 645-651, set./out. 2008.

SIQUEIRA, A.C.; ZOLTOWSKI, A.P.; GIORDANI, J.P.; OTERO, T.M.; DELL'AGLIO, D.D. Processo de reinserção familiar: estudo de casos de adolescentes que viveram em instituição de abrigo. **Estudos de Psicologia**, v. 15, n. 1, p. 07-15, jan./abr. 2010.

SIQUEIRA, A.C. A garantia ao direito à convivência familiar e comunitária em foco. **Estud. psicol**, Campinas, v. 29, n. 3, set. 2012.

SIQUEIRA, A.C.; MASSIGNAN, L.T.; DELL'AGLIO, D.D. Reinserção familiar de adolescentes: processos malsucedidos. **Paidéia**. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, v. 21, n. 50, p. 383-391, set./dez. 2011.

SLUSKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica. Alternativas terapêuticas**. 3. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2006.

SOUSA, J.; KANTORSKI, L.P.; MIELKE, F.B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e outras drogas**. v. 2, n. 1, p. 1-17, 2006.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; MIELKI, F.B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPSAD. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Outras Drogas**. Disponível em <[www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp](http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp)> Acesso em 03 mar 2012.

SOUZA, L, A. de; COSTA, L. F. O significado de medidas socioeducativas para adolescentes privados de liberdade. **Act. Colom. Psicol**. Bogotá,, v.15, n.2, p. 87-98, dez. 2012.

TAVARES, B.F.; BERIA, J.U.; LIMA, M.S. de. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, dez. 2004.

TRAD, L.B. Desafios éticos e tecnológicos do trabalho com família: reflexões em torno da estratégia de saúde da família. Adoecimento mental e a família: representações e subjetividades. In: L.A.B. (org). **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 335-370.

VASTERS, G.P.; PILLON, S.C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n. 2, p. 1-8, mar./abr. 2011.

VASTERS, G.P.; PILLON, S.C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, mar/abr, 2011.

VECCHIA, M.D.; MARTINS, S.T.F. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 2, p.:159-168, 2006.

VENTURA, C.A.A.; BRANDS, B.; ADLAF, E.; GIESBRECHT, N.; SIMICH, L.; MIOTTO, M. da G. W.; FERREIRA, P.S. Políticas e leis sobre drogas ilícitas no Brasil e a perspectiva de familiares e pessoas próximas a usuários de drogas: estudo na Cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. esp. 2009.

VIEIRA, E.N.; SOUZA, L. de. Guarda paterna e representações sociais de paternidade e maternidade. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 28, n. 4, out. 2010.

WENDT, N.C.; CREPALDI, M.A. A Utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, 2008.

ZANOTI-JERONYMO, D.V.; CARVALHO, A.M.P. Alcoolismo parental e suas repercussões sobre crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 3, p. 233-236, 2005.

ZEITOUNE, Regina Célia Gollner et al . O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, Mar. 2012 .

ZUSE, A.S., DAGALLO ROSSATO, V.M., BACKES, V.M.S. Genetograma: um instrumento de trabalho na compreensão sistêmica de vida **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 308-320, maio/jun., 2002.

## **ANEXOS**

## **CRONOGRAMA DE ATIVIDADES**

<b>ANOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>
<b>2012.1</b>	Levantamento bibliográfico e fichamento de textos
<b>2012.2</b>	Levantamento bibliográfico, coleta e análise de fontes.
<b>2013.1</b>	Levantamento bibliográfico, coleta e análise de fontes.
<b>2013.2</b>	Aplicação de instrumentos de coleta, análise dos dados, redação do trabalho e revisão da redação.
<b>09/2013</b>	Entrega para banca e correção gramatical
<b>11/2013</b>	Defesa

## ORÇAMENTO

<b>MATERIAL DE CONSUMO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>TOTAL</b>
Papel A4	10 resmas	180,00
Lápis	10	10,00
<b>MATERIAL PERMANENTE</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>TOTAL</b>
Computador	Próprio	-
Impressora	Próprio	-
Gravador	GRUPSFE	-
Livros	GRUPSFE/Próprio	-
Revisão gramatical	200 folhas	1.000
Encadernação	05	125,00
<b>TOTAL</b>		<b>1.315,00</b>

O orçamento terá contribuição do grupo de pesquisa saúde mental, família e práticas de saúde e Enfermagem. Projeto: Família, condições crônicas: explorando itinerários terapêuticos rede sócio assistenciais e acessibilidade, Financiado pelo PROCAD - Casadinho entre ISC /UECE. N.06/2011.

## APENDICES

### Roteiro de Coleta de Dados – Entrevista Aberta aos Familiares dos Usuários dos CAPS AD

#### 1-Dados de identificação

Nº da Entrevista: \_\_\_\_\_

Identificação: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo

Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco com o usuário: \_\_\_\_\_

#### 2- Questões norteadoras:

Fale como você lida com o problema do uso de *crack* pelo adolescente?

Fale sobre sua participação no tratamento do adolescente nos dispositivos existentes nos serviços?

## ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM OS USUÁRIOS (adolescente) CAPS AD

### 1- Dados de identificação

Entrevistador Responsável: \_\_\_\_\_

Data da coleta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masc.            ( ) Fem.

Escolaridade:

Ocupação:

Há quanto tempo faz tratamento neste serviço: \_\_\_\_\_

Local do acompanhamento:

Com quem mora:

Origem do encaminhamento:

### 2- Questões norteadoras

Fale como foi sua busca por tratamento nos serviços?

Fale sobre a participação /não participação de seus familiares na busca por tratamento?

## QUESTIONÁRIO COM FAMILIARES

Entrevistador Responsável: \_\_\_\_\_

Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masc.                      ( ) Fem.

Há quanto tempo seu parente faz tratamento neste serviço: \_\_\_\_\_

Local do acompanhamento:

Bairro que reside:

**1) Qual a renda da família** \_\_\_\_\_

**2) Escolaridade:**

- |                                     |                                   |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| ( ) Analfabeto                      | ( ) Ensino fundamental 1 completo |
| ( ) Ensino fundamental 1 incompleto | ( ) Ensino fundamental 2 completo |
| ( ) Ensino fundamental 2 incompleto | ( ) Ensino médio completo         |
| ( ) Ensino médio incompleto         | ( ) Ensino universitário          |
| ( ) Ensino universitário incompleto |                                   |

**3) Tipo de construção da moradia**

1 ( ) Alvenaria    2 ( ) Madeira    3 ( ) Papelão    4 ( ) Taipa    5 ( ) Outro \_\_\_\_\_

**4) Com quem mora:**

Marido, companheiro ( )    pai ( )    Filhos ( )    mãe ( )    irmãos ( ), caso marque  
essa alternativa, quantos? \_\_\_\_\_ Outros ( ) \_\_\_\_\_

**5) Ocupação?** -----

**6) Quantas pessoas trabalham em sua casa?**

**7) Quem é o responsável pelo sustendo da casa?**

Marido, companheiro ( )	pai ( )	irmãos ( )
Filho ( )	mãe ( )	outros ( ) _____

**8) Quem participa das tarefas domésticas?**

Marido, companheiro ( )

pai ( )

irmãos ( )

Filho ( )

mãe ( )

outros ( ) \_\_\_\_\_

**9) Quem participa da educação dos adolescentes?**

Marido, companheiro ( )

pai ( )

irmãos ( )

Filho ( )

mãe ( )

outros ( ) \_\_\_\_\_

## **ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**

Estratégias de enfrentamento das famílias no cuidado ao usuário

Estratégias de enfrentamento dos usuários para busca de atendimento e de cuidado

Ambiente

Acesso de usuários e familiares aos serviços

Acesso de usuários e familiares ao tratamento

Acolhimento de usuários de familiares

Relações familiares- usuários – profissionais

Recepção de usuários e familiares

**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS ADOLESCENTES (menores de idade) USUÁRIOS DE CAPS AD EM FORTALEZA-CE.**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE USO DE CRACK, SUA FAMÍLIA E AS POLITICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL: avanços e desafios” que tem como objetivo: Conhecer as estratégias de enfrentamento das famílias e usuários na busca do cuidado aos usuários adolescentes nos CAPSad.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista sobre seu tratamento no CAPS, também será solicitado a criação de um desenho com um tema específico, em seguida, solicita-se também uma história sobre o desenho. O desenho-estória é uma estratégia de coleta que tem por base os desenhos livres e a invenção de histórias. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista e o desenho-estória. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo no seu acompanhamento no CAPS independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista ou do desenho-estória serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas e nos desenhos, todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o você poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os usuários, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com a mestrandia Milena Lima de Paula, ou com a orientadora Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Paranjana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_  
tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.  
Fortaleza-CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011.

---

\_\_\_\_\_  
Participante

---

\_\_\_\_\_  
Milena Lima de Paula

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS ADOLESCENTES (Maiores de idade) USUÁRIOS DE CAPS AD EM FORTALEZA-CE.**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE USO DE CRACK, SUA FAMÍLIA E AS POLITICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL: avanços e desafios” que tem como objetivo: Conhecer as estratégias de enfrentamento das famílias e usuários na busca do cuidado aos usuários adolescentes nos CAPSad.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista sobre seu tratamento no CAPS, também será solicitado a criação de um desenho com um tema específico, em seguida, solicita-se também uma história sobre o desenho. O desenho-estória é uma estratégia de coleta que tem por base os desenhos livres e a invenção de histórias. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista e o desenho-estória. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo no seu acompanhamento no CAPS independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista ou do desenho-estória serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas e nos desenhos, todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o você poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os usuários, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com a mestrandia Milena Lima de Paula, ou com a orientadora Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Paranjana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_  
tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.  
Fortaleza-CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Milena Lima de Paula

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS FAMILIARES DE ADOLESCENTES USUÁRIOS DE CAPS AD EM FORTALEZA-CE.**

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE USO DE CRACK, SUA FAMÍLIA E AS POLITICAS DE PROTEÇÃO SOCISL: avanços e desafios” que tem como objetivo: Conhecer as estratégias de enfrentamento das famílias e usuários na busca do cuidado aos usuários adolescentes nos CAPS AD.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista sobre o tratamento do adolescente no CAPS AD e relacionamento familiar, também será solicitado a criação de um desenho com um tema específico, em seguida, solicita-se também uma história sobre o desenho. O desenho-estória é uma estratégia de coleta que tem por base os desenhos livres e a invenção de histórias. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista e a aplicação do desenho-estória. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo no acompanhamento no CAPS independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista ou do desenho estória serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas e nos desenhos, todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. O Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os usuários, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com a mestrandia Milena Lima de Paula, ou com a orientadora Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Paranjana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_  
tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.  
Fortaleza-CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Milena Lima de Paula

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS RESPONSÁVEIS POR ADOLESCENTES USUÁRIOS DO CAPS AD EM FORTALEZA-CE.**

O(a) adolescente está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE USO DE CRACK, SUA FAMÍLIA E AS POLÍTICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL: avanços e desafios**” que tem como objetivo: Conhecer as estratégias de enfrentamento das famílias e usuários na busca do cuidado aos usuários adolescentes nos CAPS AD.

Dessa forma, pedimos a sua autorização nesta pesquisa para que o adolescente possa responder a uma entrevista sobre seu tratamento no CAPS, o(a) adolescente também será solicitado a criação de um desenho com um tema específico, em seguida, solicita-se também uma história sobre o desenho. O desenho-estória é uma estratégia de coleta que tem por base os desenhos livres e a invenção de histórias. Solicito sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista e o desenho-estória. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo ao acompanhamento do adolescente no CAPS AD independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista ou do desenho-estória serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas e nos desenhos todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que a participação do adolescente é voluntária e o mesmo poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os usuários, nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com a mestrandia Milena Lima de Paula, ou com a orientadora Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Paranjana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_

autorizo a participação do adolescente na pesquisa tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito a participação do adolescente na mesma.

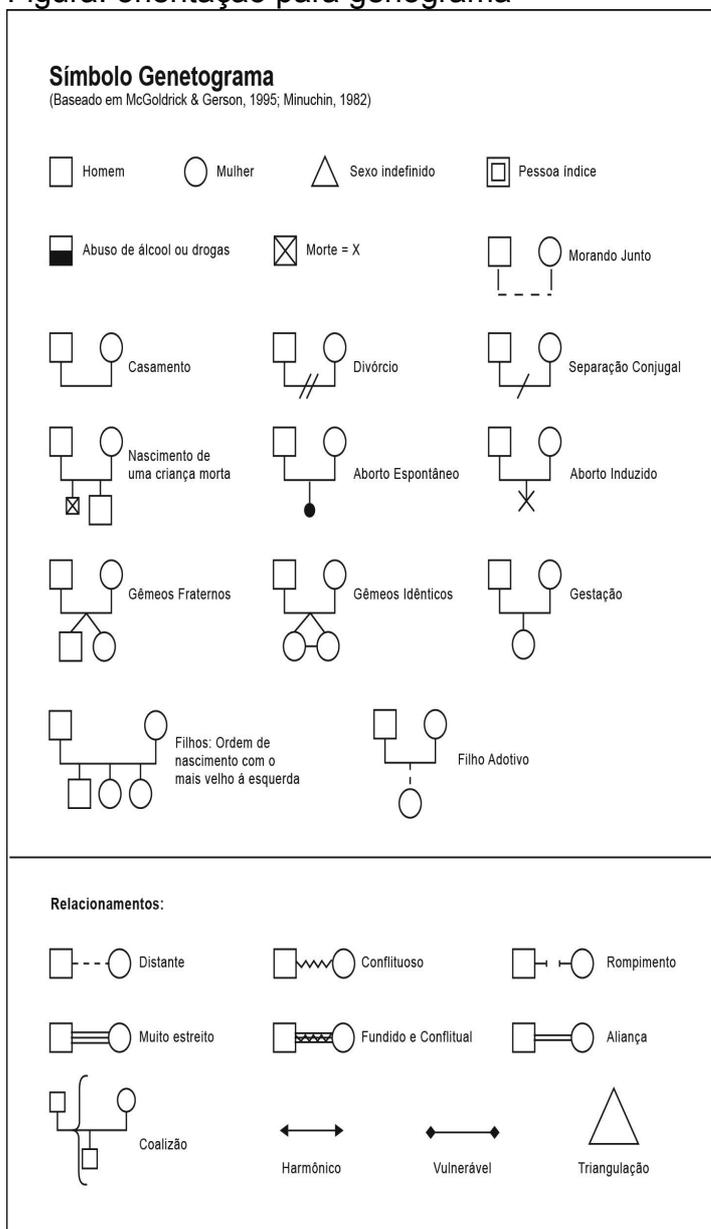
Fortaleza-CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013.

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Milena Lima de Paula

Anexo:

Figura: orientação para genograma



Fonte: Fonte: Wendt, Crepaldi, 2008

*ANEXO 3: Parecer do Comitê de Ética*



**Governo do Estado do Ceará**  
**Fundação Universidade Estadual do Ceará**  
**Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UECE**

Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi  
 CEP 60.740-000 - Fortaleza-Ce  
 Fone: (085) 3101.9890 - E-mail: cep@uece.br



Fortaleza (CE), 17 de maio de 2011

**IDENTIFICAÇÃO**

**Título:** “Atenção clínica na produção do cuidado aos usuários de crack - assistência à saúde e redes sociais de apoio”.

**Folha de rosto:** 396670

**Processo:** 10724251-6

**Pesquisador responsável:** Maria Salete Bessa Jorge.

**Instituição responsável:** UECE

**Área temática:** Ciências da saúde

**RESUMO**

O projeto em tela tem por objetivo principal compreender a produção do cuidado e o modelo de clínica construído na atenção aos usuários de crack na cidade de Fortaleza-CE, e como se dá os cuidados aos usuários de crack nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas-CAPS-Ad. Os sujeitos de pesquisa envolvidos acham-se assim caracterizados: **Grupo 1)** 25 usuários de crack em tratamento nos CAPS-Ad e 25 acompanhados pela Estratégia Saúde da Família; **Grupo 2)** 30 familiares de usuários de crack; **Grupo 3)** 20 trabalhadores dos CAPS-Ad, (médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, arte-educador, educador físico e assistente social); **Grupo 4)** 30 trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (profissionais do NASF, médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde) e **Grupo 5)** 10 redes sociais de apoio. Portanto serão envolvidos 140 sujeitos de pesquisa. A pesquisa será realizada no município de Fortaleza-CE, especificamente nos serviços de saúde das Secretarias Executivas Regionais SERs IV e V. A metodologia será de natureza qualitativa dentro de uma perspectiva antropológica e crítica. Os procedimentos de coleta de dados constarão entrevistas abertas, observação direta e grupo focal, cujos roteiros encontram-se anexados ao projeto. O cronograma estabelece três períodos de execução da pesquisa. O orçamento detalhado prevê uma despesa geral no valor de R\$ 70.000,00 (setenta mil reais) financiado com recursos do CNPQ/Ministério da Saúde. Os TCLEs para os vários grupos de sujeitos foram refeitos adequadamente. Os pesquisadores possuem currículo na plataforma lattes.

**PARECER**

O projeto de pesquisa apreciado está bem estruturado e é relevante, havendo retorno para o sujeito e a comunidade. Ele atende aos ditames da resolução 196/96 do CNS e para ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, foram resolvidas as pendências em 17 de maio de 2011.

O relatório final deverá ser apresentado ao CEP.

  
 Profa. Dra. Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro  
 Coordenadora do CEP/UECE



