Revista Cruz Azul Online

Cruz Azul no Brasil

O perfil dos moradores de rua em Blumenau e a dependência química

Página 06

Adesão ao tratamento de usuários de álcool e outras drogas

Página 19

O futuro e desafios das comunidades terapêuticas frente ao atual público-alvo e às novas drogas

Página 27

ISSN 2595-6019

9 772595 601009 19

Ano 2019
2º Semestre
Nº 19

O que é a Cruz Azul no Brasil

A Cruz Azul no Brasil é uma associação sem fins lucrativos, de direito privado, cristã interdenominacional, fundada em 23 de junho de 1995, com sede em Blumenau/SC. É filiada à Cruz Azul Internacional (International Federation of Blue Cross - IFBC), cujo trabalho iniciou em 1877 na Europa.

MISSÃO, VISÃO, VALORES

Missão - PROMOVER A VIDA:

- ☑ Sem álcool e outras drogas, visando ao bem-estar individual, familiar e social;
- ☑ Com a inclusão, a mútua ajuda e a abstinência;
- ☑ Com ações inovadoras de prevenção, acolhimento, tratamento, reinserção social, apoio e educação continuada;
- ☑ Acreditando na capacidade de mudança do ser humano;
- ☑ Fundamentando-se no poder salvífico e transformador de Jesus Cristo.

Visão - SER REFERÊNCIA NA ÁREA DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:

- ☑ Como movimento cristão de inclusão, mútua ajuda e abstinência, reconhecido por sua visão de ser humano integral;
- ☑ Em prevenção;
- ☑ Em educação continuada, conhecimento e inovação;
- ☑ Em rede de acolhimento e atendimento individual e familiar, de grupos de mútua ajuda e de comunidades terapêuticas;
- ☑ Em políticas públicas, assessoramento, defesa e garantia de direitos.

Valores - NOSSOS VALORES:

- ☑ Crença no poder salvífico e transformador de Jesus Cristo e na capacidade de mudança do ser humano;
- ☑ Abstinência como sinal de apreço e solidariedade, instrumento efetivo de acolhimento, tratamento, prevenção e qualidade de vida;
- ☑ Movimento em rede de inclusão e mútua ajuda;
- ☑ Educação continuada e inovação;
- ☑ Ética e transparência.

Nossa Proposta:

- ☑ Promover uma vida sem drogas, visando à saúde física, psicológica e espiritual do ser humano para o bem-estar individual, familiar e social.

PROGRAMAS DE ATENDIMENTO

a) Programa de grupos de ajuda mútua: treinamento, assessoramento, apoio e acompanhamento de lideranças e voluntários junto às igrejas e outras entidades, objetivando a criação de uma rede de grupos de apoio para o atendimento de dependentes e seus familiares. Realização das reuniões dos grupos de apoio, especialmente através de voluntários treinados pela Cruz Azul no Brasil.

b) Programa de prevenção: realização de atividades de prevenção em escolas, empresas, igrejas e outros espaços comunitários. Isso se dá através de teatros, monólogos, discussões de grupos, palestras de conscientização e a capacitação de multiplicadores.

c) Programa de educação continuada: realização de cursos de extensão e livres, seminários, fóruns, curso de pós-graduação para a formação de multiplicadores sociais que atendam pessoas afetadas pela dependência das drogas.

d) Federação de comunidades terapêuticas (CT): filiação de entidades que realizam acolhimento de pessoas dependentes na modalidade de CT. Assessoria, apoio, capacitação às entidades filiadas e representação destas junto aos governos federal, estadual e municipal.

e) Programa de orientação e apoio para dependentes e familiares: atendimento psicológico presencial e de orientação junto à sede da Cruz Azul. Esse atendimento também é feito via telefone, e-mail e rede social.

f) Programa de edição de literatura na área da dependência química e da prevenção: edição de livros, folhetos, apostilas e outras (edições impressas e eletrônicas).

g) Programa de construção de políticas públicas sobre drogas: representação do segmento de CT´s, e Terceiro Setor atuante nesta área, junto aos governo federal, estadual e municipal. Através dessa representação contribui com a discussão e a aprovação de leis, bem como com o financiamento público que promova serviços de atenção e/ou cuidado a pessoas afetadas pelas drogas.

A SEDE E A SECRETARIA GERAL

Para realizar os programas anteriormente descritos, a Cruz Azul no Brasil conta com uma infraestrutura física, administrativa e deliberativa. A entidade possui uma sede própria na rua São Paulo, nº 3424, bairro Itoupava Seca, em Blumenau, SC. Esta sede foi inaugurada em 23 de junho de 2012. Possui uma estrutura funcional com 20 colaboradores remunerados e mais de 400 voluntários, estes envolvidos no trabalho com os grupos de mútua ajuda.

A estrutura administrativa e deliberativa da Cruz Azul é composta pela Assembleia Geral, que é o órgão máximo de caráter deliberativo. Compõe a estrutura administrativa da Cruz Azul um Conselho de Administração, o qual possui várias áreas temáticas: área de tratamento, prevenção, grupos de apoio, capacitação, espiritualidade, políticas públicas, publicação/edição/literatura/comunicação e ações estratégicas de inclusão. Cada área temática é composta por diversos membros que se reúnem entre seus pares para discutir as ações, desafios e estratégias do trabalho da Cruz Azul.

A Cruz Azul possui uma diretoria de caráter deliberativo e um coordenador administrativo da equipe de trabalho.

O trabalho é mantido através de contribuições e doações, subvenções públicas, subvenções privadas, receitas de promoções, receitas com capacitações, receitas com serviços sócio-assistenciais, vendas de mercadorias e isenções tributárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente a entidade - no Brasil - possui mais de 20 Comunidades Terapêuticas filiadas (centros de acolhimento a dependentes químicos), 112 Grupos de Apoio/Mútua Ajuda para adultos e 12 para crianças (os Grupos Kids). Por meio do trabalho da Cruz Azul, muitas pessoas encontraram ajuda para deixar a sua dependência de álcool e/ou outras drogas, além de uma nova razão para viver.

Cruz Azul no Brasil

Telefone: **+55 (47) 3035-8400**
Site: **www.cruzazul.org.br**
Blog: **//revistadacruzazulnobrasil.blogspot.com/**
Facebook: **//www.facebook.com/cruzazulnobrasil/**
Instagram: **//www.instagram.com/cruzazulnobrasil_cab/?hl=pt-br**
Issuu: **//issuu.com/revistacruzazulonline**
You Tube: **//www.youtube.com/user/cruzazulnobr**
Twitter: **//twitter.com/CruzAzul_BR**

Sumário

O que é Cruz Azul..... 02

Normas gerais de publicação na revista Cruz Azul Online..... 04

Editorial..... 05

O perfil dos moradores de rua em Blumenau e a dependência química..... 06

Adesão ao tratamento de usuários de álcool e outras drogas..... 19

O futuro e desafios das comunidades terapêuticas

frente ao atual público-alvo e às novas drogas..... 27

EXPEDIENTE: A Revista "**CRUZ AZUL ONLINE**" é uma publicação "online" da Cruz Azul no Brasil, com sede na Rua São Paulo, 3424, bairro Itoupava Seca. 89030-000. Blumenau, SC.
Presidente da Cruz Azul no Brasil: Rolf Hartmann.
Editor: Luis Carlos Avila.
Conselho Editorial: Alana Sieves Wendhausen, Brigitte Klemz Jung, Camila Biribio Woerner Pedron, Henriette Kellermann Prust, Egon Schlüter, Luis Carlos Avila, Luis Carlos Kuchenbecker, Maria Roseli Rossi Avila, Osvaldo Christen Filho (Coordenador) e Rolf Hartmann.
Revisão: Brigitte Klemz Jung e Henriette Kellermann Prust.
Secretário Geral: Egon Schlüter.
Contatos: **publicacoes@cruzazul.org.br** - **www.cruzazul.org.br** - Telefone **(47) 3035-8400.**
Endereço: Rua São Paulo, 3424, bairro Itoupava Seca. 89030-000. Blumenau - SC.
Periodicidade: Semestral. Foto de Capa: Banco de imagens Pixabay.
Edição: Número 19 - 2º semestre de 2019. Número e cadastro no **ISSN: 2595-6019**

Normas de publicações de artigos na revista Cruz Azul Online

A revista possui interesse nos artigos vinculados às seguintes temáticas: dependência química, comunidade terapêutica, grupos de apoio, prevenção ao uso de substâncias psicoativas, prevenção à recaída, codependência, políticas públicas sobre drogas e outros temas correlacionados, sendo possível o chamamento de submissões com temáticas específicas.

Ao submeter um trabalho para o periódico, os autores devem ler e aceitar as seguintes condições:

1. O(s) nome(s) do(s) autor(es) deverá(rão) estar devidamente omitido(s) ao longo do texto (requisito para análise duplo-cego);

2. A contribuição deverá ser original e inédita; não estar sendo avaliada para publicação por outro periódico, caso contrário, deverá ser justificada tal condição no corpo do e-mail do trabalho que será enviado;

3. O artigo deverá ser submetido em formato Microsoft Word, obedecendo a seguinte estrutura:

- Título;
- Resumo;
- Introdução;
- Discussão;
- Conclusões;
- Referências bibliográficas.

4. Os títulos e subtítulos não podem exceder o total de 100 caracteres (com espaço);

5. Apresentar resumo em português com, no máximo, 200 palavras e, de 3 a 6 palavras-chave;

6. O volume total do texto (incluindo título, resumo, notas de rodapé e referências bibliográficas) deve ser de, no mínimo, 20 mil e, no máximo, 40 mil caracteres (com espaço);

7. O texto deverá ser escrito com espaçamento 1,5 cm entre linhas, fonte Times New Roman, tamanho 12;

8. O artigo não deverá apresentar mais do que três autores;

9. As referências bibliográficas deverão ser apresentadas no final do artigo em ordem alfabética, contendo - exclusivamente - as obras utilizadas para a construção do texto. O formato de apresentação das referências deverá seguir o proposto pela atualização correspondente à Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT);

10. Os autores devem certificar-se de que as referências citadas no texto constem na lista de referências bibliográficas, com datas exatas de publicação e nomes de autores corretamente grafados;

11. Ilustrações (gráficos, fotografias, desenhos etc.), deverão ser numeradas sequencialmente, com algarismos arábicos e citadas como "Figuras". Devem ser suficientemente claras (alta resolução) para permitir a sua reprodução com qualidade. Ao longo do texto deverão ser indicado os locais para a inserção das ilustrações;

12. Em arquivo à parte (folha de rosto) deverão ser informados: o título do trabalho; o(s) nome(s) completo(s) do(s) autor(es); o endereço do autor principal, incluindo rua, cidade, CEP, estado e país. Além disso informar qualificação, nome da instituição e e-mail para contato.

13. Em caso de solicitação de ajustes, dúvidas e/ou informações adicionais o (s) autor (es) será (ão) comunicado via e-mail, tendo o prazo de até 20 dias para as devidas alterações, (a contar da data do envio da mensagem solicitando a intervenção do autor). O artigo não será publicado em caso de descumprimento do do prazo.

14. Somente serão avaliados artigos que estejam dentro das especificações solicitadas;

15. A autorização da publicação se dá automaticamente no momento da submissão do artigo;

16. Não é cobrada taxa para submissão e avaliação de artigo;

17. O artigo respeitando as especificações anteriormente citadas, deverá ser encaminhado ao e-mail:

publicacoes@cruzazul.org.br

Editorial

Quando visitamos um lugar ou cidade, ou mesmo ao passear por aquele lugar em que vivemos, nos deparamos com seus centros comerciais, indústrias, parques, arquitetura, belezas e detalhes que encantam e nos incentivam a guardar lembranças e fotos daquela viagem ou visita. Dada a estrutura e formação dos centros urbanos e periféricos, é difícil olhar para os problemas sociais ali existentes os quais desafiam as equipes de programas sociais dos municípios. Entre eles está a existência de moradores em situação de/na rua, que acabam sendo marginalizados da sociedade, vivendo à parte do funcionamento social das cidades. Em consequência a exclusão social vivenciada, muitos recorrem ao uso de drogas.

A revista Cruz Azul "Online", preocupada com essa realidade social, de muitas cidades, apresenta um artigo - resultado de pesquisa empírica - que trata do "Perfil dos moradores de rua de Blumenau e a dependência química". Objetiva analisar o perfil dos usuários de um abrigo público da cidade, sua relação com a dependência química, os fatores condicionantes de vida e as determinantes influenciadoras da não conclusão do Plano Individual de Atendimento (PIA) pelos usuários do Programa.

O segundo artigo analisa e discute a "adesão ao tratamento de usuários de álcool e outras drogas". Considerando a dificuldade do dependente químico em buscar e manter-se no tratamento, a autora pesquisou quais intervenções que favorecem ou ajudam o usuário de álcool e outras drogas no sentido de aderir ao tratamento, propiciando a mudança no estilo de vida e alcançando a sobriedade. A pesquisa ainda, se propõem a aperfeiçoar estratégias que venham a beneficiar o dependente na manutenção do tratamento.

Como terceiro artigo, um texto que aborda o futuro das comunidades terapêuticas diante do atual público alvo e das novas drogas. Trata-se de um estudo de caso, de cunho qualitativo, teórico/empírico e exploratório que apresenta o perfil dos usuários de uma comunidade terapêutica, bem como tipos e características das drogas que os levaram a procurar acolhimento numa casa de reabilitação. Como contribuição final o autor apresenta alguns desafios futuros às comunidades terapêuticas, dentre eles, a necessidade de se buscarem novos paradigmas de acolhimento.

Tenha uma excelente leitura!

Cruz Azul no Brasil

Luis Carlos Ávila

Editor

E-mail: **publicacoes@cruzazul.org.br**

O perfil dos moradores de rua em Blumenau e a dependência química

Márcia Reinhold

Assistente Social. Especialista em Dependência Química e Comunidade Terapêutica

RESUMO: A sociedade torna-se cada vez mais exigente em relação à qualificação e presença dos indivíduos em ambientes ocupacionais e um grande número de pessoas acaba sendo marginalizado, tornando-se um ser à parte dentro do funcionamento social em que vive. Devido à exclusão sofrida, muitos acabam recorrendo ao uso de drogas e à vida nas ruas. No município de Blumenau, localizado no Vale do Itajaí em Santa Catarina, existem dois principais órgãos governamentais que atuam com usuários de drogas e pessoas em situação de rua: o *Abrigo Municipal de Blumenau* (AMBLU) e o *Centro de Referência Especializado para a*

THE PROFILE OF THE STREET DWELLERS IN THE CITY OF BLUMENAU AND CHEMICAL DEPENDENCE

ABSTRACT: Society becomes increasingly demanding regarding the qualification and permanence of folks in occupational settings and a large number of people end up being marginalized and becoming an outsider within the social context in which they live. As a consequence of this exclusion, many end up resorting to drug

Márcia Reinhold

Assistente Social. Especialista em Dependência Química e Comunidade Terapêutica

Blumenau - SC. E-mail: **marciareinhold@blumenau.sc.gov.br**

População em Situação de Rua (Centro POP). Este trabalho tem como objetivo analisar o perfil dos usuários do AMBLU, sua relação com a dependência química, os fatores condicionantes de vida e as determinantes influenciadoras da não conclusão do Plano Individual de Atendimento (PIA) pelos usuários do Programa. Para a realização da pesquisa foi elaborado um questionário, aplicado a dez usuários dos serviços no município, além da pesquisa bibliográfica utilizada para explorar conceitos e fatores históricos que permeiam este público. Foi possível determinar diversas questões como a droga mais utilizada, cidade de origem e motivos pelos quais a pessoa foi morar na rua.

Palavras-chave: Morador de rua; Dependência química; Abrigo Municipal; Blumenau/SC.

use and street life. In the city of Blumenau, located in the Itajaí Valley in Santa Catarina, there are two main governmental entities that deal with drug users and street dwellers, namely the *Blumenau Municipal Shelter* (AMBLU) and the *Specialized Reference Center for Population in Street Situation* (Centro POP). This study was to analyze the profile of AMBLU users, their connection to chemical dependence, life conditioning factors and the causes that lead to failure in the conclusion of the *Individual Plan of Attendance* (PIA) by Program users. To conduct the research, a questionnaire was prepared and applied to ten users of services in the municipality, in addition to the bibliographic research used to explore concepts and historical factors with regard to this public. It was possible to determine several questions such as which is the drug that is more frequently used, place of origin and reasons why the person ended up living in the street.

Key words: Street dweller; Chemical dependency; Municipal Shelter; Blumenau / SC.

1 INTRODUÇÃO

A sociedade permanece cativa aos efeitos do capitalismo extremo e cada vez mais o trabalho, a produção e a geração de recursos financeiros se tornam o aspecto central das vida dos seres humanos, principalmente nas grandes e médias cidades. Vive-se sob o pressuposto de que aquele que não produz é um inválido dentro do coletivo societário.

A figura do morador de rua é bem complexa dentro de um centro urbano. As tentativas de ignorar o problema ocorrem tanto pelos transeuntes que, muitas vezes, sentem-se mal pela visão da condição de alguém em situação de rua, quanto pelo Estado que, infelizmente, acaba colocando-o no final da lista de prioridades. Por outro lado, também há um sentimento de empatia e curiosidade quanto àquele que não tem onde viver. Muitas perguntas são feitas a respeito da vida desta pessoa: se ela tem casa, família, se já foi ou é funcional e abrigada como o restante da população, dentre outras.

Ser morador de rua é ser considerado incapaz e inválido por questões biológicas e sociológicas. Muitas vezes, a pessoa é discriminada a ponto de não ver mais saída para sua situação e o uso de entorpecentes é significativo entre essa população "invisível" à sociedade.

Para que seja possível conhecer e compreender a população de rua, é importante verificar como esta população foi se desenvolvendo e sendo reconhecida ou até mesmo esquecida, pela sociedade e pelo Estado.

Há relatos de pessoas itinerantes desde a época da Grécia Antiga. Durante a Idade Média, afirma-se que existiam pessoas que sobreviviam da caridade (STOFFELS, 1977, p. 70). Durante este período, a Igreja teve papel fundamental por meio das Ordens Mendicantes, que pregavam que o homem pobre é o que estava mais próximo

de Deus, tornando a Igreja responsável pela manutenção das vidas daqueles que viviam na miséria durante parte daquele período. Após a Revolução Industrial e os avanços científicos da Guerra Fria, a sociedade se tornou tecnicista e mecânica, abandonando o sentimento de virtude que havia em torno dos pobres durante a Idade Média, tornando-os figuras marginais do coletivo social justamente por não serem capazes de produzir.

Por fim, chegando à década atual, 2010, segundo o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que instituiu a *Política Nacional para a População em Situação de Rua,* esse público se caracteriza como "grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular" (BRASIL, 2008, p. 9).

O uso de substâncias psicoativas (SPA) – assim como o álcool, cocaína, barbitúricos, nicotina, *crack*, entre outras é um agravante na situação dos moradores de rua, uma vez que a disponibilidade é grande e o uso é frequente entre pessoas em situação de vulnerabilidade. O uso de substâncias psicoativas pode causar alteração no organismo do usuário e até dependência. No entanto, muitas dessas substâncias são tratadas como irrelevantes, uma vez que o estigma social não é tão grande em torno delas. Isso ocorre com o uso de bebidas alcoólicas, a ingestão irresponsável de medicamentos e até substâncias comuns do cotidiano como o café, os energéticos que são vendidos em qualquer farmácia ou mercado, dentre outras. De acordo com Nogueira, para a

> [...] Organização Mundial da Saúde (OMS), droga é qualquer substância que, introduzida no organismo, interfere no seu funcionamento. Consequentemente, tanto é droga a maconha quanto a aspirina e o antibiótico; tanto o álcool quanto a cocaína; tanto o cigarro quanto LSD; tanto o cafezinho quanto o lança perfume. O que varia é como atua no organismo de cada indivíduo, bem como a finalidade, pois, quando a droga é empregada com finalidade terapêutica, ela passa a denominar-se medicamento (NOGUEIRA, s.d., p. 1).

Faz-se necessário compreender os efeitos das substâncias nos usuários, e para isso, é preciso que o estigma social se torne irrelevante perante os fatos, uma vez que não apenas o *crack*, a cocaína e o LSD requerem atenção, e sim tudo que pode causar alterações no indivíduo que faz uso de alguma substância. O efeito de medicamentos controlados (usado abusivamente) pode ser tão ou mais nocivo do que o uso de certas drogas ilícitas em alguns organismos e estes efeitos devem ser estudados também, já que podem causar dependência. Em Blumenau, existe um grande contingente de moradores de rua, sendo que muitos deles, segundo dados resultantes desta pesquisa, consomem álcool e outras drogas com regularidade.

A cidade de Blumenau está localizada no Vale do Itajaí, em Santa Catarina. É um centro urbano de médio porte. No entanto, é responsável pela economia de várias cidades pequenas da região. Em comparação com outros estados - maiores e mais populosos, como São Paulo - pode-se dizer que Santa Catarina não possui uma quantidade tão grande de moradores de rua. É em Blumenau que se localiza o *Abrigo Municipal de Blumenau* (AMBLU), cujo público-alvo é a pessoas em situação de rua. A instituição trabalha para a reinserção social desse público, providenciando ajuda no tratamento contra as drogas, na busca de trabalho e no resgate de vínculos familiares, muitas vezes rompidos.

Este estudo tem como objetivo analisar o perfil dos usuários do AMBLU, sua relação com a dependência química, os fatores condicionantes de vida e as determinantes influenciadoras da não conclusão do *Plano Individual de Atendimento* (PIA) pelos usuários do Programa. Para tanto, o texto está dividido em 5 partes: 1) Introdução; 2) O morador em situação de na rua em Blumenau: direitos e serviços de atendimento a este público; 3) AMBLU: o perfil institucional de atendimento aos moradores de rua em Blumenau; 4) O perfil dos usuários do AMBLU e sua relação com as SPA's; e 5) Considerações.

Quanto à metodologia, é um estudo de caso, de cunho qualitativo teórico/empírico, pois se utiliza da teoria para o desvelamento da realidade empírica. É exploratório devido à escassez de produção científica na área. A pesquisa empírica foi desenvolvida no período entre outubro e dezembro de 2017. Foram utilizadas as técnicas da pesquisa documental para a coleta de dados, junto ao PIA, e da entrevista semiestruturada. O universo da pesquisa foi os moradores de rua de Blumenau. A amostra foram dez usuários do AMBLU, do *Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua* (Centro POP) e das ruas de Blumenau que utilizavam o serviço no período da coleta de dados. Os resultados deste estudo figuram no corpo deste texto e podem servir de subsídios futuros para ações concretas na área de políticas públicas para o morador de rua, bem como para pesquisas e outros estudos na área da dependência química, Serviço Social e para a área diaconal teológica.

2 O MORADOR EM SITUAÇÃO DE/NA RUA EM BLUMENAU: DIREITOS E SERVIÇOS DE ATENDIMENTO

Moradores de rua são figuras do cotidiano nas grandes e médias cidades. Em inúmeros sinais de trânsito, sob marquises, em frente aos estabelecimentos comerciais, sempre são encontrados os populares "mendigos", como são denominados pejorativamente pelo senso comum. No entanto, pouco se sabe de onde vêm essas pessoas e quais suas perspectivas de vida, e porque se encontram em situação de na rua.

> Há relatos da existência de pessoas itinerantes, que habitavam as ruas desde a Grécia Antiga, decorrentes de desapropriações de terras e do crescimento das cidades. Logo, esse movimento itinerante, incerto, sem emprego ou casa fixa, com deslocamento contínuo, e dificuldade de obter renda, passou então, a entrar em atrito com a ordem estabelecida transformando-se para alguns em anomia, devido ao desrespeito às normas sociais vigentes ou às contradições e divergências entre estas. Desde a Idade Média essas pessoas denominadas itinerantes receberam diversas classificações para nomear quem perambulava pelas ruas (Frangella, 2009), tais como: vagabundos, mendigos, migrantes, incapacitados, sem domicílio fixo. Estes ficavam próximos aos feudos e às cidades que se formavam e buscavam a sobrevivência e "caridade", já oferecida pelas Igrejas (STOFFELS, 1977, p. 62).

De acordo com Bulla et al (2004, p. 1) de uma forma geral, as pessoas em situação de rua apresentam-se com vestimentas sujas e sapatos surrados, denotando pauperização em sua condição. No entanto, nos pertences que carregam, expressam sua individualidade e seu senso estético. As autoras afirmam que a perda de vínculos familiares, decorrente do desemprego, da violência, da perda de algum ente querido, perda de autoestima, alcoolismo, drogadição, doença mental, entre outros fatores, são determinantes para a escolha da rua como moradia. São histórias de rupturas sucessivas e que, com muita frequência, estão associadas ao uso de álcool e drogas, não só pela pessoa que está na rua, mas por outros membros da família. Também é possível encontrar na rua pessoas que há pouco chegaram às grandes cidades e ainda não conseguiram emprego ou um local de moradia. Alguns ainda possuem trabalho ou subemprego, mas como seu ganho não é suficiente para o autossustento a solução que encontram é viver nas ruas.

Outras pessoas sobrevivem nas ruas devido às atividades laborais que realizam, como os catadores de resíduos ou de outros eventuais trabalhos. Estes dormem em albergues e abrigos, ou em algum espaço na rua mesmo, devido à dificuldade de retorno para casa nas periferias distantes. Há, ainda, os "andarilhos", que se deslocam pelos bairros ou de cidades em cidades, geralmente sozinhos, não se vinculando a lugares fixos. Referem simplesmente que estão "no trecho". Snow e Anderson (1998) afirmam que o mundo social dos moradores de rua constitui-se em uma subcultura, ainda que limitada ou incompleta. Trata-se de um mundo social que não é criado ou escolhido pelas pessoas que vivem nas ruas, pelo menos inicialmente, mas para o qual foram empurradas por circunstâncias alheias ao seu controle. Partilham, contudo, do mesmo destino, o de sobreviver nas ruas e becos das grandes cidades. Vieira, Bezerra e Rosa apud Costa (2005, p. 04) identificam três situações em relação à permanência na rua:

> As pessoas que ficam na rua – configuram uma situação circunstancial que reflete a precariedade da vida, pelo desemprego ou por estarem chegando na cidade em busca de emprego, de tratamento de saúde ou de parentes. Nesses casos, em razão do medo da violência e da própria condição vulnerável em que se encontram, costumam passar a noite em rodoviárias, albergues, ou locais públicos de movimento. As pessoas que estão na rua – são aquelas que já não consideram a rua tão ameaçadora e, em razão disso, passam a estabelecer relações com as pessoas que vivem na ou da rua, assumindo como estratégia de sobrevivência a realização de pequenas tarefas com algum rendimento. É o caso dos guardadores de carro, descarregadores de carga, catadores de papéis ou latinhas. As pessoas que são da rua – são aquelas que já estão faz um bom tempo na rua e, em função disso, foram sofrendo um processo de debilitação física e mental, especialmente pelo uso do álcool e das drogas, pela alimentação deficitária, pela exposição e pela vulnerabilidade à violência.

Conclui-se, por meio da bibliografia estudada, que os moradores de rua, apesar de estarem desabrigados, adaptam as atividades diárias à situação em que vivem. Por exemplo, como foi mencionado anteriormente, realizando tarefas e tendo algum tipo de fonte de renda, mesmo que esta seja instável, ou mesmo por meio das relações interpessoais de amizade e relacionamentos amorosos. Este público tem direito à proteção social e ao cuidado do Estado.

2.1 Tipificação: serviço de acolhimento - início e mudanças ocorridas

O Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua está disposto na *Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais da Política Pública de Assistência Social,* sendo ele de *Média e Alta Complexidade.*

Este serviço tem por finalidade assegurar atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva de fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida. A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2009) define que os usuários a serem atendidos por estes serviços são jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam a rua como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Os Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade são

> [...] aqueles que oferecem atendimento às famílias e indivíduos que se encontram em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos, necessitando de acolhimento provisório, fora de seu núcleo familiar de origem. Esses serviços visam a proteção do individuo que possui vínculos familiares rompidos ou severamente fragilizados, ofertando a eles acolhimento em ambiente com infraestrutura adequada oferecendo condições de moradia, higiene, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade (BRASIL, 2016, p.15).

Esses serviços também devem assegurar o fortalecimento dos vínculos familiares e/ou comunitários e o desenvolvimento da autonomia dos usuários. Os serviços que compõe a Proteção Social Especial de Alta Complexidade são: *Serviço de Acolhimento Institucional* (que poderá ser desenvolvido nas modalidades de abrigo institucional, casa lar, casa de passagem ou residência inclusiva); Serviço de Acolhimento em República; *Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; e Serviço de Proteção em Situações de Calamidade Pública e de Emergência.* Esses serviços estão assegurados em lei e oportunizam a busca da conquista da cidadania plena.

2.2 O perfil do morador de rua

Na sociedade em geral tem-se uma visão do morador de rua. O estigma social que recai sobre esse público é perverso. O senso comum o rotula como vagabundo, pobretão, etc. No entanto, o público que vive de/na rua é bastante heterogêneo, formado por pessoas com transtornos mentais, abandonados pela família, imigrantes, desempregados, dependentes químicos, ex-presidiários e até trabalhadores. Esses são alguns dos diversos perfis das pessoas que se utilizam da rua como abrigo ou moradia. Os "moradores de rua" são pessoas de realidades variadas. Até mesmo a pobreza, que comumente é associada ao grupo, não está presente em todos os casos, como explica Atila Pinheiro, coordenador do *Movimento Nacional População em Situação de Rua:* "Ainda não se parou para pensar nessa heterogeneidade. O que a gente sabe é que existem pessoas que têm condição de ter uma casa, um trabalho, mas não conseguem" (BOCCHINI; KOCHINSKI, 2010, p. 01).

Uma das poucas pesquisas existentes sobre essa população foi realizada em 2008 pelo então *Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome* (BRASIL, 2008). O levantamento constatou que os principais motivos que levam as pessoas a viverem e morar na rua estão relacionados a problemas de alcoolismo ou drogas (35,5%), de desemprego (29,8%) e de desavenças com parentes (29,1%). Dos entrevistados, 71,3% citaram pelo menos um desses três motivos.

Alderon Pereira da Costa, membro do *Comitê Interministerial de Políticas Públicas para a População em Situação de Rua,* ressalta que as políticas de combate ao problema precisam respeitar a realidade de cada um dos perfis dos moradores de rua. Desempregados, por exemplo, precisam de um auxílio diferente do que os dependentes químicos. De acordo com o autor, "Nós temos que ter políticas públicas diversificadas para a população de rua. Temos que trabalhar todas as linhas integralmente. Tem uma população que está na rua hoje que não tem outro problema senão a falta de moradia" (BOCCHINI, KOCHINSKI, 2010, p. 01).

A pesquisa do Ministério mostra ainda que grande parte dos entrevistados apresentou histórico de internação em instituições: 28,1% afirmaram ter passado por casa de reabilitação de dependentes químicos; 27% já estiveram em algum abrigo; 17% admitiram já ter passado por alguma casa de detenção; 16,7% afirmaram já ter passado por hospital psiquiátrico; 15% estiveram em orfanato; 12,2%, na Febem em instituição equivalente.

Segundo a pesquisa, 45,8% dos entrevistados sempre viveram no município em que moram atualmente. Dos restantes (54,2% do total), 56% vieram de municípios do mesmo estado de moradia atual e 72% de áreas urbanas. De acordo com o estudo, isso significa que uma parte considerável da população em situação de rua é de origem local, ou de regiões próximas, sem ter migrado do campo para a cidade (BRASIL, 2008).

É impossível determinar apenas um motivo apenas pelos quais os indivíduos passam a utilizar substâncias psicoativas. O que torna a pesquisa tão complexa é a heterogeneidade do grupo. De acordo com De Leon:

> Os próprios usuários abusivos de substâncias citam uma variedade de motivos e causas de seu uso de drogas. [...]as inúmeras situações objetivas que os residentes veem como catalisadoras de seu uso de substâncias; tais situações vão das tensões e pressões comuns da vida a eventos extraordinários ou catastróficos que marcaram a vida de muitos usuários: violência e maus-tratos, crimes, insegurança financeira, desabrigo (DE LEON, 2003, p. 42).

A pesquisa aponta que os moradores de rua provêm de diferentes localidades, possuem histórico muito variado e contextos sociais extremamente amplos e diferenciados. A diversidade de perfis fica evidente na pesquisa do Ministério, bem como o uso de substâncias psicoativas. No tópico a seguir será realizada a análise de um público mais específico dentro do grupo dos moradores de rua: os usuários dos serviços públicos destinados a moradores em Blumenau como o AMBLU, o Centro POP e o público que não se insere nesses serviços, mas vive nas ruas em Blumenau.

3 O PERFIL INSTITUCIONAL DE ATENDIMENTO AOS MORADORES DE RUA EM BLUMENAU

Blumenau já possui serviço de atendimento aos moradores de rua há bastante tempo. A população usuária destes serviços é acolhida no Centro POP, bem como no AMBLU.

3.1 Centro POP

O Serviço Especializado em Abordagem Social é caracterizado pela Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais como:

> Serviço ofertado, de forma continuada e programada, com a finalidade de assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa que identifique, nos territórios, a incidência de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, situação de rua, dentre outras. Deverão ser consideradas praças, entroncamentos de estradas, fronteiras, espaços públicos onde se realizam atividades laborais, locais de intensa circulação de pessoas e existência de comércio, terminais de ônibus, trens, metrô e outros. O Serviço deve buscar a resolução de necessidades imediatas e promover a inserção na rede de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas na perspectiva da garantia dos direitos (BRASIL, 2009, p. 10).

O trabalho social desenvolvido por este serviço busca possibilitar condições de acesso da população em situação de rua à rede, promovendo ações para construir o processo de saída das ruas e a reinserção familiar e comunitária. O Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, de acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, é caracterizado como serviço para,

> [...] pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Tem a finalidade de assegurar atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva de fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida. Oferece trabalho técnico para análise das demandas dos usuários, orientação individual e grupal e encaminhamentos a outros serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas que possam contribuir na construção da autonomia, da inserção social e da proteção às situações de violência (BRASIL, 2008, p.36).

Este último deve ser desenvolvido obrigatoriamente, no espaço do Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro POP), que é uma unidade pública da Assistência Social para atendimento à população em situação de rua. Esta unidade deve representar um espaço de referência para o convívio grupal e social, o desenvolvimento de relações de solidariedade, efetividade e respeito, com vistas ao alcance da autonomia. O Centro POP, de acordo com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), se propõe a trabalhar com a perspectiva de inclusão desta população, com o fortalecimento de vínculos sociais e familiares, por meio da articulação com as demais políticas sociais.

É importante considerar, como já mencionado, que a realidade desta população é heterogênea e complexa e, portanto, exige estratégias que partam efetivamente da realidade de vida dos sujeitos e à articulação de várias áreas das políticas públicas. A intersetorialidade deve favorecer ações que visem o rompimento do preconceito e da intolerância e a implementação de ações e políticas de garantia de direitos, alem da construção de projetos de vida. Bonalume (2011, p. 04) destaca que "o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais implica idéias [sic] como parceria e solidariedade". Talvez a não existência de ações intersetoriais ou as que existem de forma fragilizada, sejam um fator que dificulte a efetivação das respostas às demandas apresentadas por esta população.

É sabido que antes do advento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, as políticas públicas específicas a esta população eram de repressão, políticas higienistas e, muitas vezes, violentas, que retiravam a pessoa da rua enviando-a para sua cidade de origem sem seu consentimento ou as enviavam para albergues, com o intuito de "limpar as ruas". A política de higienização faz parte de um processo de exclusão dos já excluídos, pois expulsa estes sujeitos de praças, pontos turísticos e parques para que fiquem longe dos olhos dos que são tidos como pertencentes de um padrão social de "normalidade". De acordo com Santana e Castelar,

> Isto fortalece a ideologia de culpabilização destes sujeitos por se encontrarem em situação de rua, o que dificulta a reestruturação de sua dignidade e cidadania. A população em situação de rua convive diariamente com humilhações e, nessa perspectiva, os sujeitos são levados por um sentimento de não

possuírem direitos (SANTANA E CASTELAR, 2014, p. 05).

É importante considerar que ainda não superamos as políticas higienistas. Elas ainda estão presentes e sendo desenvolvidas pelas próprias políticas públicas que deveriam garantir o direito dos sujeitos. O cotidiano da população em situação de rua reflete dificuldades de acesso à assistência básica, atenção e saúde. Direitos estes, violados pela barreira da exclusão e do preconceito. Marília Sotero afirma que:

> A população em situação de rua vive em permanente estado de vulnerabilidade. São vulneráveis por não ter documentos ou certidões, indispensáveis à cidadania. Vulneráveis por não possuir casa, dinheiro ou emprego fixo. São vulneráveis, enfim, por não ter acesso à educação e por encontrarem dificuldade até mesmo para receber cuidado de saúde. Esses fatores ampliam situações de violência, fome e medo que esse grupo vivencia em seu cotidiano (SOTERO, 2011, p. 799).

Apesar de a Constituição Federal prever a igualdade de todos perante os direitos sociais, a grande maioria da população em situação de rua não tem acesso às políticas públicas, mesmo tendo a Política Nacional a finalidade de potencializar o acesso dessa população à rede de serviços socioassistenciais e a outras políticas sociais.

Talvez possamos atribuir a falta de acesso dessa população aos serviços básicos ao preconceito imposto sobre ela, tanto da sociedade como, muitas vezes, dos próprios trabalhadores destas políticas. Fato é que os moradores de rua são sujeitos de direito e como tal devem tê-los garantidos para que possam vir a alcançar a cidadania plena e tudo que ela demanda.

3.2 O Abrigo Municipal de Blumenau (AMBLU)

A Lei Nº 6345 (BLUMENAU, 2003) cria o Serviço de Proteção e Atenção à População de Rua e Migrante em Situação de Vulnerabilidade Social no âmbito do município. Em Blumenau, o então Prefeito Municipal Décio Nery de Lima, aprovou, sancionou e promulgou a Lei que cria o Programa de "Proteção e Atenção à População de Rua e Migrante", no âmbito do Município de Blumenau, que tem por objetivo o atendimento das necessidades mediatas e imediatas do migrante e da população adulta de moradores de rua, através de um trabalho socioeducativo e abrigamento temporário, buscando a inclusão emancipatória destes na sociedade. A operacionalização do Programa de "Proteção e Atenção à População de Rua e Migrante" tem por base legal a Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988, e a Lei Federal nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. O Programa de que trata esta Lei será desenvolvido pela Secretaria Municipal de Assistência Social (BLUMENAU, 2003).

O objetivo do abrigo é dar suporte ao morador de rua, na superação da situação em que se encontra, promovendo sua autonomia. Entre outras finalidades o abrigo visa proporcionar quatro refeições diárias, dormitório, higiene pessoal, buscar vínculos familiares já rompidos, bem como a organização da vida diária e instrumental (AVD/AVDI) com acompanhamento de Terapeuta Ocupacional. Conta com os profissionais: Assistente Social, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional.

3.3 A dependência química entre os usuários dos serviços de atendimento ao morador de rua

Devido à significativa presença das substâncias psicoativas entre a população moradora de rua, o crescimento no número de dependentes químicos é iminente. Torna-se um problema público ainda maior uma vez que os usuários necessitam de recursos para comprar as substâncias e muitas vezes não os têm, optando buscar esses recursos por meio de ações delituosas.

A dependência química é descrita como um transtorno mental decorrente do uso de substâncias psicoativas, porém, muitas vezes, o usuário é visto de forma preconceituosa, tornando difícil um tratamento adequado. De acordo com a definição da OMS,

> "[...] dependência química é: Estado caracterizado pelo uso descontrolado de uma ou mais substâncias químicas psicoativas com repercussões negativas em uma ou mais áreas da vida do indivíduo". Tal estado, assim como tal descontrole pode ser episódico ou permanente, mas tende a tornar-se progressivo com o passar do tempo. O cérebro jamais esquece a sensação provocada pela droga, sendo necessária total abstinência para a recuperação. A dependência química é uma doença primária, crônica, progressiva e muitas vezes fatal. É uma doença multidimensional e multifacetada, ou seja, atinge o indivíduo em diversos níveis: Físico, Mental, Emocional e Espiritual. A Dependência Química é uma doença decorrente mais de uma pane na química cerebral do que de um colapso do caráter. A Organização Mundial da Saúde – OMS define a dependência química como um estado psíquico e físico que sempre inclui uma compulsão de modo contínuo ou periódico, podendo causar várias doenças crônicas físico-psíquicas, com sérios distúrbios de comportamento. Pode também, ser resultado de fatores biológicos, genéticos, psicossociais, ambientais e culturais, considerada hoje como uma epidemia social, pois atinge toda gama da sociedade, desde a classe social mais elevada a mais baixa. A Classificação Internacional de Doenças – CID-10 define-a como transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SAR, 2017, p. 01).

O tratamento deve ser abrangente em todas as esferas da dependência, e não apenas no aspecto físico do problema, uma vez que é considerado primariamente um transtorno mental, que afeta a vida do usuário em todos os seus níveis. As consequências do uso repetido de alguma substância psicoativa, seja o álcool ou outras drogas, afeta o comportamento dos usuários provocando dependência. Nossa experiência pessoal de trabalho confirma que a dependência de substâncias psicoativas entre os moradores de rua é comum e sua presença piora ainda mais a condição de vida que estes já possuem por morarem na rua. O próximo item apresenta os resultados de uma pesquisa empírica realizada no âmbito do Centro POP, do AMBLU e das ruas de Blumenau.

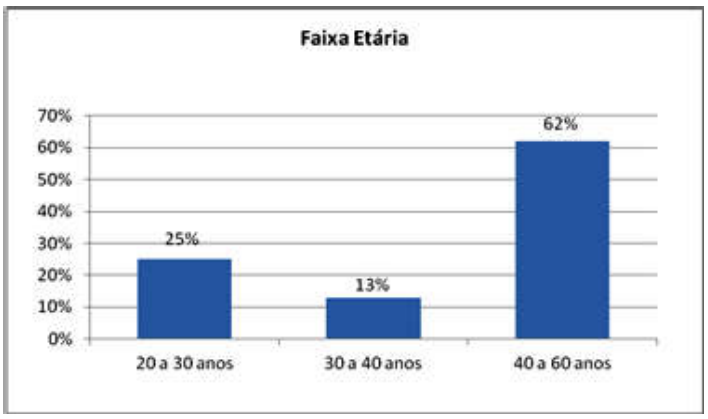
4 O PERFIL DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA EM BLUMENAU E SUA RELAÇÃO COM AS SPA's

A dependência química pode atingir pessoas de diferentes origens, gêneros, crenças e com histórias individuais traçadas desde a infância até o período em que necessitam de abrigo e auxílio de instituições governamentais. O perfil de usuários do Centro POP, do AMBLU, e das ruas de Blumenau abrange as mais diversas particularidades.

Com o objetivo de conhecer esse perfil desenvolvemos uma pesquisa que visou analisar o perfil dos usuários do AMBLU, sua relação com a dependência química, os fatores condicionantes de vida e as determinantes influenciadoras da não conclusão do *Plano Individual de Atendimento* (PIA) pelos usuários do Programa. Para tanto, aplicamos um questionário a dez usuários dos serviços citados. Cinco (5) deles no Centro POP, três (3) se encontravam acolhidos no AMBLU e dois (2) moradores de rua que, no momento da entrevista, não utilizavam os serviços citados. Foram elaboradas dezenove perguntas com dados relativos à idade, local de origem, tipo de substância psicoativa utilizada, além de questões que englobam experiências de vida, sonhos e planos de futuro, bem como conselhos que dariam aos jovens com base em sua experiência de viver na rua.

A primeira pergunta da pesquisa tinha por objetivo conhecer a faixa etária dos usuários. O gráfico da Figura 1 demonstra que a maioria dos usuários entrevistados (62%) possuía entre 40 e 60 anos de idade, 25% tinham entre 20 e 30 anos e 13% estavam na faixa etária de 30 a 40 anos quando a pesquisa foi realizada.

Figura 1 – Faixa Etária dos Usuários Centro POP, AMBLU e ruas de Blumenau

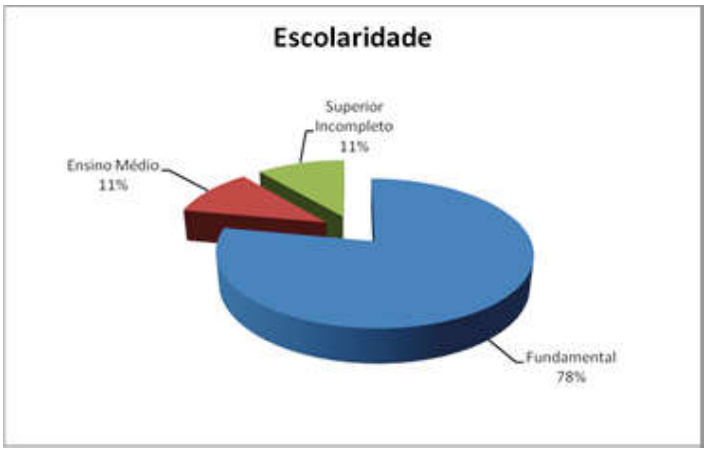


Fonte: Elaborado pela autora.

Também lançamos um olhar sobre as questões de gênero dos entrevistados, uma vez que algumas pesquisas mostram que o consumo de álcool e drogas entre mulheres vem crescendo silenciosamente nos últimos anos. Dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil apontam que entre 29% e 39% das mulheres consomem bebidas alcoólicas frequentemente (SENAD, 2005, p. 01). O uso compulsivo aumentou 36% entre elas. Resultados da pesquisa apontaram que apenas 13% dos usuários entrevistados pertenciam ao gênero feminino e 87% ao gênero masculino.

Quanto à escolaridade, verificou-se que grande parte dos usuários tinha baixa escolaridade e nenhum dos entrevistados finalizou o ensino superior, o que indica um problema social preocupante. De acordo com os dados representados na Figura 2, 78% dos entrevistados possuíam apenas o ensino fundamental completo quando realizamos a pesquisa.

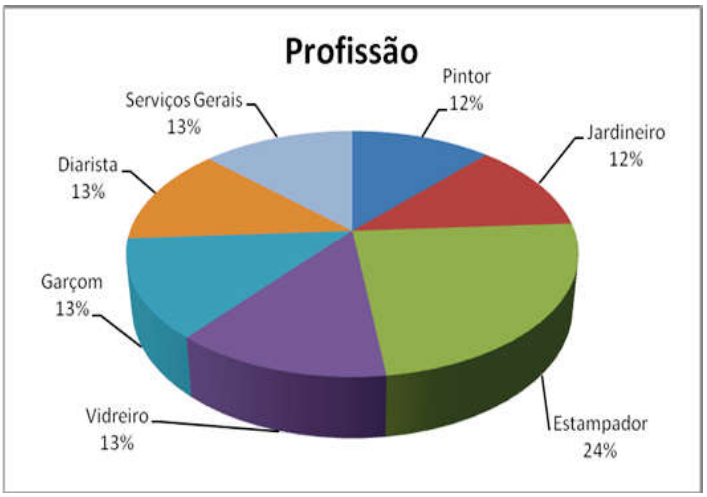
Figura 2 – Escolaridade dos Usuários do Centro POP, AMBLU e ruas de Blumenau



Fonte: Elaboração da autora.

A baixa escolaridade dificulta a participação do usuário no mercado de trabalho. No entanto, foram constatadas diferentes profissões entre os entrevistados: pintor, jardineiro, estampador, vidreiro, garçom, diarista e auxiliar de serviços gerais, conforme a Figura 3 demonstra:

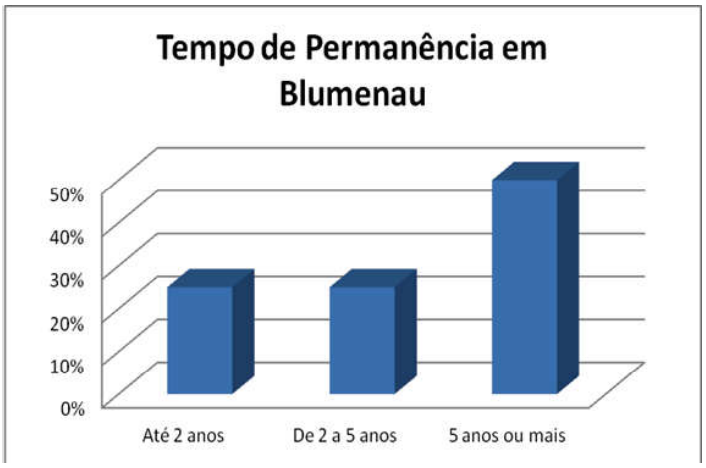
Figura 3 – Profissão dos Usuários do Centro POP, AMBLU e ruas de Blumenau



Fonte: Elaboração da autora.

Verificou-se durante a pesquisa, que inúmeros dos entrevistados do Centro Pop, do AMBLU e das Ruas de Blumenau não eram naturais do município e eram provenientes de diferentes localidades do Brasil assim como de países estrangeiros. Muitas vezes, o choque de uma cultura distante também se torna um empecilho na reabilitação do usuário. Conforme apontam os resultados da pesquisa, apenas13% dos entrevistados era natural da cidade de Blumenau. No entanto, a pesquisa também concluiu que mais da metade dos participantes do estudo residia em Blumenau há, pelo menos, cinco anos.

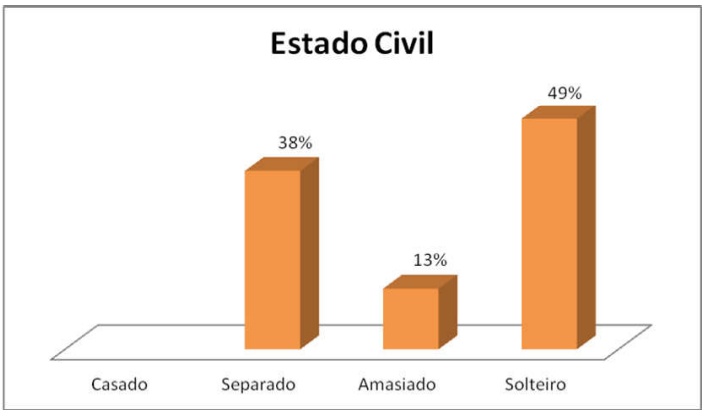
Figura 4 – Tempo de permanência em Blumenau



Fonte: Elaboração da autora.

Os laços conjugais e familiares são fragilizados pelo uso constante de substâncias psicoativas. De acordo com as pesquisadoras Nimtz, Tavares, Mariluci (2014) a convivência com o usuário de drogas é bastante difícil, e geralmente é repleta de desavenças e conflitos que, em muitos casos, podem levar à separação e à restrição de contato entre o usuário de substâncias psicoativas e seus familiares. A Figura 5 indica que metade dos entrevistados era formada por solteiros, nenhum era casado e alguns eram divorciados e/ou amasiados.

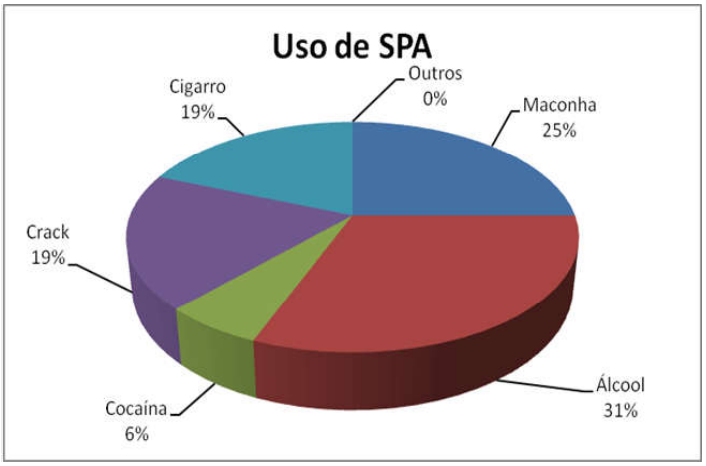
Figura 5 – Estado Civil dos Entrevistados



Fonte: Elaboração da autora.

Quanto ao uso das substâncias, os entrevistados relataram que em primeiro lugar estava a maconha (droga mais usada) e em segundo o álcool que, de acordo com as Pesquisas Sobre o Consumo de Drogas (REIS, BASTOS, s.d.,p. 08), é a substância psicoativa mais utilizada no Brasil. Para se ter uma ideia da amplitude dessa questão, apenas entre os estudantes do Ensino Fundamental e Médio, foi constatado que 63,3% utilizavam o álcool. Em nossa pesquisa (Figura 6), além do álcool, também foram listadas outras substâncias como o crack, a cocaína, o cigarro, dentre outras.

Figura 6 – Uso de Substâncias Psicoativas

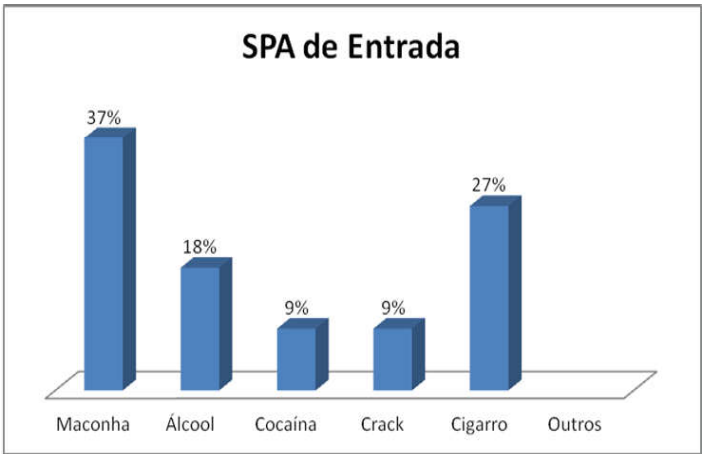


Fonte: Elaboração da autora.

A idade inicial do uso dessas substâncias também é considerada uma situação alarmante, uma vez que 50% dos usuários afirmaram ter iniciado o consumo de drogas antes dos treze anos de idade, já os outros 50% entre os treze e dezesseis anos, idades cruciais para o desenvolvimento físico e mental dos seres humanos.

Quando perguntados sobre qual substância lhes serviu de entrada para o consumo de drogas, a grande maioria respondeu que foi também a maconha, conforme explicita a Figura 7:

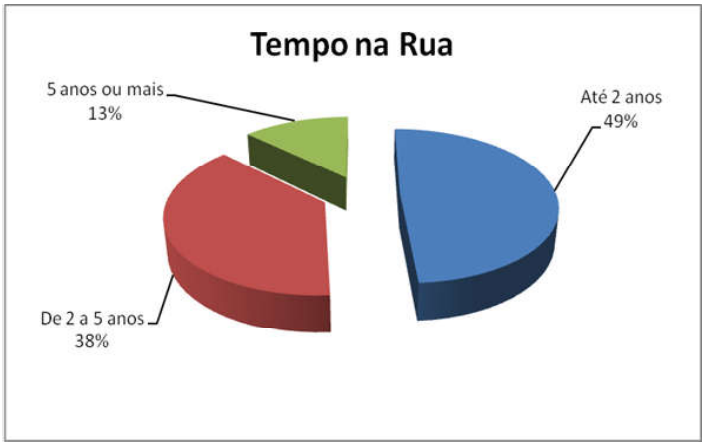
Figura 7 – Substância de entrada para o uso contínuo



Fonte: Elaboração da autora.

Como já descrito anteriormente, a dependência química frequentemente leva o dependente a ser marginalizado e à exclusão social. Realizamos uma pergunta para saber o tempo que os dependentes químicos viviam na rua. A maioria respondeu que estava nas ruas há menos de dois anos, embora um percentual de 13% respondeu que residia na rua há mais de cinco anos.

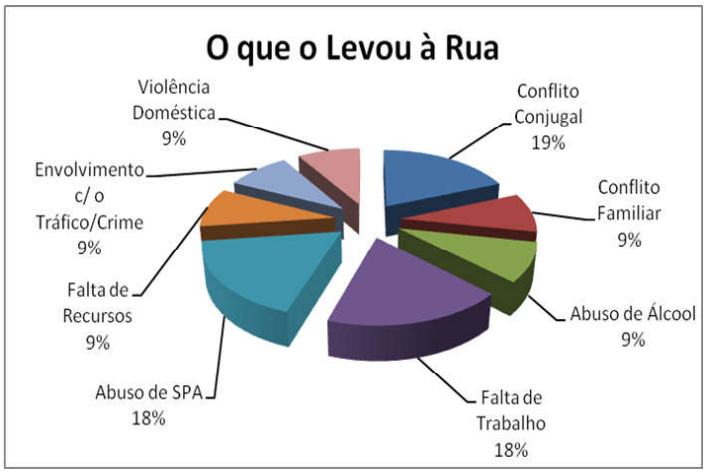
Figura 8 – Há quanto tempo está na rua



Fonte: Elaboração da autora.

Diversos são os fatores que levam a sociedade, e os familiares, a ostracizarem o indivíduo, compelindo-o a morar na rua. Quando perguntamos aos entrevistados se havia um motivo principal que os levou a morar na rua, houve um empate entre o uso de álcool e o uso de outras drogas. Em segundo lugar, os entrevistados relataram o motivo como sendo o conflito conjugal.

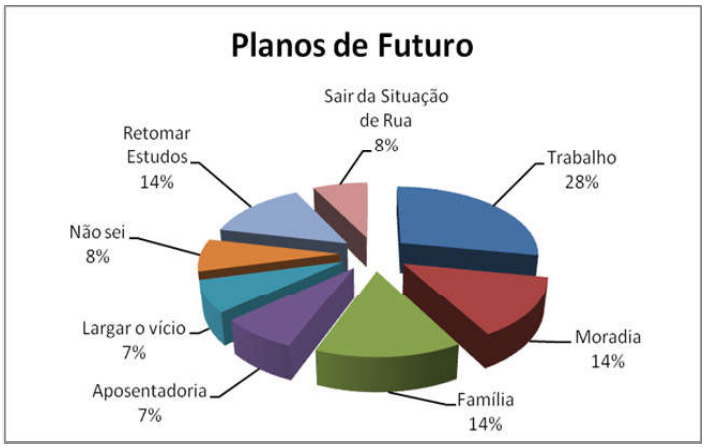
Figura 9 – Causa principal para morar na rua



Fonte: Elaboração da autora.

Em seguida, foram realizadas questões que visavam obter informações a respeito dos planos do usuário para o futuro, sonhos e do que se arrependia de ter feito e que hoje faria diferente. Sobre o futuro (Figura 10), a maioria dos entrevistados afirmou que desejava encontrar um trabalho, e em segundo lugar a vontade e o plano de ter uma moradia própria.

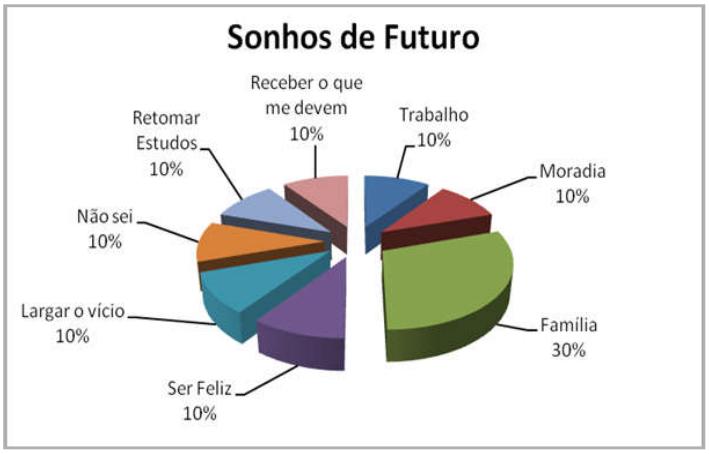
Figura 10 – Planos de futuro



Fonte: Elaboração da autora.

Quanto aos sonhos dos entrevistados, a maioria (30%) relatou que seu maior sonho é ter uma família ou se reconciliar com ela, alguns também afirmaram que gostariam de retornar aos estudos (10%) e ter um lar/moradia (10%) (Figura 11).

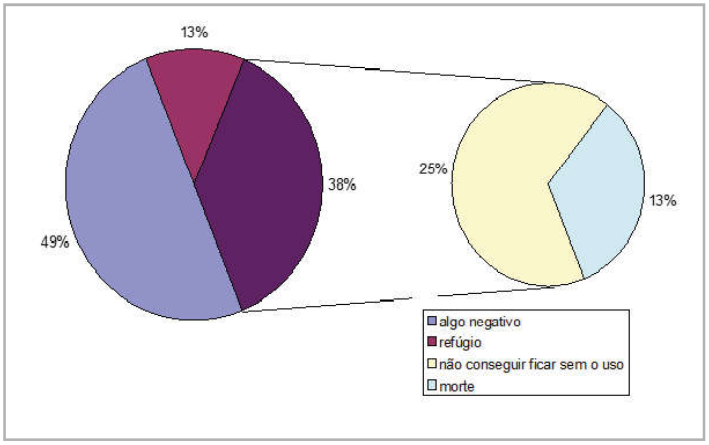
Figura 11 – Sonhos de futuro



Fonte: Elaboração da autora.

Este estudo também visou compreender a dependência química do ponto de vista do dependente, para isso foi perguntado como os entrevistados definiam a dependência e a grande maioria respondeu ser algo negativo, outros responderam que dependência química era a morte, outros, ainda, a viam como um refúgio (Figura 12).

Figura 12 – Como vê a dependência química

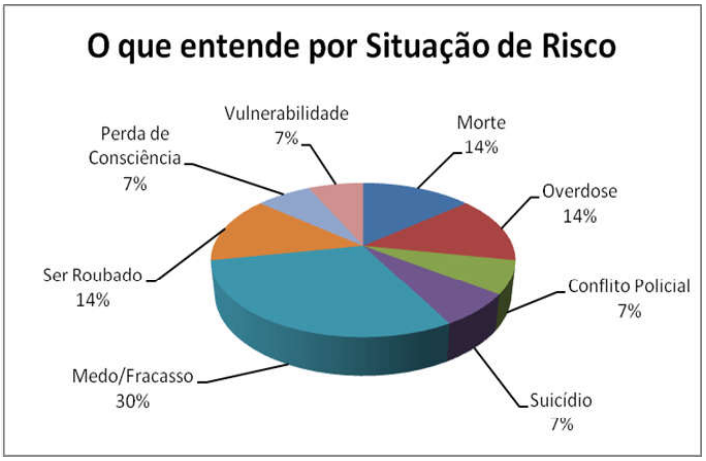


Fonte: Elaboração da autora.

Em seguida foi-lhes perguntado se sabiam o que era codependência e 87% dos entrevistados respondeu não saber.

Já quando perguntados sobre o que definiam como situação de risco, obtivemos inúmeras respostas. Em primeiro lugar está o medo e o fracasso, já em seguida, com o mesmo percentual, foi citado o medo de sofrer uma overdose, o medo de perder a consciência e o perigo de ser roubado.

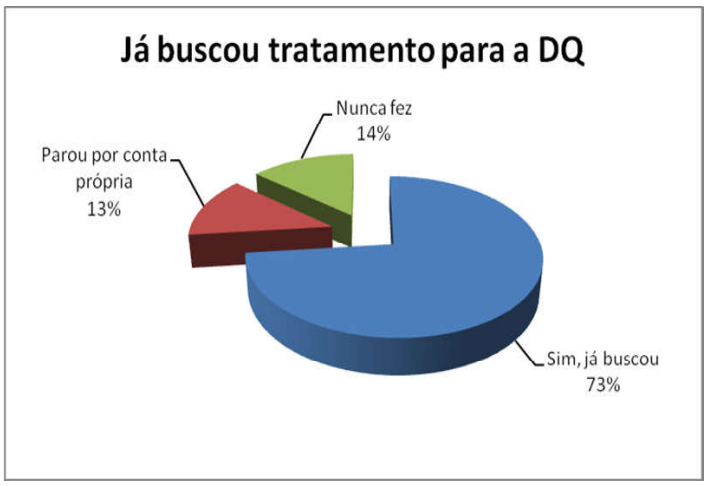
Figura 13 – O que é situação de risco



Fonte: Elaboração da autora.

Em seguida, perguntamos se os entrevistados já tinham ido, alguma vez, em busca de tratamento para a dependência química. A maioria (73%) afirmou já tê-lo feito, e apenas, 13% afirmou nunca ter feito um tratamento.

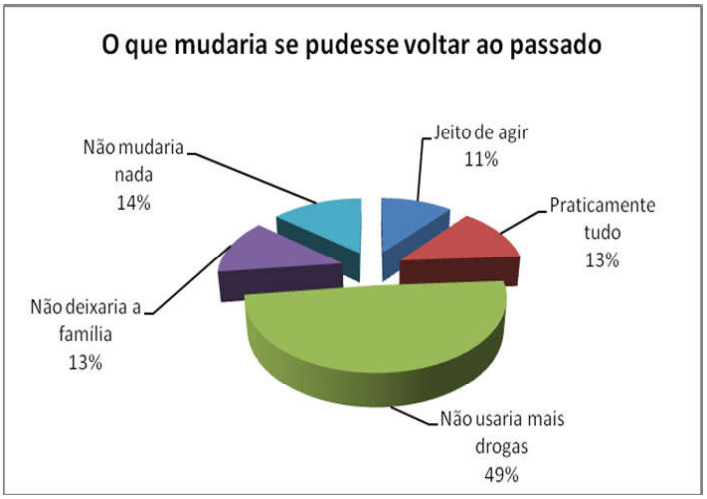
Figura 14 – Já buscou tratamento para a dependência química



Fonte: Elaboração da autora.

A penúltima pergunta se referiu às mudanças que os entrevistados gostariam de fazer caso tivessem a chance de voltar ao passado. A maioria afirma que, se pudesse mudar algo na vida, jamais teria usado drogas. Alguns responderam que mudariam tudo e outros disseram que não mudariam nada.

Figura 15 – O que mudaria se pudesse voltar ao passado



Fonte: Elaboração da autora.

E, por fim, perguntamos aos entrevistados que conselhos dariam para um jovem hoje. A maioria (49%) respondeu que o incentivaria a não usar drogas. Outros 11% afirmaram que aconselhariam os jovens a não usarem o celular.

O perfil de usuários do Centro Pop, do AMBLU e das Ruas de Blumenau é muito amplo, e influenciado por diversos fatores como o gênero, a estrutura familiar, o local de origem, entre outros. Chega-se à conclusão de que, de maneira geral, os usuários são em sua maior parte homens acima de trinta anos, em sua maioria usuários de substâncias psicoativas e que, pelos motivos citados acima, tornaram-se moradores de rua.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho tinha como objetivo analisar o perfil dos usuários do AMBLU e do Centro POP, sua relação com a dependência química, os fatores condicionantes de vida e as determinantes influenciadoras da não conclusão do Plano Individual de Atendimento (PIA) pelos usuários do Programa. Para tanto, realizou-se uma pesquisa junto aos usuários de ambos os serviços e com moradores de rua que, no momento da entrevista, não faziam uso dos referidos serviços.

Ao longo da pesquisa e da produção deste trabalho foi possível ter uma visão do morador de rua como um todo, um ser pertencente a um grupo urbano cuja história data de um período longínquo, cujos múltiplos motivos o levaram a viver na rua. Verificou-se por meio da bibliografia estudada que apesar de se encontrarem desabrigados adaptam-se às atividades diárias, realizando tarefas para conseguir renda. Outros a conseguem por meio de relações de amizade e afetividade, mesmo que estas sejam instáveisl.

Relacionando a teoria buscada neste trabalho à prática diária nos programas de assistência ao morador de rua de Blumenau, é possível chegar a uma observação efetiva da relação entre as pessoas que utilizam o Centro POP, o AMBLU e as ruas de Blumenau e o uso de substâncias psicoativas. Constatou-se que 100% dos entrevistados já havia usado algum tipo de droga, sendo que o álcool foi a droga mais citada.

Foram entrevistadas 10 pessoas, sendo que cinco se encontravam no AMBLU, duas eram usuárias do Centro POP e três não utilizavam nenhum dos dois serviços, mas viviam nas ruas de Blumenau. Os resultados da pesquisa apontaram que 62% dos entrevistados pertenciam à faixa-etária de 40 a 60 anos, significando um contingente ainda jovem de moradores de rua, sendo que 87% deles era do sexo masculino.

A baixa escolaridade também ficou evidente, visto que 78% dos entrevistados tinham apenas o ensino fundamental. Foi citada uma variedade bem grande de profissões que pertenciam aos entrevistados, sendo que a profissão de estampador foi a mais citada, com 24% de percentual. Mais da metade dos entrevistados afirmou ser solteiro e já residia nas ruas de Blumenau há mais de cinco anos.

Quando discorreram sobre o uso de SPA, relataram que a droga que mais usavam no momento era a maconha, seguida do álcool. Citaram ainda a cocaína e o crack como drogas que já haviam utilizado. Um fato alarmante explicitou-se: 50% dos entrevistados afirmou ter começado a usar drogas antes dos 13 anos de idade e os outros 50% dos 13 aos 16 anos. Significa que a prevenção deve ocorrer antes, cada vez mais cedo, para ter efetividade e que as políticas públicas voltadas para esta idade levem em consideração a problemática. A primeira droga que usaram também foi a maconha, seguida do cigarro e do álcool.

Dos entrevistados a maioria residia na rua a menos de dois anos e o motivo que os impeliu a ir para a rua foi citado como sendo o álcool, as drogas e os conflitos conjugais.

Quanto aos planos de futuro os entrevistados almejam encontrar trabalho e moradia própria. Já no que tange aos sonhos, sonham ter uma família, se reconciliar com ela, estudarem e terem um lar/moradia. Entendem a dependência química como algo negativo, a morte,

ou até mesmo um refúgio. Quanto à codependência, a maioria relatou não saber do que se tratava. Quanto ao risco, associaram a palavra ao medo, ao fracasso, medo de overdose, de perder a consciência e de ser roubado. A maioria relatou já ter buscado tratamento para a dependência química. Se pudessem voltar ao passado e mudar algo a maioria o faria e quando perguntados que conselhos dariam aos jovens de hoje, mais de 89% respondeu que diria para não usarem drogas.

Com base nesse perfil, é possível construir possibilidades para tornar o atendimento dos serviços destinados aos indivíduos em situação de rua mais personalizado e adequado a cada tipo de necessidade e especificidade. De maneira geral, o presente artigo faz uma relação entre a prática e a teoria, fazendo com que ambas funcionem de maneira interligada para um melhor atendimento a pessoas necessitadas. Como indicativos apontamos a necessidade de estudos que tenham como objeto o morador de rua e a dependência química, visto que praticamente não encontramos produção científica na área da Dependência Química e Teologia (áreas de conhecimento do curso de especialização que resultou neste artigo); Serviço Social (profissão da autora) que tratasse do perfil deste público e sua relação com as SPA's. Apesar de o curso estar ligado a uma faculdade teológica, não abordamos a questão da espiritualidade em nossa pesquisa, no entanto, esse também pode ser um viés a ser pesquisado em estudos futuros. O perfil dos usuários do Centro POP, AMBLU e das ruas de Blumenau aponta a importância de se considerar as especificidades dos destinatários das políticas sociais, a partir de um olhar holista e integral do ser humano.

6 REFERÊNCIAS

BOCCHINI, B.; KOCHINSKI, V.. **Perfil de moradores de rua forma grupo heterogêneo.** 2010. Disponível em: http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2010-05-30/perfil-de-moradores-de-rua-forma--grupo-heterogeneo Acesso em: 15/abr. 2018.

BONALUME, C. R.. **O paradigma da intersetorialidade nas políticas públicas de esporte e lazer.** Belo Horizonte: Licere, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Meta Instituto de Pesquisa de opinião. **Pesquisa Nacional sobre a População em situação de rua, 2008.** Disponível em: http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf. Acesso em: 25 mai. 2015.

BRASIL. **Tipificação nacional de serviços socioassistenciais.** Brasília, 2009.

BULLA, L.; MENDES, J.; PRATES, J. **As múltiplas formas de exclusão social.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

COSTA, A. P. M.. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Textos & Contextos.** 2005; 4 (1): 1-15.

DE LEON, G. **A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método.** São Paulo: Loyola, 2003.

NIMTZ, M.A., TAVARES, A.M.F., MAFTUM, M.A.. **O Impacto do uso de drogas nos relacionamentos familiares de dependentes químicos.** Cogitare Enferm.: Curitiba, 2014.

NOGUEIRA, **As Drogas.** s.d., online. Disponível em:http://www.arturnogueira.sp.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/DROGAS.pdf Acesso em: 11 Abr. 2018.

O QUE É dependência química? Publicado em **SAR**. Newsletter nº 24 – Janeiro/2017. Disponível em: http://www.sar11.org.br/noticias/2017/02/o-que-e-dependencia-quimica/ Acesso em: 29 mai. 2018.

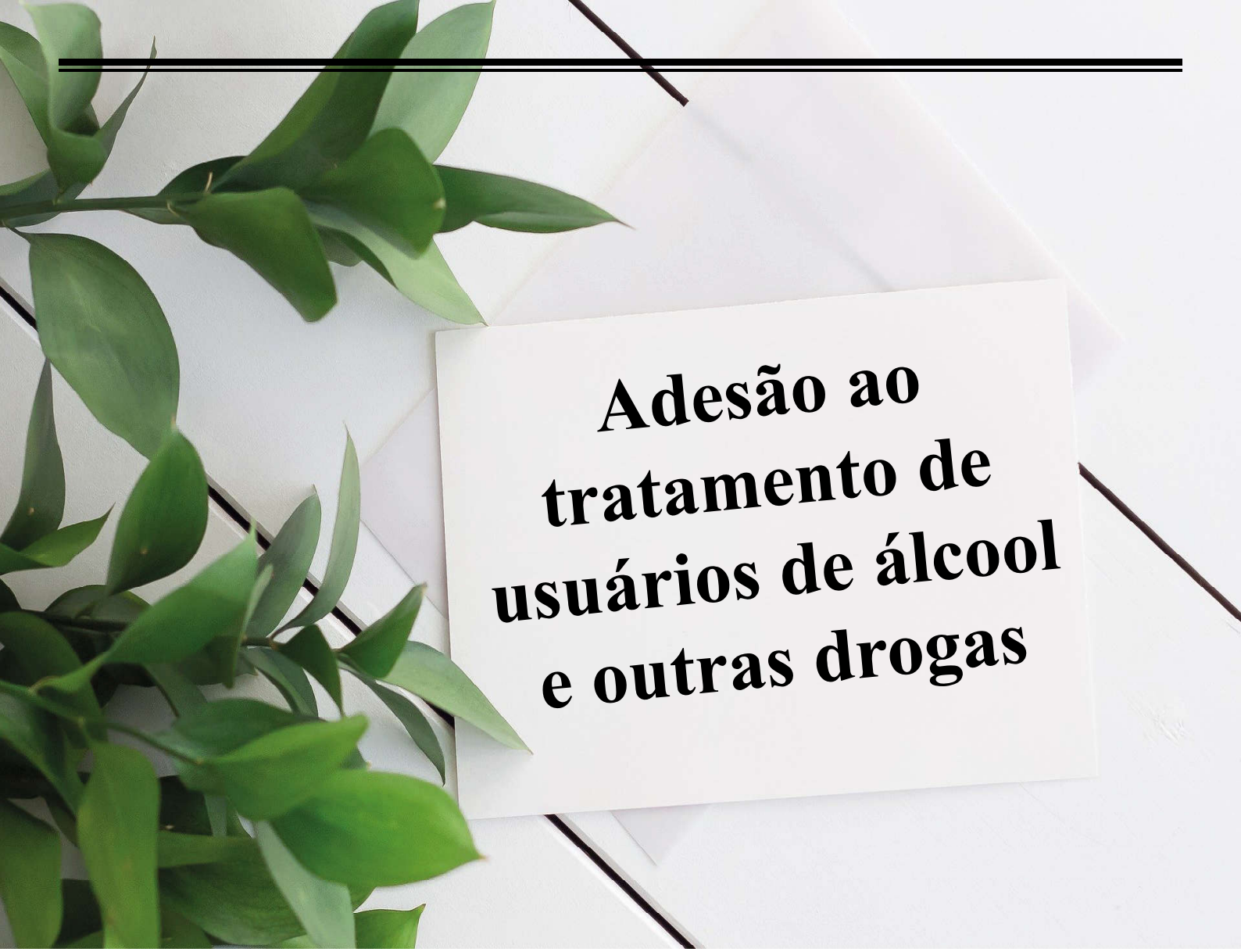
REIS, N.B.; BASTOS, F.I.P.M. **Pesquisas sobre o consumo de drogas no Brasil: eixos políticos e fundamentos.** S.d.

SANTANA, V. S. de; CASTELAR, M.. A população em situação de rua e a luta pela cidadania. **Revista Baiana de Saúde Pública,** [s.l.], v. 38, n. 2, p.344-356, 1 jun. 2014. Secretaria da Saude do Estado da Bahia.

SNOW, D.; ANDERSON, L.. **Desafortunados: um estudo sobre o povo da rua.** Petrópolis: Vozes, 1998.

SOTERO, M..**Vulnerabilidade e vulneração: população de rua, uma questão ética.** Rev Bioét. 2011;19(3):799-817.

STOFFELS, M. G.. **Os mendigos na cidade de São Paulo: ensaio de interpretação sociológica.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.



Adesão ao tratamento de usuários de álcool e outras drogas

Maria Lúcia Lacanna
Terapeuta Ocupacional. Especialista em Dependência Química.
Administradora Hospitalar.
Facilitadora em Grupos de Prevenção de Recaída.

RESUMO: O dependente químico, na maioria das vezes, ignora a necessidade de ajuda, sendo, geralmente, atendido em situações emergenciais. Considerando a dificuldade do dependente em buscar e manter-se no tratamento, surgiu a necessidade de pesquisar quais as intervenções que podem favorecer ou ajudar o usuário de álcool e outras drogas no sentido da adesão ao tratamento, propiciando a mudança no estilo de vida e alcançando a sobriedade.

Palavras-chave: Adesão ao Tratamento. Dependência Química. Abordagens e Intervenções.

Maria Lúcia Lacanna
Terapeuta Ocupacional. Especialista em Dependência Química. Administradora Hospitalar. Facilitadora em Grupos de Prevenção de Recaída.
Curitiba - PR. Email: **lucialacanna@terra.com.br**

1 INTRODUÇÃO

O ONODC (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes) manifestou, no ano de 2013, preocupações devido ao crescimento do consumo de substâncias psicoativas: na época houve um aumento de quase 50% no uso de novas drogas psicoativas em dois anos e meio. Vendidas como euforizantes e drogas sintéticas, as novas drogas se proliferam até hoje (2020) pelo mundo em um ritmo sem precedentes e representam desafios inéditos para a saúde. No Brasil, essas novas drogas estão sendo infiltradas progressivamente, sendo que muitas, na maioria das vezes, são de difícil identificação pelas autoridades. Tal fato é alarmante, visto que a produção e comercialização das drogas disparam de forma vertiginosa, enquanto as formas de pesquisa e de tratamento não acompanham tal processo.

Os dados citados acima são realmente preocupantes se equiparados com os baixos índices de procura e adesão ao tratamento, pois aumenta diariamente o número de usuários que estão alienados e sem rumo na vida, vagando pelo mundo à procura de drogas para nutrir a fissura incontrolável. Por outro lado, a minoria que, geralmente por encaminhamento clínico ou voluntariamente, procura ajuda, desiste em curto espaço de tempo. O que fazer, então, para que o usuário retorne, aderindo ao Programa Terapêutico? Diante de tantos questionamentos e evasões presentes na rotina dos espaços terapêuticos, inclusive o descrédito a respeito de que um dia o usuário poderá assumir o tratamento e alcançar a sobriedade, considerou-se a pesquisa sobre o tema *Adesão* como relevante para aperfeiçoar estratégias que venham beneficiar o dependente na manutenção do tratamento.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa foi realizada por meio de uma revisão bibliográfica, a qual envolveu a busca de textos sobre o tema em livros e revistas científicas da área da saúde (impressos e online), além da consulta a outros trabalhos relacionados ao tema, muitos disponíveis na Internet, como nas bibliotecas eletrônicas da *Scielo e Bvsms.* Paralelamente, realizou-se a coleta de dados através da aplicação do instrumento padronizado de pesquisa chamado *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST)[1] da Organização Mundial da Saúde (OMS), num recorte de sujeitos com escore de alto risco de dependência de substâncias psicoativas. Fez-se, também, um levantamento dos resultados obtidos, objetivando o *feedback* sobre a adesão ao tratamento, através do uso de diversas intervenções e abordagens terapêuticas realizadas.

3 FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO TRATAMENTO

Inúmeros fatores interferem nas chances de adesão ao tratamento, dos quais alguns foram comprovados por pesquisas, salientando que, independente da abordagem terapêutica utilizada, certas características das pessoas envolvidas nessa ajuda estão associadas à adesão do usuário ao tratamento. O modo como interagem com o dependente é tão importante quanto a técnica empregada, sendo que um aspecto relevante para a adesão é o grau de empatia (MILLER et al, 1980; CARTWRIGHT, 1981; MILLER; BACA apud MILLER, 1983; ROLLNICK, 2001); portanto, a adesão é influenciada por diversos fatores além da iniciativa do dependente, entre os quais estão a atuação profissional e o apoio social ofertado, este último relacionado ao grau de dependência e à história de vida do dependente.

Destacam-se, a seguir, quais os fatores que interferem na adesão ao tratamento, tais como o acolhimento, o diagnóstico e o tratamento precoce:

O **acolhimento** refere-se à escuta da demanda que cada usuário apresenta, sendo de suma importância tanto para encaminhamentos como para aplicação da intervenção adequada, favorecendo com isso a adesão ao tratamento. A postura da pessoa que realiza o acolhimento, desde o primeiro contato, fará a diferença nas chances de retorno do indivíduo. Pessoas que não se dispõem a interagir com o usuário, demonstrando empatia, que não sabem lidar - ou que não querem lidar - com a resistência do paciente, acabam engessando as possibilidades de escuta, muito bem definida por Conte (2003, p.24): "... não há muita disponibilidade para ouvir sobre suas histórias, pois os toxicômanos estão investidos de um imaginário que remete suas práticas ao gozo, à irresponsabilidade, à delinquência e à afronta aos hábitos e costumes". O acolhimento deve ser uti-

lizado, também, como estratégia facilitadora para despertar a motivação e a esperança de que 'dias melhores virão'.

> A falta de compreensão fenomenológica da resistência frequentemente apresentada pelo paciente provoca nesses profissionais respostas pouco acolhedoras, o que se agrava na perspectiva de que a necessidade de acolhimento, enquanto estratégia facilitadora de abordagem, motivação, e aderência a qualquer proposta de cuidados, é fundamental. Tal acolhimento, em qualquer nível assistencial (especializado ou não-especializado), deve estar disponível no momento em que a sua necessidade se impõe, uma vez que a ambivalência, a flutuação motivacional e o imediatismo fazem parte da apresentação costumeiramente evidente naqueles que procuram os serviços de saúde, devido às consequências do seu consumo alcoólico (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

O diagnóstico e tratamento precoce das dependências têm papel fundamental no prognóstico, principalmente nos transtornos causados pelo álcool. Realidade esta que se amplia em uma perspectiva global de prevenção e promoção da saúde, mas por outro lado, se agrava ao se constatar, de forma geral, a desinformação das pessoas que lidam diretamente com o problema, sejam elas usuárias, familiares ou profissionais.

Aproximadamente 20% dos pacientes tratados na rede primária bebem em um nível considerado de alto risco, pelo menos fazendo uso abusivo do álcool. A maioria dessas pessoas tem seu primeiro contato com os serviços de saúde, quando o procuram, por intermédio de clínicos gerais que, muitas vezes, não atentam ao uso, quer seja abusivo ou dependente, de alguma substância, repercutindo negativamente nas possibilidades de diagnóstico e tratamento. O foco do profissional volta-se mais para as doenças clínicas decorrentes da dependência e que ocorrem tardiamente. Os fatos citados assumem importância maior dentro de um contexto preventivo, se for considerado que o período médio entre o primeiro problema decorrente do uso de álcool e a primeira intervenção propriamente dita é, aproximadamente, após cinco anos de consumo; a demora ao início do tratamento e a sua inadequação pioram o prognóstico (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

É importante ressaltar que todos os envolvidos, sejam eles profissionais, familiares, cuidadores, usuários ou comunidade devem estar permanentemente atualizados sobre o tema das drogas lícitas e ilícitas, através de educação continuada e participação em eventos sobre o assunto, a fim de atuarem pelo conhecimento e não pelo mero "achismo" e, ainda pior, agindo com indiferença e banalização em relação à situação do usuário.

O diagnóstico não se resume em avaliar qual droga e quantidade está sendo consumida, mas identificar paralelamente em qual estágio motivacional encontra-se o usuário, porque "as automudanças bem-sucedidas dependem da aplicação de estratégias certas (processos) na hora certa (estágios)" (PROCHASKA; DiCLEMENTE; NORCROSS, 1992).

Prochaska, em 1979, no transcorrer dos seus estudos, constatou que os resultados mostravam que todas as teorias tinham suas limitações e nenhuma delas explicava detalhadamente o processo de motivação para mudança nas pessoas. Surge, então, o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT), diferente de outros modelos teóricos na medida em que sua direção está voltada, especificamente, para a compreensão do processo de mudança de comportamentos problema e para a busca de hábitos saudáveis. É um modelo focado na mudança intencional, onde ocorre tomada de decisão do indivíduo, ao contrário de outras abordagens, que se concentram nas influências sociais ou biológicas no comportamento.

> O Modelo (MTT) está fundamentado na premissa de que a mudança comportamental acontece ao longo de um processo no qual as pessoas passam por diversos níveis representados por estágios de motivação para a mudança. Inicialmente, surgiram quatro estágios: Pré Contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção. Posteriormente, verificou-se que, entre o estágio da Contemplação e o da Ação, as pessoas passavam por uma fase de planejamento das possíveis ações. Esse período foi denominado Determinação ou Preparação e passou a ser incluído como o terceiro estágio (PROCHASKA; DiCLEMENTE; NORCROSS, p. 1114, 1992).

4 INTERVENÇÕES QUE FAVORECEM A ADESÃO AO TRATAMENTO

As intervenções voltadas para a adesão ao tratamento são variadas, sendo utilizadas de forma única ou associadas. O recorte aqui apresentado refere-se às intervenções selecionadas após pesquisa bibliográfica e aplicadas no decorrer dos atendimentos, buscando, além de acolher e tratar, promover ações dinâmicas e interativas junto aos usuários de substâncias psicoativas, as quais alterassem e ampliassem o tempo de permanência no tratamento.

4.1 INTERVENÇÃO BREVE (IB)

A Intervenção Breve (IB) refere-se à estratégia de atendimento com tempo limitado, cujo foco é a mudança de comportamento do indivíduo, estando rela-

cionada com a prevenção primária e secundária, tendo como objetivo identificar a presença de um problema, motivar o usuário para mudança de comportamento e sugerir estratégias para que se efetive, podendo ser utilizada para prevenir ou reduzir o consumo de álcool e/ou outras drogas, bem como os problemas associados.

Essa intervenção é realizada por profissionais com diferentes tipos de formação, como médicos, psicólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, agentes comunitários e outros profissionais de saúde. A Intervenção Breve pode ser motivacional, por suscitar decisão e compromisso com a mudança, provocando a percepção de responsabilidades e de controle da situação pelo usuário. Igualmente, poderá ser um elemento motivador para a mudança de comportamentos e quebra de resistências (SUPERA, 2008).

Os princípios norteadores do processo de Intervenção Breve estão reunidos na abreviação **FRAMES**, que, em inglês, significa enquadramento, ou seja, o profissional irá "enquadrar" os seus procedimentos nos seguintes esquemas descritos na **figura 1**, a seguir:

Figura 1 - Princípios **FRAMES**	
Feedback	devolutiva ou retorno
Responsibility	responsabilidade
Advice enu of Option	aconselhamento menu de opções
Empathy	empatia
Self-efficay	autoeficácia
Fonte: SUPERA, 2008.	

A Intervenção Breve, no primeiro contato, apresenta-se mais produtiva do que se fossem aplicadas extensas fichas de avaliação ou questionários que podem apresentar desvantagens. Como é aplicada em curto espaço de tempo, propicia empatia, induz o usuário à reflexão e, por meio do aconselhamento, responsabiliza o indivíduo pelas suas escolhas, entre elas, a do tratamento, "quando uma pessoa percebe que escolheu livremente um curso de ação, é mais provável que persista e tenha êxito" (MILLER; ROLLNICK, 2001, p.46).

Segundo Miller e Rollnick (2001), algumas estratégias podem aumentar significativamente a adesão ao tratamento, além das intervenções terapêuticas, como fazer contatos telefônicos ou por e-mail, expressando a preocupação pela ausência e convidando o dependente a retornar, agendando horários de comum acordo entre ambas as partes. Os autores ainda esclarecem (2001, p.44) que a resistência sinaliza que o indivíduo não está acompanhando a linha de ação do profissional, que faz uso de "estratégias inadequadas para o estágio motivacional do paciente naquele momento".

4.2 ENTREVISTA MOTIVACIONAL (EM)

A motivação é a probabilidade de o indivíduo entrar, continuar e aderir a uma estratégia específica de mudança. A empatia advinda da pessoa que se propõe a ajudar o dependente favorece a motivação, assim como dar *feedback* para estimular a reflexão, fazer o mapeamento do cotidiano e estabelecer objetivos alcançáveis. A Entrevista Motivacional apresenta resultados positivos em indivíduos relutantes ou ambivalentes quanto à mudança.

Mudar é uma decisão do usuário, mas o profissional deve estar preparado para influenciar o processo de motivação do paciente, porque ela reflete o grau de envolvimento e/ou aderência ao tratamento, convergindo para a possibilidade, ou não, de mudança. As práticas confrontativas e de aconselhamento, dependendo do caso, estimulam a resistência ao tratamento, porque não consideram a ambivalência do usuário, a qual nada mais é que a flutuação da motivação, quando o indivíduo está vivenciando o conflito entre parar ou não de usar a(s) droga(s). "A falta de motivação é um desafio para as habilidades terapêuticas do profissional e não uma falha para culpar o paciente" (MILLER; ROLLNICK, 2001, 47).

5 TERAPIAS QUE FAVORECEM A ADESÃO AO TRATAMENTO

Muitas são as ações terapêuticas que podem contribuir para a adesão ao tratamento. Os resultados obtidos dependem de muitos fatores, como o tipo de caso, as substâncias consumidas, o grau de dependência, o nível de motivação do indivíduo, do momento vivenciado pelo mesmo e das condições biopsicossociais. A seguir, são citadas as terapias que, segundo a pesquisa, apresentam índices positivos referentes à adesão ao tratamento de usuários de drogas lícitas e ilícitas.

5.1 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL - TCC

Profissionais, de uma maneira geral, consideram difícil trabalhar com pessoas que fazem uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas, havendo o risco provável de abandono precoce da terapia, devido ao reduzido comprometimento, crenças disfuncionais, desonestidade,

fatores que acabam trazendo, logo no início, prejuízo à aliança terapêutica, requerendo, do profissional, alto nível de habilidades para lidar com o comportamento apresentado e fazer com que o paciente permaneça engajado no tratamento.

Intervenções como a elaboração de agenda e o *feedback* reduzem a possibilidade do usuário se sentir ameaçado e favorecem o relacionamento terapêutico colaborativo. Porque a participação aberta rompe as barreiras das crenças e dos pensamentos automáticos, tanto do indivíduo em foco como do profissional, cujos sentimentos negativos em relação ao usuário de drogas podem vir acompanhados de pensamentos disfuncionais. Tais como *"os usuários de drogas são todos iguais", "todos recaem depois de desintoxicados", "estou perdendo meu tempo",* o que pode acarretar comportamentos de confrontação ou de indiferença do profissional frente às dificuldades que o usuário apresenta (FIGLE, 2004).

A maioria das técnicas comportamentais usadas na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) destina-se a ajudar o indivíduo a romper padrões de evitação ou desesperança; a enfrentar e reduzir emoções dolorosas ou excitação autonômica e promover a aquisição de habilidades que podem reduzir o risco de recaídas. Ao reconhecer os próprios pensamentos automáticos e empregando outros processos cognitivo-comportamentais, ocorre um aumento da empatia, influenciando a relação terapêutica e, consequentemente, a adesão. Os profissionais que seguem a abordagem da TCC devem ter a capacidade de gerar confiança e demonstrar serenidade quando estão sob pressão, fazendo a relação terapêutica se diferenciar das demais terapias, porque, de modo geral, esta é caracterizada pela abertura da comunicação e por uma abordagem focada para o trabalho, pragmática, voltada para o senso de equipe no manejo dos problemas (WRIGHT et al., 2008).

5.2 PREVENÇÃO DE RECAÍDA

A Prevenção de Recaída é um programa de automanejo que visa melhorar o estágio de manutenção do processo de mudança de hábitos, admitindo a dependência química como um hábito adquirido e passível/possível de mudança, o qual requer a participação ativa do usuário, explorando as crenças e os comportamentos que favorecem a manutenção do hábito, fortalecendo as respostas de enfrentamento e reduzindo a baixa resposta diante das situações de risco (MARLATT; GORDON, 1993). Quanto maior o número de respostas de evitação do uso de drogas, maior será a avaliação positiva do usuário sobre a própria capacidade de atingir metas, ampliando assim a autoeficácia e, consequentemente, reduzindo a probabilidade de lapsos. A ausência de respostas de enfrentamento atinge a autoeficácia que, somada às cognições disfuncionais, pode culminar em recaídas.

A opção do paciente de manter a abstinência, mudar o comportamento e o estilo de vida podem não ser suficientes para a adesão ao tratamento ou para evitar recaídas, requerendo um suporte paralelo em relação aos pensamentos e às emoções; nesse sentido, Wright (2008, p.183-184) salienta que "os métodos de prevenção de recaída incluem tanto estratégias comportamentais, para minimizar a probabilidade de enfrentar premências e fissuras, como exercícios de reestruturação cognitiva, para combater pensamentos negativos distorcidos sobre beber e usar drogas". A Prevenção de Recaída e o Tratamento Cognitivo no modelo grupal de atendimento proporcionam ao indivíduo a partilha de conflitos e do sofrimento em ambiente protegido, junto às pessoas que compreendem sua situação sem rejeição ou julgamento de **valores, auxiliando na reestruturação da ação e reação, tanto fren**te a si como ao mundo que o cerca. Segundo Figle (2004), cada grupo possui dinâmica única e estabelece um movimento particular, atualizando a cada momento o correspondente do que pode ser admitido e elaborado. A interação grupal gera resultados surpreendentes no que se refere à superação da ambivalência e à abstinência, promovendo melhor adesão ao tratamento.

6 LEVANTAMENTO SOBRE OS GRUPOS DE PREVENÇÃO DE RECAÍDA E ADESÃO

Os Grupos de Prevenção de Recaída foram inseridos num Programa de Atendimento Ambulatorial em Curitiba/Paraná no ano de 2008, cuja clientela alvo era multiusuária de substâncias psicoativas, predominando o álcool e o crack. Eram agendados uma vez por semana, perfazendo doze atendimentos. Os grupos aqui citados foram precedidos do Acolhimento, quando, além da escuta e da triagem, eram realizados encaminhamentos de acordo com a demanda e o território do usuário. Desde o primeiro contato, foram utilizadas as estratégias da Intervenção Breve e da Entrevista Motivacional, quando os usuários foram convidados a participar do tratamento no ambulatório, com acompanhamento médico e psicológico, e foram inseridos também nos Grupos de Prevenção de Recaída. O contrato terapêutico era planejado com a participação ativa do paciente e dos familiares, e revisto periodicamente.

O atendimento ambulatorial trata o usuário sem isolá-lo do contexto social, estando livre na comunidade

aos apelos para o consumo de substâncias psicoativas, razão pela qual a motivação para o tratamento deve ser estimulada. Portanto, é importante aplicar a Entrevista Motivacional desde os primeiros atendimentos, porque a motivação é flutuante, podendo aumentar ou diminuir no transcorrer do tratamento. Dessa maneira, é possível garantir uma maior adesão ao tratamento e por períodos mais longos. Findo o período de doze semanas de participação ativa nos Grupos de Prevenção de Recaída, o indivíduo é inserido nos Grupos de Qualidade de Vida (a nível ambulatorial), para acompanhamento e manutenção, com duração de dois anos, tempo no qual muitos pacientes refazem e executam o Plano Terapêutico Individual (PTI), estudando, trabalhando, reformando ou adquirindo moradia, casando-se, dentre outros. Paralelamente à frequência ao Grupo de Qualidade de Vida são, também, encaminhados para os Grupos de Mútua Ajuda, como Alcoólicos Anônimos (A.A.), Narcóticos Anônimos (N.A) e Amor-Exigente (AE). As famílias são orientadas a também manterem a participação nos Grupos de Mútua Ajuda voltados aos familiares.

O instrumento padronizado que norteou os atendimentos e a pesquisa foi o **ASSIST** que, segundo Aberta (2017) significa Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias. Desenvolvido com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), sua finalidade é a realização da triagem de casos de uso problemático de substâncias psicoativas. É um questionário composto por oito questões, sendo que as numeradas de 1 a 7 abordam o uso e os problemas relacionados a diversas substâncias lícitas e ilícitas, e a questão 8 é voltada ao uso de drogas injetáveis. Drogas adicionais, que não fazem parte dessa lista, são investigadas na categoria *outras drogas.*

As vantagens que apresenta se comparado com outros instrumentos de aplicação é não requerer extenso treinamento por parte dos aplicadores e sua aplicação é relativamente rápida, possibilitando classificar o respondente quanto à gravidade do risco de ter problemas relacionados ao uso de substâncias (baixo, moderado ou sugestivo de dependência) logo ao término da aplicação do questionário. Com o referido instrumento padronizado, é possível:

• Coletar informações sobre o uso de substâncias e os problemas relacionados a esse uso ao longo da vida do usuário e nos últimos três meses;

• Conhecer quais são os riscos atuais e os futuros problemas decorrentes do uso;

• Verificar se o respondente possui indícios de dependência e se faz uso de drogas injetáveis.

O **ASSIST/OMS** permite que se obtenha uma pontuação para cada droga ao final do teste, pois as respostas quantificam a intensidade do uso da droga, assim como a frequência dos problemas relacionados, indicando o grau de comprometimento com cada substância da qual o usuário mencionou ter feito uso. Dessa forma, indivíduos com pontuações até 10 para álcool e até 3 para as outras drogas, são considerados usuários de baixo risco, ou seja, embora usem substâncias ocasionalmente, eles ainda não apresentam problemas relacionados a esse uso. Indivíduos com pontuações entre 11 e 26 para álcool e entre 4 e 26 para outras drogas podem fazer/fazem uso nocivo ou problemático de substâncias e apresentam risco moderado de desenvolver problemas devido ao uso de drogas. Indivíduos com pontuações de 27 ou mais, para qualquer droga, apresentam alto risco de dependência da(s) substância(s) investigada(s).

Ao conhecer a pontuação do respondente para cada substância, o profissional que aplicou o instrumento deverá:

• Fornecer uma orientação preventiva, reforçando o comportamento de baixo risco para pacientes que apresentarem escores menores do que 3 (ou 10, no caso do álcool);

• Utilizar a Intervenção Breve para pontuações entre 4 e 26 (ou 11 e 26 para o álcool), visando uma mudança de comportamento do usuário;

• Encaminhar para serviços de tratamento especializados, no caso de pontuações de 27 ou mais para qualquer droga.

A população que teve acesso aos grupos era em maior número do sexo masculino (98%), raramente compareciam mulheres (2%). A faixa etária da clientela estava entre os 20 e 65 anos de idade, com predomínio de 40% para a faixa etária entre 31 e 40 anos; entre 41 e 50 anos era de 20%; entre 26 e 30 anos era de 15%; entre 51 e 60 anos era de 10%; de 20 a 25 anos era de 10% e de 61 a 65 anos era de 5%. Na época, as drogas em consumo pelos pacientes perfaziam: 55% de álcool; 40% de crack; 35% múltiplas drogas e 30% de maconha.

A figura 2, a seguir, apresenta dados do perfil da faixa etária da clientela, num recorte de sujeitos com escore 27 de alto risco de dependência, cujo instrumento padronizado de pesquisa, como foi citado, é o **ASSIST/OMS** aplicado para comparativo entre os anos de 2009 a 2011.

Figura 2 - Faixa etária

Idade	**Porcentagem**
20 a 25 anos	10%
26 a 30 anos	15%
31 a 35 anos	20%
36 a 40 anos	20%

41 a 45 anos	10%
46 a 50 anos	10%
51 a 55 anos	5%
56 a 60 anos	5%
61 a 65 anos	5%

Fonte: Lacanna, M.L., 2009

O tempo mínimo relativo pré-estabelecido para ser considerado como adesão era de um mês, tempo para o paciente se organizar, iniciar a conscientização, refletir sobre a possibilidade de reduzir o uso, entender a ambivalência. O resultado sobre o nível de adesão ao tratamento, especificamente em Grupos de Prevenção de Recaída, aumentou de forma expressiva em relação ao ano de 2008 e 2009, quando era de 32%, passando em 2010 ao índice de 55% e, em 2011, a 63%.

7 CONCLUSÃO

As drogas causam modificações tanto no cérebro quanto no comportamento das pessoas que as usam, provocando quadros clínicos diferentes de indivíduo para indivíduo. A situação de quem faz uso abusivo ou dependente envolve questões complexas nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, ocasionando problemas que afetam o cotidiano do indivíduo, da família e da comunidade, demandando ações e intervenções terapêuticas apropriadas e conjuntas.

O dependente de substâncias psicoativas apresenta dificuldades em buscar ajuda, sendo inúmeros os fatores que interferem na adesão ao tratamento, na mudança do estilo de vida e no alcance da sobriedade. Mesmo o melhor programa terapêutico, composto por técnicas e medicamentos de última geração, não será passível/possível de aplicação se o indivíduo não se conscientizar que as substâncias psicoativas estão interferindo na sua vida e, que por isso, necessita de ações de múltiplos segmentos da sociedade. A grande maioria dos espaços terapêuticos destinados à clientela usuária de drogas lícitas e ilícitas reclamam da dificuldade dessas pessoas em comparecerem e permanecerem em atendimento, não aderindo ao tratamento.

Vários pesquisadores citados constantemente, (MILLER, MARLATT, dentre outros), têm aprimorado e divulgado abordagens e intervenções para promover melhor qualidade no tratamento de usuários e familiares. Destaca-se a relevância do tema adesão, para o qual o acolhimento é um ponto de partida importante no desenvolvimento da empatia e para iniciar o manejo da resistência do indivíduo em aceitar que o estilo de vida atual, compromete os aspectos biopsicossociais, sendo considerado uma estratégia facilitadora para desencadear a motivação diante do tratamento.

O diagnóstico e tratamento precoce têm papel fundamental no prognóstico, ampliando a perspectiva global de prevenção e promoção da saúde, sendo constatado pela pesquisa que o diagnóstico não deve estar focado somente no quadro clínico, como sintomas e sinais físicos, mas sendo necessário que sejam levantados, também, os dados sobre o uso abusivo ou dependente de alguma substância e, identificado o estágio motivacional, para que se maximizem as possibilidades para um encaminhamento adequado, de acordo com cada caso e, consequentemente, favorecer o indivíduo com a intervenção apropriada.

A complementação do diagnóstico pode ser realizada com a aplicação de um instrumento padronizado como o **ASSIST,** que, devido à aplicação rápida, favorece, de imediato, a coleta de informações sobre o uso de substâncias e os problemas relacionados com o uso ao longo da vida. Ele apresenta quais são os riscos atuais e os futuros problemas decorrentes do uso; verifica se o respondente possui indícios de dependência e se faz uso de drogas injetáveis. Esses dados darão suporte para a aplicação dos passos terapêuticos subsequentes: a Intervenção Breve e a Entrevista Motivacional, intervenções voltadas para a adesão ao Programa Terapêutico.

A Intervenção Breve é a estratégia de atendimento com tempo limitado, a qual objetiva identificar a presença de um problema, motivar o usuário para a mudança de comportamento e sugerir estratégias para que se efetive, prevenindo ou reduzindo o consumo de substâncias lícitas ou ilícitas e, paralelamente, reduzindo os problemas decorrentes.

A Entrevista Motivacional, cujo objetivo é manter o paciente motivado, é fundamental para o sucesso do tratamento, ajudando a enfrentar a compulsão, a fissura e novas situações diante das quais apresente dificuldade ou ignore como lidar. É uma estratégia que auxilia a reconhecer e enfrentar um problema atual ou potencial.

As abordagens terapêuticas que contribuem para favorecer a adesão e apresentarem índices positivos para recuperação dos usuários são enfatizadas na Terapia Cognitivo Comportamental e na Prevenção de Recaída. A primeira destina-se a ajudar o indivíduo na aquisição de habilidades que propiciem a redução do risco de recaídas, reconhecendo os próprios pensamentos automáticos e rompendo a barreira das crenças e dos pensamentos disfuncionais. A segunda abordagem, Prevenção de Recaída, visa melhorar o estágio de manutenção do processo de mudança de hábitos. Porque a opção do indivíduo em manter a abstinência, de mudar o comportamento e o estilo de vida podem não ser su-

ficientes para aderir ao Programa Terapêutico ou evitar lapsos. Portanto, os métodos que previnem a recaída incluem algumas estratégias e recursos terapêuticos para minimizar ou enfrentar as fissuras, assim como promover exercícios de reestruturação cognitiva, combatendo pensamentos distorcidos sobre o uso de substâncias psicoativas.

Diante do aqui citado, o levantamento sobre os Grupos de Prevenção de Recaída utilizado na pesquisa demostrou que as ações aplicadas durante os atendimentos a nível ambulatorial resultaram em alterações nos índices de adesão ao Plano Terapêutico, perfazendo um aumento expressivo em relação aos anos de 2008 e 2009, cujo índice era de 32%, passando, em 2010, ao índice de 55% e, em 2011, a 63%; isso demonstra que, através de planejamento e a aplicação de estratégias adequadas para cada caso, podem ser alterados de forma significativa os índices de adesão ao tratamento.

Ressalva se faz, ainda, sobre as dificuldades que surgem no transcorrer do Programa Terapêutico, as quais não são inerentes apenas ao usuário, mas também a todos os envolvidos, sejam leigos ou profissionais. Independente da abordagem terapêutica utilizada, as características das pessoas envolvidas nessa ajuda e o modo como interagem com o dependente são tão importantes quanto a técnica empregada. Assim, a adesão é influenciada por diversos fatores que não se pautam apenas na iniciativa do dependente. Entre eles estão a atuação profissional e o apoio social ofertado – este último relacionado ao grau de dependência e à sua história de vida.

É preciso que, além do conhecimento científico permanentemente e atualizado, também seja avaliada a própria postura por parte de quem trata e/ou ajuda o usuário de substâncias psicoativas. Tais como mudando suas crenças e seus pensamentos disfuncionais em relação à demanda da clientela e da dependência. Estando, ainda, aberto para a escuta reflexiva, livre de julgamento de valores e do preconceito, tornando a ajuda genuína e destituída de banalidade, propiciando maior adesão ao Programa Terapêutico.

Todo esse cuidado contribui para o tratamento, provendo o usuário de ferramentas para ampliarem o autoconhecimento e fortalecerem as habilidades. Objetivando o enfrentamento de situações do cotidiano. Entre elas como lidar com as drogas de consumo atuais, outras que surgem a todo momento. Igualmente as existentes desde os primórdios da humanidade e que jamais vão deixar de existir.

REFERÊNCIAS

1. ASSIST: Sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS), pesquisadores de vários países desenvolveram um instrumento para detecção do uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, denominado ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). Este instrumento foi traduzido para várias línguas, inclusive para o português falado no Brasil, já tendo sido testado quanto à sua confiabilidade e factibilidade, quando aplicado por pesquisadores. **Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST).** Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200039> Acesso 26 jun 2020.

ABERTA: **portal de formação a distância- sujeitos, contextos e drogas. Eixo3-Instrumentos/** Formigoni, M.L.O et al. Brasília: SENAD, 2017. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-095543-001.pdf> Acesso 24 abril 2017.

BRASIL. MS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Ministério da Saúde,2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf> Acesso em 13 maio 2013.

CONTE, M. **Psicanálise e redução de danos:** articulações possíveis? Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2004, p.24. Acesso 28 de julho de 2013. Disponível em: http://www.aapoa.com.br/download/Revista%2026%20-%20Psican%E1lise%20e%20redu%E7%A6o%20de%20danos.pdf.

FIGLIE, N.B A**conselhamento em dependência química.** Neliana Buzi Figlie, Selma Bordin, Ronaldo Laranjeira. São Paulo: Roca, 2004.

LACANNA, M.L. **Adesão ao Tratamento de Usuários de Álcool e outras Drogas.** TCC. Pós-Graduação Dependência Química. Área Psicologia. Curitiba: Facel, 2016.

MARLATT & GORDON. **Prevenção de Recaída:** estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional:** preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

ONODC - **Relatório mundial sobre drogas.** Escritório de Ligação e Parceria no Brasil. Brasília: 2013. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html>.

PROCHASKA, J. O.; DiCLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. **In search of how people change: applications to addictive behaviour.** American Psychologist, Washington, v. 47, p. 1102-1114, 1992.

SUPERA; UNIFESP: **Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas:** Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento/. Paulina do Carmo Arruda (coordenadora), Maria Lúcia Oliveira de Souza Formigoni. Brasília: Senad, 2008.

WRIGHT, J.H.; BASCO, M.R.; THASE, M.E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

O futuro e desafios das Comunidades Terapêuticas frente ao atual público-alvo e as novas drogas

Rafael Hostins Hausmann
Administrador. Especialista em dependência química
e comunidade terapêutica.

RESUMO: O texto aborda o futuro das Comunidades Terapêuticas (CTs) diante do atual público alvo e das novas drogas. Apresenta o perfil dos usuários do Centro de Recuperação Nova Esperança de Blumenau, Santa Catarina, Brasil, bem como o perfil das drogas que os levou a buscar o acolhimento numa CT, entre elas o CERENE. É um estudo de caso, de cunho qualitativo, teórico/empírico e exploratório, cujas técnicas de coleta de dados utilizadas foram a pesquisa bibliográfica e documental. Foram realizadas buscas em todos os relatórios de atividades da instituição CERENE desde o ano de 1989 (ano de sua fundação) até 2017, ano do último relatório de atividades disponível por ocasião desta pesquisa. A coleta de dados ocorreu no período

ABSTRACT: This work aimed to discuss the future of the Therapeutic Communities (TCs) facing the current target audience and new drugs. In order to do so, it sought to know the profile of the users of the New Hope Recovery Center in Blumenau, Santa Catarina, Brazil, as well as the profile of the drugs that led them to seek care in the TC. The research is qualitative, theoretical / empirical and exploratory, and is characterized by a case study whose data collection techniques used were bibliographic and documentary research. All Institutional Activity Reports have been searched from 1989 to 2017, the year of the last available activity report. The data collection took place from October 2017 to May 2018. The results of the research are presented

Rafael Hostins Hausmann. Administrador. Especialista em dependência química e comunidade terapêutica pela Faculdade Luterana de Teologia - FLT, São Bento do Sul, SC. Atua na Comunidade Terapêutica Novo Rumo, Gaspar, SC. E-mail: **hausmannalemao@gmail.com**

de outubro de 2017 a maio de 2018. Os resultados da pesquisa figuram neste texto, cuja estrutura se divide em três partes principais: 1) Classificação geral das drogas: a problemática atual; 2) O dependente químico e o acolhimento em CT e 3) O desafio futuro para as CTs: novos paradigmas para o acolhimento.

Palavras-chave: Drogas. Dependência Química. Dependente. Comunidade Terapêutica.

in this paper whose structure is divided into three main parts: 1) General classification of drugs: the current problem; 2) The chemical dependency and the hosting in TC and 3) the future challenge for TCs: new paradigms for hosting.

Keywords: Drugs. Chemical Dependency. Dependent. Therapeutic Community.

1 INTRODUÇÃO

Dados do relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre o consumo de drogas, veiculados na revista Carta Capital (2017), apontam que nos Estados Unidos da América (EUA) ocorrem, anualmente, em torno de 52 mil mortes por overdose, evidenciando uma situação extremamente crítica. O mercado da droga, ao invés de diminuir com as medidas de combate dos governos, tem aumentando. Informações veiculadas na reportagem "Usuários de drogas no mundo somam 250 milhões" da revista Carta Capital (2017, *online*) explicitam uma realidade preocupante, com a elevação na produção de cocaína e ópio e o desenvolvimento de substâncias psicoativas sintéticas, as chamadas drogas modernas.

A reportagem também aponta que, com o crescimento do mercado mundial das drogas, o consumo de anfetaminas vem se tornando uma ameaça, bem como as Novas Substâncias Psicoativas, denominadas de NSPs. Os dados referem que 5% da população adulta mundial (em torno de 250 milhões de pessoas) consumiram algum tipo de droga pelo menos uma vez em 2015. As drogas tradicionais continuam sendo uma ameaça; no entanto, as novas drogas passaram a ser uma tendência inquietante, afirmam os dados.

O relatório da ONU, aponta que, no mundo, em 2015, morreram pelo menos 190 mil pessoas por causas relacionadas diretamente com o uso de entorpecentes e afirma que 29 milhões de indivíduos "sofrem com transtornos graves pelo consumo de drogas, incluída a toxidependência" (CORREIO DO ESTADO, 2017, *online*). Segundo informações do relatório, apenas uma entre seis pessoas que necessitam de tratamento conseguem receber algum tipo de assistência para o seu problema.

Uma das novas drogas citadas pelo relatório é o Fentanil, "um analgésico em pó que é até 50 vezes mais potente que a heroína e que causou numerosas overdoses nos EUA nos últimos anos" (CORREIO DO ESTADO, 2017, *online*). Pelo relatório, 35 milhões de indivíduos consomem opiáceos (substâncias derivadas da papoula – heroína, morfina) ou opioides (substâncias semelhantes à metadona). O grupo de consumidores de opiáceos e de opioides representou "70% dos impactos negativos para a saúde, associada com transtornos por consumo de drogas no mundo todo" (CORREIO DO ESTADO, 2017, *online*).

Quanto à cocaína, o relatório aponta que, em 2015, houve um aumento global da fabricação de cloridato de cocaína (forma pura) de 25% em relação a 2013 (CARTA CAPITAL, 2017). O número de consumidores de cocaína subiu para 17 milhões, afirma o relatório, e o de ecstasy, para 21,6 milhões. Quanto às NSPs, os resultados do relatório da ONU apontaram que, até o ano de 2015, essas substâncias somavam em torno de 700 novos tipos de drogas. Conforme relato, "... Estas novas substâncias sintéticas imitam os efeitos de certas drogas tradicionais, como a maconha, e ao ser mais baratas costumam ser mais atrativas para alguns consumidores" (CORREIO DO ESTADO, 2017, *online*).

Na América do Sul, conforme o relatório, o consumo de cocaína, que havia declinado, aumentou desde 2010 e o consumo de anfetaminas se mantém estável. O relatório chama a atenção para o fato de que "pessoas que fazem o uso de drogas, de forma regular ou ocasional, têm feito uso de mais de um tipo de substância ao mesmo tempo, de forma combinada ou sequencial, dificultando a distinção entre os tipos de droga utilizados" (ONUBR, 2016 , *online*).

No Brasil, o aumento do consumo de drogas, conforme dados da Fundação para um Mundo sem Drogas (*FOUNDATION,* s/d), desencadeou o aumento na América do Sul. Em 2013, o Ministério da Saúde do Brasil realizou uma pesquisa cujos resultados apontaram que 22,3% dos condutores de veículos brasileiros apresentavam sinais de embriaguez ao volante. "O álcool é a droga mais consumida e da qual se abusa mais no Brasil" afirmam

dados do ministério (*FOUNDATION*, s/d, *online*). O Brasil realizou em 2006 seu *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira* (SENAD, 2007). Os resultados apontaram que o consumo de álcool é bem alto entre os brasileiros, e que, embora em torno de 50% da população do país não consumissem essa substância, os que a consumiam a utilizam cada vez mais. Em 2007, o Brasil realizou seu *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil.* Esse estudo envolveu pesquisas nas 108 maiores cidades do país. Os resultados dessa pesquisa apontaram que 11,7 milhões de brasileiros são dependentes de álcool, perfazendo um percentual de 17% da população (SENAD, 2012). Francisco Inácio Bastos, pesquisador da Fiocruz, afirma que

> Existem problemas que dizem respeito à população geral, como o consumo de álcool e tabaco, de uso lícito, e outros que têm características particulares, afetando populações específicas, em contextos definidos, seja geograficamente, seja em termos de tempos, seja pelo recorte etário, que tem características muito diferentes da população geral. Este é o caso, por exemplo, das cenas de crack e do uso de drogas sintéticas em festas rave, ambas questões bastante específicas, embora inteiramente diversas entre si (CAMPOS, 2017, *online)*.

O perfil do consumidor de álcool e drogas no Brasil mudou ao longo do tempo e o advento de novas drogas mudou também o perfil das drogas consumidas hoje no país. Diante do quadro, evidencia-se a necessidade de estudos que tratem dessa temática em específico e justifica-se este estudo de cunho qualitativo, que utilizou a pesquisa bibliográfica e documental como fonte de coleta de dados. É um estudo de caso, que é "uma estratégia de investigação em que o pesquisador explora profundamente um programa, um evento, uma atividade, um processo ou um ou mais indivíduos" (CRESWELL, 2010, p. 38). O trabalho também se configura por seu caráter exploratório, visto que praticamente não foram encontradas produções científicas sobre a temática na área da dependência química, Comunidade Terapêutica (CT), bem como na área teológica, visto que este artigo deriva da monografia final do Curso de Pós-Graduação Latu-sensu em Dependência Química e Comunidade Terapêutica, realizado por uma instituição religiosa, a Faculdade Luterana de Teologia, em parceria com a Cruz Azul no Brasil. Conforme Gil (2002), o caráter exploratório se configura quando não existem muitas contribuições científicas sobre determinado tema ou questão, e a pesquisa pode vir a contribuir para a produção de novos conhecimentos na área.

O estudo teve por objetivo discutir o futuro das comunidades terapêuticas diante do atual público-alvo e das novas drogas. Para tanto, utilizou-se de um estudo de caso que buscou conhecer a mudança do perfil dos dependentes químicos usuários do Centro de Recuperação Nova Esperança (CERENE) de Blumenau, Santa Catarina (SC), Brasil, bem como do perfil das drogas utilizadas pelos usuários da entidade desde a sua fundação até aos dias atuais. Foram realizadas buscas, por meio de pesquisa documental, em todos os relatórios de atividades da instituição desde o ano de 1989 até 2017, ano do último relatório de atividades disponível.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2017 a maio de 2018. Os dados coletados diziam respeito à faixa etária dos usuários da entidade no período de acolhimento, droga do primeiro consumo, o tipo de droga da qual era dependente, a escolaridade, situação civil e estado de origem dos acolhidos. Os resultados da pesquisa constam do corpo deste trabalho que, para fins de apresentação, é composto de Introdução e Considerações Finais e de três partes divididas em: a) Classificação geral das drogas: a problemática atual; b) O dependente químico e o acolhimento em CT e c) O desafio futuro para as CTs: novos paradigmas para o acolhimento.

2 CLASSIFICAÇÃO GERAL DAS DROGAS: A PROBLEMÁTICA ATUAL

Para compreender a realidade dos usuários de drogas, é preciso entender seus mecanismos de ação no organismo humano. Araujo (2012, p. 14-15) faz um amplo estudo sobre a definição correta do termo "drogas". O autor parte da definição mais ampla e fornecida pelos farmacologistas, que consideram droga "qualquer substância capaz de alterar o funcionamento normal do organismo". Conforme o autor,

> ... é a interpretação mais semelhante à dos gregos antigos, que usavam a palavra *phármakon* tanto para remédio como para veneno. Eles entendiam que nenhuma substância é boa ou má em si. O uso que se faz dela é que ditará suas consequências. Essa interpretação considera que maconha e cocaína são drogas, da mesma forma que Aspirina e até aquele chá de camomila que você bebe para dormir melhor (ARAUJO, 2012, p. 14).

Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) as define como sendo aquela "Substância que, quando administrada ou consumida por um ser vivo, modifica

uma ou mais de suas funções, com exceção daquelas substâncias necessárias para a manutenção da saúde normal" (LEITE, 1999, p. 26). Segundo a definição da OMS, as drogas afetam a mente e seus processos mentais. Para Araujo (2012), essa definição não é unanimidade no meio científico. O debate ainda está em aberto. O autor adota uma definição mais simples: "aquela capaz de causar alterações de comportamento e/ou percepção, independente de seu status legal" ser lícita ou ilícita. Dias e Pinto (2006, p. 40) entendem que o foco principal em termos de definição deve estar nos mecanismos de ação das diferentes substâncias e seus efeitos. "[...] é fundamental a compreensão de que a sua intensidade é determinada por múltiplos fatores relacionados à concentração da droga no local de atuação e das interações neste local".

As drogas, muitas vezes, provocam alterações no lado físico, espiritual, mental ou emocional de uma pessoa. O sistema nervoso central comanda com grande capacidade os nossos impulsos, reações, informações, vontades, pensamentos, movimentos e até as emoções. Por isso, quando é atingido pelas drogas, ele altera o nosso comportamento. Sendo assim, um usuário de drogas terá muitas vezes suas atitudes, ações e reações distorcidas porque o sistema nervoso central fica carregado de substâncias nocivas que modificam as mensagens que ele distribui ao corpo. Consequentemente, um usuário de drogas pode ter uma personalidade com altos e baixos, além de apresentar um comportamento inconveniente ou até mesmo irresponsável.

Com o tempo de uso, o usuário de drogas torna-se dependente químico. Existem diferenças entre uso, uso nocivo, abuso e dependência de drogas. Leite (2017, p. 33) afirma que o "Uso nocivo é o caracterizado por danos à saúde decorrentes do consumo. O dano pode ser físico (p. ex., hepatite) ou mental (p. ex., episódios depressivos secundários, grande consumo de álcool). Já o abuso é entendido de forma diferenciada. Segundo o autor, "A Associação Americana de Psiquiatria apresenta o termo abuso sem codificar o uso nocivo. O abuso é avaliado segundo um padrão de consumo que acarreta prejuízo, ocorrendo em período de 1 ano". Conforme o autor, a maior diferença é a aceitação, no abuso, de outros prejuízos que não exclusivamente os físicos ou mentais. A incapacidade de cumprir obrigações profissionais, domésticas ou escolares, o consumo de cocaína em situações que são fisicamente perigosas e os problemas legais são considerados sintomas de abuso já que não são valorizados no uso da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Após algum tempo de uso, o organismo humano vai criando tolerância às drogas. Conforme Leite (2017, p. 33), tolerância é "a necessidade de aumentar progressivamente a quantidade de droga consumida, ou a redução dos efeitos quando a dose é mantida estável (fixa)". Conforme a Associação Americana de Psiquiatria (1994), a cocaína é uma das substâncias psicoativas que produz tolerância nítida para muitos sintomas provocados por seu uso, principalmente os efeitos cardiovasculares e euforizantes da droga. Quando o usuário interrompe abruptamente o uso, entra em síndrome de abstinência.

A síndrome de abstinência é "uma alternativa comportamental associada a sintomas fisiológicos e cognitivos concomitantes, que decorrem da interrupção do consumo ou mesmo da redução abrupta da dose consumida" (2017, p. 35). A classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10, publicada pela OMS, afirma que a cessação da ingestão crônica de uma substância psicoativa ou a sua redução pode levar ao aparecimento de um conjunto de sinais e sintomas de grande desconforto para o usuário (OMS, 1993. p. 69-82). Quando esses sintomas estão presentes, geralmente, o usuário já é um dependente. Segundo Ana Cecília Marques (2006), os sintomas mais comuns são tremores, irritabilidade, náuseas, vômitos. Esses sintomas podem variar de intensidade, afirma a especialista, indo desde um quadro psíquico de insônia, irritabilidade e piora das funções cognitivas, até delirium ou crises convulsivas.

Os critérios para a síndrome de dependência de substâncias psicoativas, segundo a classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10, são:

> Desejo ou senso da compulsão para consumir a droga. Dificuldade de controlar o comportamento de consumir a substância (início, término, níveis de consumo). Estado de abstinência fisiológico. Evidência de tolerância. Abandono progressivo de interesses ou prazeres anteriores em favor do consumo da substância. Persistência do consumo, a despeito da evidência clara (consciência do indivíduo) de consequências manifestamente nocivas (OMS, 1993. p. 69-82).

Quanto à origem, entre os cientistas sempre foi consenso que, inicialmente, todas as drogas conhecidas eram derivadas de plantas, fungos, animais ou qualquer tipo de organismo vivo (ARAUJO, 2012). Conforme Araujo (2012), no início do século 19, com o advento da química moderna, a partir de novos métodos, outras drogas surgiram, como as sintéticas e as semissintéticas. Essas drogas geralmente são classificadas de acordo com seus efeitos e mecanismos de ação sobre o comportamento e a percepção das pessoas. Segundo o autor, a partir de seus mecanismos de ação, elas são classificadas em: **drogas depressoras** – drogas que promovem uma redução das atividades cerebrais; **estimulantes** – drogas que aumentam a velocidade do

processo cerebral; e **drogas perturbadoras** – aquelas que alteram a percepção e o senso de tempo e espaço (alucinógenos). Juridicamente, elas são classificadas em drogas lícitas ou ilícitas e, quanto ao uso, este pode ser medicinal, recreativo ou religioso. A forma como as drogas agem no organismo e o uso múltiplo de substâncias ainda carece de estudos. O uso concomitante de drogas de abuso com fármacos prescritos ou o uso de várias substâncias psicoativas ao mesmo temo é preocupante, dada a forma como cada substância age no cérebro (DIAS; PINTO, 2006, p. 48). Conforme Vasconcelos (2018, *online*):

> 1. Nosso cérebro é formado por bilhões de neurônios, que enviam e recebem mensagens na forma de sinais elétricos e estímulos químicos, promovendo a passagem de informação. Os neurônios são divididos basicamente em três partes: corpo celular, axônios e dendritos.
> 2. Com a forma que lembra uma longa cauda, o axônio é responsável pela transmissão dos impulsos elétricos e químicos, que são recebidos pelo dendrito de outro neurônio (a chamada sinapse). Os neurônios nunca se tocam e, entre eles, existe um espaço chamado fenda sináptica.
> 3. Essas substâncias liberadas são chamadas de neurotransmissores. As drogas, por serem moléculas químicas, agem exatamente sobre essa comunicação entre os neurônios, alterando a atuação dos neurotransmissores.

Com vistas a traçar um perfil das drogas utilizadas pelos acolhidos do CERENE em 27 anos de acolhimento, importa conhecer, minimamente, o percurso histórico de uso de drogas ao longo do tempo no mundo. Nem todas possuem um histórico descrito no entanto, o uso do álcool, que é uma droga lícita, é descrito na Bíblia cristã em diversas passagens do Antigo e do Novo Testamento. Quanto às drogas ilícitas, segundo autores, como Musto (1991) e Duailibi (2010), a cocaína é uma das mais antigas. Dados remontam seu uso para mais de cinco mil anos, mais precisamente no século X a.C. . A planta era consumida pelas civilizações incas e estava associada a práticas curativas e religiosas, afirma Lígia Maria Ferro Bonacim Duailibi (2010).

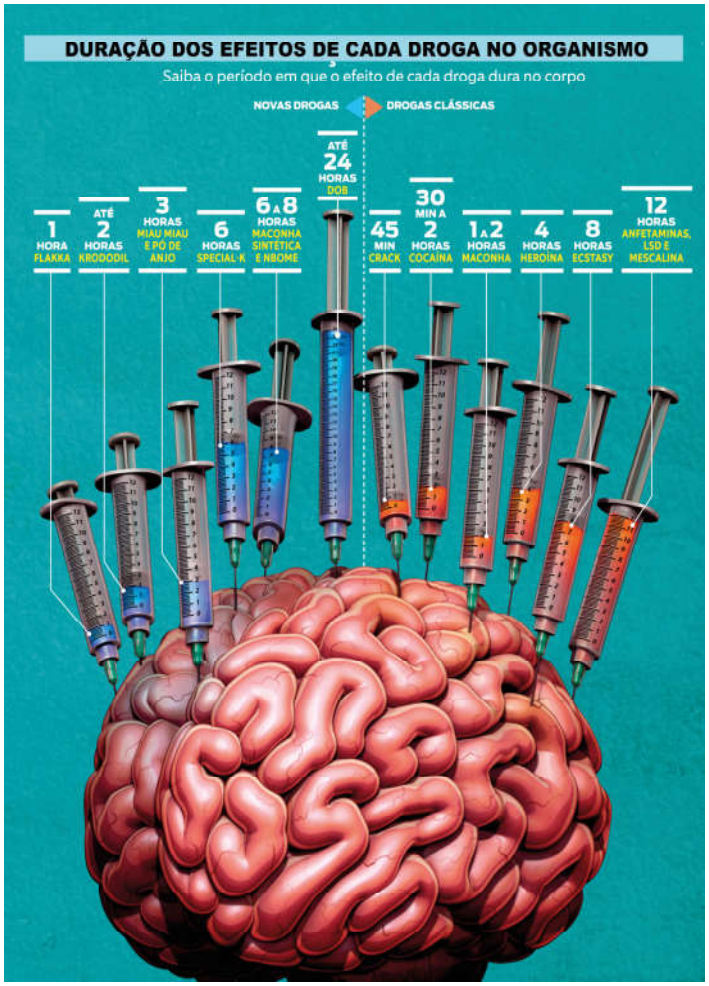
As folhas de coca chegaram à Europa no auge da colonização espanhola. Em 1507, Américo Vespúcio escreve sobre a folha e o costume de mascá-las. Por medo dos efeitos da planta, 50 anos depois, os espanhóis proibiram seu uso; no entanto, logo voltaram a liberar, porque perceberam que os índios faziam seu trabalho de forma melhor quando podiam mascar as folhas (DUAILIBI, 2010). Com o tempo, além do uso para aliviar o cansaço e melhorar a performance no trabalho, a coca começou a ser utilizada para fins medicinais e afrodisíacos (DUAILIBI, 2010). Os anos passaram e a droga se espalhou pelo mundo, tornando-se um problema de saúde pública, um problema político, social, antropológico, de segurança, etc. (DUAILIBI, 2010).

No passado, o álcool e a cocaína eram as drogas que mais preocupavam. Hoje, com o advento do *crack* e das novas substâncias psicoativas que têm se disseminado por todo o mundo, as preocupações recaem também sobre essas drogas. Algumas das drogas mais recentes são o *Krokodil*, a maconha sintética, *special-k,* DOB, pó de anjo, *flakka*, miau-miau e *NBOMe*. Conforme Vasconcelos (2018, online),

> Consumidas principalmente por jovens, são drogas sintéticas que reproduzem os efeitos da maconha, da cocaína e da heroína, mas com um detalhe: são muito mais potentes do que as substâncias originais e têm efeitos bem mais danosos para a saúde. Para piorar, ainda existem poucos estudos científicos sobre seus efeitos a longo prazo.

Essas drogas possuem efeitos perturbadores extremamente fortes e a duração desses efeitos (figura 1) no corpo humano também é diferenciada das drogas consideradas clássicas, como crack, cocaína, maconha, heroína, ecstasy, anfetaminas, LSD e a mescalina.

Figura 1 – **Comparativo efeito tempo entre as drogas modernas e as clássicas**



Fonte: Vasconcelos (2018, *online*).

A diferença de tempo de permanência no organismo humano entre as drogas modernas e as clássicas é visível. Constata-se, na figura 1, que o efeito da maconha sintética perdura no organismo de 6 a 8 horas, diferente da maconha clássica, cujo efeito dura apenas de 1 a 2 horas. A DOB tem efeito no organismo por até 24 horas, sendo que drogas clássicas como as anfetaminas, LSD e mescalina perduram apenas 12 horas. Isso significa que os usuários tendem a migrar para esse tipo de droga para usufruir o tempo mais longo de prazer/barato que a droga proporciona. Isso é extremamente preocupante, pois a droga, permanecendo mais tempo no organismo, vai causar a este mais danos e prejuízos.

Esse é o perfil, segundo a literatura, das novas drogas consumidas no mundo e no Brasil e de seus usuários, os quais buscam atendimento em vários tipos de serviços que a sociedade oferece, bem como em CT.

3 O DEPENDENTE QUÍMICO E O ACOLHIMENTO EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Os fatores determinantes do uso de drogas podem ser inúmeros. Pessoas começam a utilizar drogas para buscar prazer, reduzir estresse, diminuir tensão, amenizar medos e até aliviar dores (CRAUSS; ABAID, 2012, p. 62-72). As situações que podem levar uma pessoa a usar drogas tanto podem ser objetivas quanto subjetivas, afirma De Leon (2003). Os motivos de uso, conforme o autor, podem começar nas "tensões e pressões comuns da vida a eventos extraordinários ou catastróficos que marcaram a vida de muitos usuários: violência e maus-tratos, crimes, insegurança financeira, desabrigo" (DE LEON, 2013, p. 42). Com o tempo, o usuário "prioriza o uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações" (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2007, p. 1169), perde o controle sobre o consumo e a dependência se instala.

A dependência química, conforme dados apresentados na introdução deste trabalho, assola milhões de pessoas em todo o mundo. No entanto, estudos sobre a compreensão desse fenômeno ainda são recentes no Brasil, pois remetem a poucas décadas de pesquisa. Para o especialista da Unicamp, Dr. Ronaldo Laranjeira, a dependência química é uma doença extremamente complexa. Segundo o autor, essa complexidade explicita que

> [...] existem alterações do funcionamento cerebral, das reações emocionais e psicológicas, das relações sociais e todo um cenário de desorganização e sofrimento familiar. Consequentemente, o diagnóstico e o gerenciamento dessa doença, especialmente dos casos mais graves, são complexos (LARANJEIRA, s/d, *online*).

Para Laranjeira, o conceito que utilizamos hoje para a dependência química é descritivo e foi construído

> [...] baseado em sinais e sintomas. Isso lhe conferiu objetividade. O novo conceito, além de trazer critérios diagnósticos claros, apontou para a existência de diferentes graus de dependência, rejeitando a ideia dicotômica anterior (dependente e não-dependente). Desse modo, a dependência é vista como uma síndrome, determinada a partir da combinação de diversos fatores de risco, aparecendo de maneira distinta em cada indivíduo (LARANJEIRA, 2003, p. 14).

No que tange às CTs, objeto de nosso estudo, a concepção de dependência química

> [...] é um transtorno da **pessoa inteira**, que afeta algumas ou todas as áreas da vida. Estão tipicamente envolvidos problemas cognitivos e de comportamento, bem como perturbações do humor. O pensamento pode mostrar ser realista ou desorganizado; há confusão ou inexistência de valores, ou estes têm caráter antissocial. São frequentes os déficits de capacidades verbais, de leitura, de escrita ou de realização de tarefas. É evidente a "falência" moral e espiritual, descrita em termos psicológicos ou existenciais (DE LEON, 2003, p. 41).

Nesse sentido, há a importância de olhar as especificidades de cada usuário e tratar o indivíduo e a doença, pois os efeitos do uso e abuso não são iguais para todos os indivíduos. Para alguns pesquisadores, como Augustini e Cordeiro (Ano IV), o conhecimento sobre a doença é ponto essencial para determinar o diagnóstico e o tratamento a ser aplicado para cada dependente químico. Para os autores, a família faz parte do conjunto a ser tratado. E, por esse motivo, o auxílio deve ser estendido também a ela, afirmam. A OMS entende a dependência química como um estado de "[...] uso descontrolado de uma ou mais substâncias químicas psicoativas com repercussões negativas em uma ou mais áreas da vida do indivíduo" (SAR 11, 2017. *online*). Esse descontrole, tanto pode ser apenas um episódio na vida do indivíduo, como tornar-se permanente. No entanto, sua progressão, com o tempo de uso, acentua-se, rumando para desfechos que podem progredir para sérias fatalidades.

A dependência química é "uma doença multidimensional e multifacetada, ou seja, atinge o indivíduo em diversos níveis: Físico, Mental, Emocional e Espiritual" (SAR II, 2017, *online*). Pelas suas características multidimensionais, deve receber atenção especializada e que perceba o dependente químico a partir de uma visão holística e integral. Conforme o pesquisador Joel José de Campos (2013, p. 4), o tratamento do dependente químico é um processo onde "entram diversas possibilidades de serviços que se propõem a cura,

apoio e minimização de consequências causadas pelas substâncias químicas". Essas possibilidades envolvem uma rede de tratamento de que fazem parte grupos de apoio e mútua ajuda, hospitais gerais, clínicas de reabilitação, comunidades terapêuticas (também conhecidas como CTs), etc.

As CTs tiveram seu início em 1940, na Inglaterra, nas dependências de um hospital psiquiátrico. Fundadas por Maxwell Jones, diretor de um hospital em Dingleton, na Escócia, nasceram com o objetivo de trazer humanização e fazer a ligação entre o atendimento de soldados que passavam por traumas pós-guerra e seus familiares (KALINA; KOVADLOFF, 1988). Jones acreditava que a psiquiatria tradicional não dava mais conta de ajudar seus pacientes. Reuniu um grupo multidisciplinar de profissionais que tinha por objetivo pensar num jeito de falar aos pacientes em termos de igualdade, sem a hierarquia até então instituída no hospital. Para tanto, aproximou-se, conforme os autores, das filosofias da auto e mútua ajuda, ou seja, da ideia de que pacientes e médicos, juntos, poderiam trabalhar para ajudarem a si mesmos e aos outros de seu convívio (KALINA; KOVADLOFF, 1988). Com o passar dos anos o trabalho se ampliou e começou a atender também dependentes químicos.

Para o especialista em CT De Leon (2003, p. 31), as comunidades terapêuticas são "uma significante modalidade de atenção aos seres humanos", que "funde as ideias de terapia e de ensino capturando a realidade daquilo que os participantes de fato fazem e vivenciam nos programas". Para o autor, a CT possui diversos "aspectos relativos ao ambiente residencial do programa, à sua estrutura organizacional, ao perfil dos participantes, bem como as suas metas à sua filosofia e à sua orientação ideológica" (DE LEON, 2003, p. 21). Fazem parte da metodologia de trabalho das CTs "a ética do trabalho, o cuidado mútuo, a orientação partilhada e os valores evangélicos da honestidade, da pureza, do altruísmo e do amor, o autoexame, o reconhecimento dos defeitos de caráter, a reparação por danos causados e o trabalho conjunto" (DE LEON, 2003, p. 18). Conforme De Leon (2003), o método de trabalho das CTs é a comunidade. Ou seja, a convivência em ambiente de comunidade é a força propulsora dessas instituições, onde se espera, segundo o autor "que todos contribuam para as metas comuns da criação de uma organização social dotada de propriedades de cura" (DE LEON, 2003, p. 14). Para o autor,

> Quem busca admissão em CTs [...] apresenta um quadro de transtorno que vai além do simples uso de substâncias. Apesar da diversidade em termos de origem social, de demografia e de preferências em termos de drogas, pode-se esboçar um perfil clínico típico do transtorno em quatro áreas principais (DE LEON, 2003, p. 39).

Essas áreas, a que De Leon ser refere como sendo "áreas e indicadores da manifestação concreta do transtorno" (DE LEON, 2003, p. 39), conferem um perfil característico ao dependente químico usuário de álcool e outras drogas: **1) uma vida em crise; 2) incapacidade de manter a abstinência; 3) disfunção social e interpessoal; e 4) o estilo de vida antissocial.** Conforme o autor, para tratar esse perfil de pessoa, "a abordagem de tratamento "comunidade terapêutica" (CT) tem como fundamento uma perspectiva explícita que consiste em quatro concepções inter-relacionadas: o transtorno do uso de drogas, a pessoa, a recuperação e o bem viver" (DE LEON, 2013, p. 38). Ganha importância a pessoa acolhida na CT e não a CT em si. Conforme Fracasso (2001, p. 275), o agente terapêutico numa CT "não é a estrutura da CT, as regras, os instrumentos, mas tudo aquilo que esses instrumentos podem fazer para que cada residente possa viver e experimentar uma relação verdadeira e o amor entre as pessoas".

3.1 Perfil institucional do CERENE

A comunidade terapêutica objeto de nosso estudo é o (CERENE, o qual é uma instituição civil, de caráter privado, sem fins lucrativos. Foi idealizada por sua entidade mantenedora, a Missão Evangélica União Cristã , com sede em Blumenau (SC). A instituição é portadora do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), portanto considerada entidade filantrópica. O CERENE "utiliza o modelo psicossocial de Comunidade Terapêutica no atendimento de dependentes de álcool/drogas e prevenção ao uso/abuso destas, a partir da visão de ser humano integral" (CERENE, 2017, p. 2). É filiado à Cruz Azul no Brasil "que compreende a dependência química como doença e adota como forma de atendimento: a abstinência de álcool/drogas e a espiritualidade" (CERENE, 2017, p. 2). Os fundamentos principais da Cruz Azul, e também do CERENE, são: abstinência e fé (AVILA; RISTOW; ZERMINIANI, 2016). No CERENE, "As atividades desenvolvidas realizam-se sob a perspectiva de processos de ensino-aprendizagem que consideram o ser humano modificável" (CERENE, 2017, p. 2).

A entidade tem uma Administração Central (ADM) sita à rua Prof. Jacob Ineichen, 6.607, Bairro Itoupava Central, Blumenau (SC), além de seis unidades de acolhimento, sendo que uma delas é de atendimento ambulatorial (Joinville-SC). A primeira unidade do CERENE foi fundada em quatro de maio de mil novecentos e noventa e oito e está localizada junto à ADM. Essa unidade, bem como as unidades de São Bento do Sul e Palhoça (SC) e Lapa (PR), atende o público-alvo masculino. A entidade também possui uma unidade

que realiza o acolhimento de mulheres, localizada em Ituporanga (SC), conforme a figura 2.

Figura 2 – **Localização e público-alvo das unidades do CERENE**

UNIDADE/ PÚBLICO	FEMININO ADULTO	FEMININO ADOLESCENTE	MASCULINO ADULTO	MASCULINO ADOLESCENTE
Blumenau (SC)			X	X
Ituporanga (SC)	X	X		
Lapa (PR)			X	X
Palhoça(SC)			X	X
São Bento do Sul (SC)			X	X

Fonte: CERENE (2017, p. 22).

Além do acolhimento de dependentes químicos, a instituição atua em várias outras áreas, como demonstra a figura 3.

FIGURA 3 – **Lema, missão e visão do CERENE**

LEMA	Para Uma Vida Sem Drogas.
MISSÃO	Atuar na prevenção da dependência de álcool e outras drogas, e no atendimento do dependente e seus familiares, a partir de uma visão cristã de ser humano integral, buscando a reinserção social e uma melhor qualidade de vida.
VISÃO	Ser um centro de referência brasileiro, de caráter social, no atendimento de dependentes do álcool e outras drogas na modalidade psicossocial de Comunidade Terapêutica.

Fonte: CERENE, 2017, p. 2.

A entidade atua com o foco na qualidade e mudança do estilo de vida dos usuários de seus serviços. Nesse sentido, seu programa de acolhimento tem como objetivo geral "Oferecer um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, bem como suporte e atendimento para dependentes de álcool/drogas" (CERENE, 2017, p. 21). Objetiva ainda:

> • viabilizar ao dependente em atendimento a possibilidade de viver abstinente de álcool/drogas;
> • apresentar uma proposta de estilo de vida em sobriedade;
> • promover a saúde integral do dependente por meio de propostas de acompanhamento por equipe interdisciplinar;
> • transmitir informações que auxiliem o residente a compreender suas dificuldades e a lidar com elas de modo adequado;
> • promover aptidões para atividades práticas do cotidiano;
> • viabilizar o aprendizado e/ou aperfeiçoamento de conhecimentos através de atividades psicoeducativas;
> • promover o lazer e uma construtiva administração do tempo livre;
> • apoiar a reintegração profissional e social por intermédio de atividades socioeducativas;
> • oferecer aos familiares e/ou grupo de responsáveis do residente um lugar para serem ouvidos, orientados e acompanhados;
> • interagir com a família e outros representantes da rede social do residente, visando exercitar e promover a restauração de relacionamentos e vínculos afetados e/ou rompidos.

O CERENE atende "Dependentes de substâncias psicoativas, a partir de 12 anos de idade, de ambos os sexos e que não possuam restrições para participar das atividades oferecidas pela entidade" (CERENE, 2017, p. 22). A figura 4 explicita a quantidade histórica de atendimento do CERENE desde a sua fundação até os dias de finalização desta pesquisa.

Figura 4 – **Quantidade histórica de atendimentos CERENE**

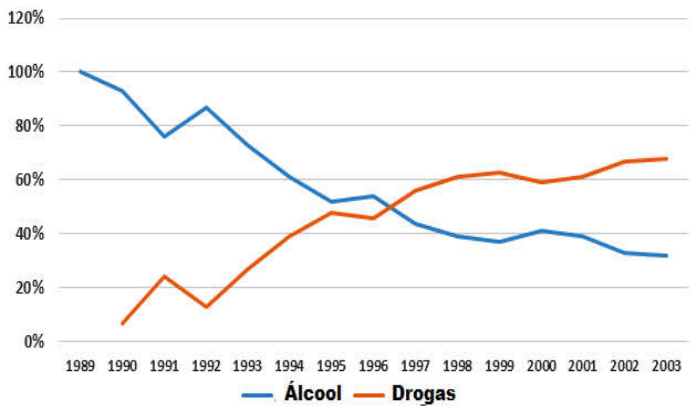
Fonte: CERENE (2017, p. 29).

Este item teve como objetivo conhecer o trabalho das CTs e seus usuários, bem como conhecer a comunidade terapêutica objeto de nosso estudo, o CERENE. O próximo tópico vai discutir os desafios futuros para as CTs, bem como apresentar os resultados da pesquisa documental realizada no CERENE.

4 O DESAFIO FUTURO PARA AS CTS: NOVOS PARADIGMAS PARA O ACOLHIMENTO

Este estudo investigou o perfil dos acolhidos do CERENE em 27 relatórios de atividades da entidade. Iniciamos a pesquisa no relatório de 1989 e concluímos com o relatório de 2017. A pesquisa documental constatou que o perfil dos acolhidos do CERENE no período de 1989 a 2003 foi mudando de forma drástica. Torna-se importante informar que a escolha desse período (1989-2003) se deve ao fato de que até o ano de 2003 a instituição fazia distinção apenas entre o uso de drogas lícitas e ilícitas em seus relatórios. Após esse período, a tipologia das drogas ilícitas também passou a ser considerada e publicada. Os dados da pesquisa (Figura 5) demonstram que na fundação da entidade, em 1989, 100% dos acolhidos eram usuários de álcool. A partir do ano seguinte, o uso do álcool foi decrescendo e o de outras drogas aumentando. Entre os anos de 1996 a 1997, ocorreu a inversão do perfil, sendo que até 1996 o álcool era a droga mais consumida, e, no ano de 1997, o relatório apontou outras drogas como de maior consumo.

Figura 5 – **Perfil das drogas acolhidos CERENE - 1989 a 2003.**

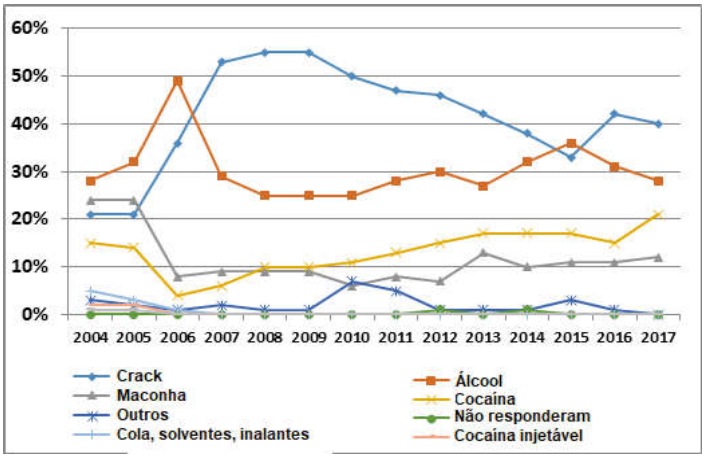


Fonte: Elaboração do autor, a partir de dados dos Relatórios de Atividade do CERENE de 1989 a 2003.

A partir de 2004, o CERENE passou a discriminar, nos relatórios, a tipologia das drogas utilizadas pelos acolhidos; por isso, a figura 5 apresenta os dados de 2004 a 2017. Assim, um novo panorama se descortina em termos de informações para a composição do perfil das drogas utilizadas pelos acolhidos da entidade.

Podemos verificar, na figura 6, que o *crack* passa a ser a droga de mais uso pelos acolhidos. No ano de 2006, o álcool tem um aumento drástico, com um percentual de 49%, mas no ano seguinte, há uma queda brusca do uso de álcool para um percentual de 29% e um aumento, também brusco, do uso de crack para percentuais acima de 50%. Em 2015, os dados apontam que houve uma inversão entre o uso de *crack* (33%) e álcool (36%). No entanto, em 2016, essa inversão se dissolve e o *crack* passa a ser novamente a droga mais usada, mas com percentuais mais baixos do que os anteriores.

Figura 6 - **Perfil das drogas acolhidos CERENE - 2004 a 2017.**



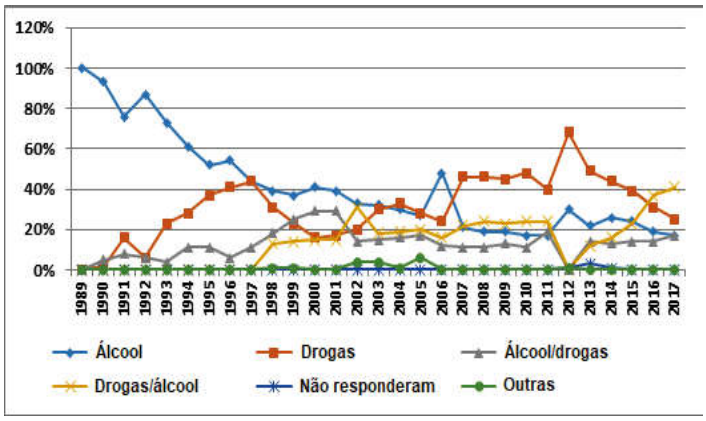
Fonte: Elaboração do autor, com base nos Relatórios de Atividade do CERENE de 2004 a 2017. *Outros: alucinógenos, anfetaminas, sedativos, tabaco.

O uso do *crack* está disseminado no país. Conforme reportagem da Fundação para um Mundo Sem Drogas,

> No Brasil, uma pesquisa encomendada pelo Ministério da Justiça à Fiocruz, instituição ligada ao Ministério da Saúde, em setembro de 2013, revelou que cerca de 370 mil brasileiros de todas as idades usaram regularmente *crack* e similares (pasta base, merla e óxi) nas principais capitais do país. Entre os pesquisados na idade de 18 a 25 anos, 6,9% disseram ter usado cocaína (incluindo o *crack*) durante o ano anterior (FUNDAÇÃO PARA UM MUNDO SEM DROGAS, s/d, *online*).

O relatório do CERENE explicita a realidade brasileira. Quanto à prevalência do uso de drogas cruzadas (álcool/drogas ou drogas/álcool), os dados de 1989 a 2017 (figura 7) apontam que o álcool/drogas tinha prevalência de uso sobre as drogas/álcool na maior parte dos anos. Em 2012, houve uma inversão e as drogas/álcool passaram a ter prevalência, sendo que esta prevalência permaneceu até o ano de 2013, quando houve nova inversão e a prevalência de álcool/drogas aumentou em relação às drogas/álcool.

Figura 7 – **Perfil uso drogas cruzadas CERENE - 1989 a 2017.**



Fonte: Elaboração do autor, a partir de dados dos Relatórios de Atividades do CERENE 1989 a 2017.

Não são dados atuais, no entanto, no ano de 2000 e 2001, a entidade realizou uma pesquisa entre seus usuários para que explicitassem os motivos que os levaram a usar drogas. Em 2000, 40% relataram ser a amizade a responsável pela entrada nas drogas, 33% disseram ter sido por curiosidade, 30% festas e bailes, 23% fuga da realidade, 21% satisfação pessoal, 18% beber socialmente, 10% rebeldia, 9% busca de identidade, 8% influência familiar e 8% complexo de inferioridade (CERENE, 2000, p. 28). Em 2001, 30% dos acolhidos relataram ter sido a amizade o motivo, 28% curiosidade, 25% festas e bailes, 19% fuga da realidade, 17% complexo de inferioridade, 13% satisfação pessoal, 13% beber socialmente, 7% rebeldia, 7% influência fa-

miliar, 6% busca de identidade e 3% citaram ser outros os motivos (CERENE, 2001, p. 22).

Vimos na literatura que os motivos relatados foram a busca do prazer, reduzir estresse, diminuir tensões comuns da vida, amenizar medos, eventos extraordinários e catastróficos como maus tratos, violência, crimes, problemas financeiros, de trabalho e moradia (DE LEON, 2003). Esses dados são extremamente importantes, porque podem orientar políticas de prevenção às drogas e ações de atendimento à família dos dependentes químicos.

Quanto à idade do primeiro contato com as drogas, infelizmente a instituição só publicou dados referentes aos anos de 1998, 1999, 2000 e 2001 (Figura 8). Mesmo com a incipiência das informações, trouxemos as desses anos para demonstrar que os acolhidos que passaram pelo CERENE nesses períodos começaram a usar drogas muito cedo e que o percentual de drogas ilícitas utilizada antes dos 7 anos de idade, que era de 6,38% em 1998, passou para 11% em 2001, um aumento considerável.

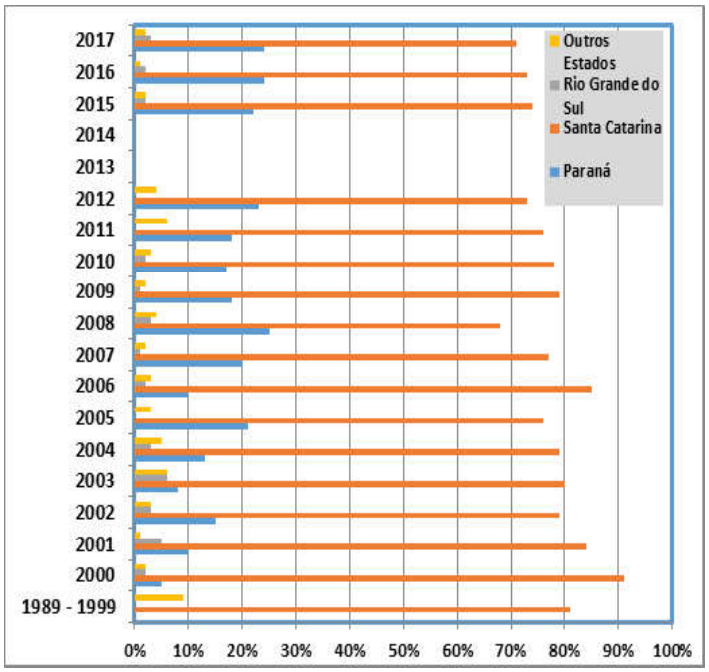
Figura 8 – **Primeiro contato com as drogas 1998 - 2001**

	1998		1999		2000		2001	
Faixa-Etária	Álcool	Drogas	Álcool	Drogas	Álcool	Drogas	Álcool	Drogas
Antes dos 7 anos	4%	6,38%	5%	6%	1%	4%	2%	11%
08 - 10 anos	24%	38,30%	40%	48%	9%	5%	8%	7%
11 - 14 anos	28,80%	31,91%	33%	36%	24%	35%	30%	41%
15 - 18 anos	19,20%	18,09%	13%	6%	44%	42%	38%	32%
19 - 25 anos	17,60%	5,32%	6%	3%	15%	12%	18%	7%
26 - 35 anos	5,60%	0%	2%	1%	7%	2%	3%	1%
36 - 50 anos	0,80%	0%	0%	0%	2%	1%	1%	0%
51 - 65 anos	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Acima de 65 anos	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%

Fonte: Elaboração do autor, com base nos RA de 1998, 1999, 2000 e 2001.

Os dados da figura 9 demonstram que a grande maioria dos acolhidos no CERENE ao longo dos anos era proveniente do estado de SC, e, em segundo lugar, do Paraná. Vimos anteriormente que a instituição possui uma CT em Lapa, no PR e as demais unidades (Blumenau, Palhoça, São Bento do Sul) se localizam em SC.

Figura 9 – **Origem dos acolhimentos no CERENE - 1989 a 2017**

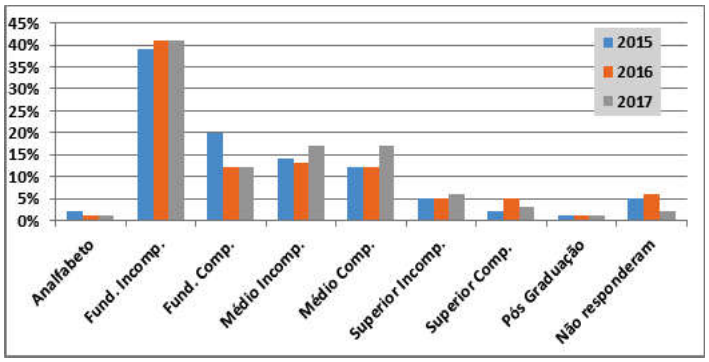


Fonte: Elaboração do autor, com base nos Relatórios de Atividade do CERENE de 1989 a 2017.

Quanto à escolaridade dos acolhidos, a pesquisa geral (1989 a 2017) foi prejudicada por inexistência de dados (não constava a informação no RA), insuficiência deles (os dados traziam especificidades, mas não os percentuais gerais) e por falta de uniformidade (quando havia a informação, os gráficos eram tão diferentes que não foi possível fazer comparativos). No entanto, podemos conhecer o perfil de escolaridade dos acolhidos do CERENE nos últimos três anos (figura 10). Os dados apontam que a grande maioria dos acolhidos do CERENE nos últimos três anos possui um nível de escolaridade baixo. Em torno de 40 % dos acolhidos desses anos têm o ensino fundamental incompleto. Em segundo lugar, um percentual (de 10 a 20%) possui o fundamental completo e outro percentual (de 10 a 17%) o ensino médio completo. Pouco mais de 5% dos acolhidos possuem ensino superior completo, como demonstram os dados.

Esse fato demonstra que drogas e estudos não combinam. Com o tempo, quem usa algum tipo de droga interrompe os estudos.

Figura 10 – **Escolaridade acolhidos CERENE 2015 a 2017**

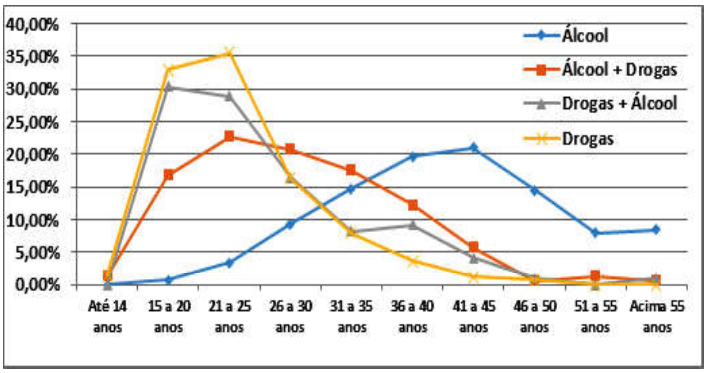


Fonte: Elaboração do Autor com base nos Relatórios de Atividades de 2015 a 2017.

Constatou-se, também, um pequeno índice de analfabetos, dado que comprova a realidade de que ainda existem pessoas em nosso país que não sabem ler.

No que tange à faixa-etária de idade, reproduzimos um gráfico que demonstra os resultados de 10 anos de pesquisa, ou seja, de 1989 a 1999. A figura 11 apresenta os dados:

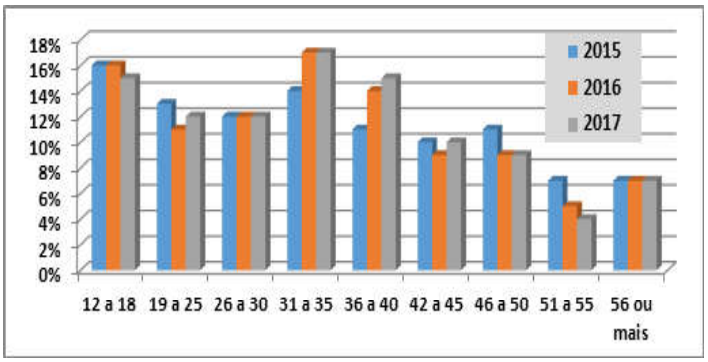
Figura 11 – **Idade no acolhimento 1989 – 1999.**



Fonte: Relatório de Atividades do CERENE (1999, p. 18).

Vemos no gráfico que a maioria dos dependentes de álcool está na faixa etária de 41 a 45 anos de idade. Já que no que tange ao uso cruzado de álcool + drogas, a faixa etária predominante é a de 21 a 25 anos. Quando à categoria drogas + álcool, a faixa etária com prevalência de uso é a de 15 a 20 e na categoria drogas, a faixa etária predominante é de 21 a 25 anos. Os dados estatísticos apontam que o público que usa drogas ou faz uso conjunto de drogas e álcool é o público mais jovem. E os dependentes de álcool compõe um público mais maduro. Esse dado explicita que os usuários de álcool levam bem mais tempo para começar a sentir os efeitos danosos da bebida, ao contrário dos usuários de drogas, que buscam auxílio para parar o uso bem mais cedo. A figura 12 apresenta os dados de 2015 a 2017:

Figura 12 – **Idade no acolhimento de 2015 a 2017**



Fonte: Elaboração do autor com base nos Relatórios de Atividade do CERENE de 2015 a 2017.

Percebe-se que a forma de o CERENE explicitar as informações dos acolhimentos sobre a idade mudou. Com isso, não é mais possível efetuar um comparativo entre os dados da figura 11 e 12. No entanto, é possível ver que as faixas etárias predominantes da maioria dos acolhidos do CERENE nesses três últimos anos é de 12 a 18 anos e de 31 a 35 anos, sendo que, em 2015, a maioria pertencia à faixa de 12 a 18 e em 2016 e 2017, a maioria geral era da faixa de 31 a 35 anos. No início do CERENE, não eram atendidos adolescentes, mas com o tempo e a demanda, a instituição passou a acolher também esse público alvo. Isso explica a existência da faixa etária de 12 a 18 anos presente agora nos relatórios, mas que não constava nos relatórios de 1989 a 1999.

A partir desses, podemos concluir que a maioria dos usuários do CERENE é proveniente do estado de SC, o que se explica pelo fato de a entidade possuir três unidades de acolhimento do público masculino e uma do público feminino nesse estado. Isso significa que o dependente químico prefere ficar mais perto de sua cidade de origem, talvez para facilitar visitas familiares no período de acolhimento. Ao longo do tempo, o público-alvo da entidade foi ficando cada vez mais jovem, o que pode ter a ver com o advento das novas drogas e o seu uso entre a população mais jovem, como relata a literatura. Os acolhidos apresentam um nível de escolaridade muito baixo. A maioria não completou o ensino fundamental e até um pequeno índice de analfabetos foi constatado entre os acolhidos nos últimos três anos.

Quanto ao perfil das drogas, os dados apontam que o álcool sempre teve a predominância de uso entre os acolhidos do CERENE, até ocorrer uma inversão entre os anos de 1996 e 1997, período em que a drogas ilícitas passaram a predominar. Em 2004 o advento do crack chegou para os acolhidos do CERENE e a droga passou a ser a mais usada pelos acolhidos da instituição, sendo que em 2017 alcançou um percentual de 40%.

Quanto às drogas cruzadas, durante muito tempo álcool/drogas era a preferência, mas hoje drogas/álcool

estão em primeiro lugar entre os acolhidos da instituição como primeira e segunda droga de dependência.

Como o CERENE não especifica mais o tipo de drogas em seus últimos relatórios de atividades, não há como saber se os acolhidos da entidade faziam uso de drogas modernas, como as citadas na bibliografia. Mas, o uso de drogas clássicas ficou claro em todos os relatórios.

Concluímos, com a pesquisa, que o perfil dos acolhidos no CERENE desde sua fundação até o ano de 2017 mudou drasticamente ao longo da história. Essas mudanças vão continuar ocorrendo, fruto das transformações que a problemática do uso e abuso de drogas vai apresentando no país. Para o futuro, os desafios para as CTs serão muito maiores, tanto nas mudanças de paradigmas dentro das próprias instituições, forma de lidar com o dependente, programas terapêuticos e equipes de trabalho, quanto nas lutas externas em prol de políticas públicas que pensem em novas estratégias de prevenção, tratamento e reinserção do dependente químico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa constatam que a maioria dos usuários do CERENE é proveniente do estado de SC, sendo um público que vai ficando cada vez mais jovem e tem um baixo índice de escolaridade, sendo que há também um percentual de analfabetos. A idade do primeiro contato com as drogas da maioria dos acolhidos foi a faixa etária de 11 a 14 anos.

O perfil do dependente químico a partir da literatura estudada o apresenta como alguém com a vida em crise, dificuldades em manter a abstinência, com forte disfunção social e interpessoal e um estilo de vida antissocial (DE LEON, 2003). Quanto aos fatores ou motivos que podem levar uma pessoa ao uso de drogas, os autores estudados citaram: a busca do prazer, reduzir estresse, diminuir tensões comuns da vida, amenizar medos, eventos extraordinários e catastróficos como maus tratos, violência, crimes, problemas financeiros, de trabalho e moradia, etc. Esses fatores tanto podem ser objetivos como subjetivos, afirmam os estudiosos.

Quanto ao perfil das drogas, a pesquisa bibliográfica as divide em dois tipos: **1) drogas clássicas:** *crack*, cocaína, maconha, heroína, ecstasy, anfetaminas, LSD e a mescalina; e 2) drogas modernas: *flakka, krocodil,* miau-miau, pó de anjo, *special k*, maconha sintética e *nbome*. As pesquisas nos relatórios de atividades de 1989 a 2017 do CERENE demonstram que na fundação da entidade, em 1989, 100% dos acolhidos eram usuários de álcool. Após o advento de outras drogas, o uso foi se explicitando e aumentando de tal forma que entre os anos de 1996 e 1997 houve uma inversão e as drogas ilícitas passaram a ser as drogas predominantes no tipo de dependência dos acolhidos. A partir de 2004, o perfil dos acolhidos quanto à dependência aponta o *crack* como a droga mais utilizada pelos usuários do CERENE antes do acolhimento. Dois anos depois, o álcool teve um aumento drástico de 49%, com uma nova queda brusca e aumento brusco do *crack* no ano seguinte. Há três anos (2015), o álcool passou a ser a droga predominante, mas logo no ano seguinte essa inversão se dissolveu e o *crack* voltou a ser a droga mais comumente utilizada pelos acolhidos do CERENE. No que tange às drogas cruzadas, o álcool/drogas sempre esteve em primeiro lugar na tipologia da dependência dos acolhidos, mas a partir da inversão, as drogas/álcool passaram a ter predominância.

Como o CERENE não especifica mais o tipo de drogas em seus últimos relatórios de atividades, não há como saber se os acolhidos da entidade faziam uso de drogas modernas, como as citadas na literatura, mas o uso de drogas clássicas ficou claro em todos os relatórios.

No entanto, o perfil dos usuários do CERENE mudou ao longo do tempo. Percebemos que, de 100% de usuários de álcool no acolhimento logo após a fundação da entidade, temos hoje 40% de usuários de crack. A partir de 2006, os dados demonstram que não há mais acolhidos dependentes de cocaína injetável, mas o uso de cocaína em pó aumentou em relação ao passado.

Diante disso, fica o indicativo para todas as comunidades terapêuticas se adequarem aos desafios modernos apresentados pelo aumento do consumo de drogas ilícitas e o advento das drogas modernas.

Elencamos alguns indicativos para todas as comunidades terapêuticas e de forma especial para o CERENE, já que os relatórios da entidade foram a base deste trabalho: separar nos relatórios, dados referentes ao perfil dos seus usuários dos dados sobre a capacidade da instituição, relatórios financeiros, outras atividades importantes e afins, mas que não tratam do perfil dos acolhidos. Criar um item nos relatórios denominado "Perfil dos Usuários", dividi-lo em programas para adultos e adolescentes. Quanto ao público adulto, dividi-lo em masculino e feminino para termos noção das especificidades da mulher dependente química e do homem dependente químico, cujo envolvimento com a droga, motivos de uso, idade de início de consumo, escolaridade e demais dados são diferentes. Incluir no perfil dos acolhidos os fatores que levaram os acolhidos ao uso de drogas (motivo), perfil socioeconômico, profissão, planos, perspectivas e sonhos de futuro. Outro fator importante a se investigar é se o acolhimento na CT foi a primeira intervenção ou já efetuou outras e em que serviços (grupo de mútua ajuda, CAPS, hospital ,

clínicas de desintoxicação) se deu essa primeira intervenção, caso já tenha havido outra.

Essas sugestões vêm ao encontro da necessidade de pesquisas na área do perfil dos acolhidos das CTs que são raras no Brasil. Os relatórios de atividades dessas instituições podem ser importantes fontes para pesquisas futuras e para a visibilidade e cientificidade das CTs no país. Podem, também, contribuir muito para a construção de políticas públicas efetivas para a área, bem como proporcionar maior compreensão da sociedade para com o público-alvo das CTs, os dependentes químicos. Fica o indicativo de continuidade de pesquisas que venham a dar maior visibilidade as CTs, aos seus usuários, equipes de trabalho e colaboradores.

REFERÊNCIAS

AGUSTINI, A. L.; CORDEIRO, S. do R. G.. A Dependência Química e a questão de gênero. In: **Revista Dependência Química & Comunidade Terapêutica em Pauta.** Cruz Azul no Brasil. Blumenau/SC. Ano IV, Número 11.

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV).** Porto Alegre: Artmed, 1994.

ARAUJO, T.. **Almanaque das Drogas.** Um guia informal para o debate racional. São Paulo: Leya, 2012.

AVILA, M. R. R.; RISTOW, E. R.; ZERMINIANI, S. A. **Manual de Grupos de Apoio Cruz Azul.** 1.ed. Blumenau: Cruz Azul no Brasil, 2016. 100 p.

CAMPOS, J. **A realidade das drogas no Brasil.** Notícias, projetos. FIOTEC. 2017, *online*. Disponível em: *<http://www.fiotec.fiocruz.br/noticias/projetos/4035-a-realidade-das-drogas-no-brasil>*. Acesso em: 02 Jun. 2018.

CAMPOS, J. J. de. **Estigma e Reinserção Social do Dependente Químico.** Apostila entregue no Curso de Especialização *Latu Sensu* em Dependência Química e Comunidade Terapêutica, 2013.

CARTA CAPITAL. Usuários de drogas no mundo somam 250 milhões, Publicado em 22 Jun. de 2017, às 17h05 e modificado em 22 de Jun. de 2017, às 21h39. **Revista Carta capital,** 2017. Disponível em: *<www.cartacapital.com.br/saude/250-milhoes-de-pessoas-usam-drogas-no-mundo>*. Acesso em: 02 Nov. 2017.

CERENE. CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ESPERANÇA. **Relatórios de Atividades, 1989 a 2017.** Blumenau, SC,1989 a 2017.

CERENE. CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ESPERANÇA. **Relatório de Atividades 1999.** Blumenau, SC, 1999.

CERENE. CENTRO DE RECUPARAÇÃO NOVA ESPERANÇA. **Relatório de Atividades 2000.** Blumenau, SC, 2000.

CERENE. CENTRO DE RECUPARAÇÃO NOVA ESPERANÇA. **Relatório de Atividades 2001.** Blumenau, SC, 2001.

CERENE. CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ESPERANÇA. **Relatório de Atividades 2017.** Blumenau, SC, 2017.

CORREIO DO ESTADO. ONU faz levantamento sobre consumo de drogas no mundo. Publicado em 22 de Junho de 2017, às 18hs45min. Brasil/Mundo. **Jornal Correio do Estado.** Disponível em: <http://www.correiodoestado.com.br/brasilmundo/onu-faz-levantamento-sobre-consumo-de-drogas-no-mundo/306361/>. Acesso em: 02 Nov. 2017.

CRAUSS, R. M. G.; ABAID, J. L. W.. A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. **Contextos Clínicos,** 5(1), p. 62-722012.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa:** métodos qualitativos, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2010.

DE LEON, G.. **A Comunidade Terapêutica:** teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola, 2003.

DIAS, J. C. PINTO, I. M.. Substâncias Psicoativas: Classificações, Mecanismos de Ação e Efeitos sobre o Organismo. In: **Panorama atual das drogas e dependências.** Organizadores Dartiu Xavier da Silveira, Fernanda Gonçalves Moreira. São Paulo: Atheneu, 2006.

DUAILIBI, L. B. **Revisão Sistemática:** perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. 2010. Tese. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

FOUNDATION for a drug-free world. A NOSSA cultura de drogas. **A verdade sobre as drogas.** S/d, *online.* Disponível em: <http://www.mundosemdrogas.org.br/drugfacts/the-truth-about-drugs.html>. Acesso em: 02 Jun. 2018.

FRACASSO, L.. Características da Comunidade Terapêutica. In: SERRAT, S. M.. **Drogas e álcool:** prevenção e tratamento. Campinas, Komedi, 2001, 384 p.

FUNDAÇÃO PARA UM MUNDO SEM DROGAS. Estatísticas Internacionais. **A verdade sobre o *crack.*** Disponível em: <http://www.mundosemdrogas.org.br/

drugfacts/crackcocaine/international-statistics.html >. Acesso em: 23 Jun. 2018.

GIL, A. C.. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2002.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S.. **Drogadicção.** Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1988.

KAPLAN, H; SADOCK, B; GREBB, J. **Compêndio de Psiquiatria:** Ciência do comportamento e Psiquiatria Clínica. 9. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

LARANJEIRA, R.. Clínica Cressus. **O caminho da Superação.** Cressus. São Paulo, s/d, *online*. Disponível em: <http://clinicagressus.com.br/o_alamedas.php>. Acesso em: 12 abr. 2018.

LARANJEIRA, R. (coord.). **Usuários de substâncias psicoativas:** abordagem, diagnóstico e tratamento. et.al. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira. 2003, p.14.

LEITE, M. da C.. Abuso e Dependência de Cocaína: Conceitos. In: LEITE, M. da C.. **Cocaína e *Crack*:** dos fundamentos ao tratamento/ Marcos da Costa Leite e Arthur de Andrade... [et al.]. Porto Alegre: Arte Médicas Sul Ltda, 1999.

MARQUES, A. C.. **Guia Prático sobre Uso, Abuso e Dependência de Substâncias Psicotrópicas para Educadores e Profissionais da Saúde.** Prefeitura da Cidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

MUSTO, D. F. **Opium, cocaine and marijuana in America history.** Sci. Amb. Vol. 265, p. 40-44, 1991.

ONUBR. Nações Unidas do Brasil. **29 milhões de adultos dependem de drogas, aponta relatório do UNODC.** Publicado em ONUBR, em 24 de Jun. de 2016. Disponível em: https://nacoesunidas.org/29-milhoes-de-adultos-dependem-de-drogas-aponta-relatorio-do-unodc/ Acesso em: 02 de Jun. 2018.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.** Porto Alegre: ARTEMED; 1993. p. 69-82.

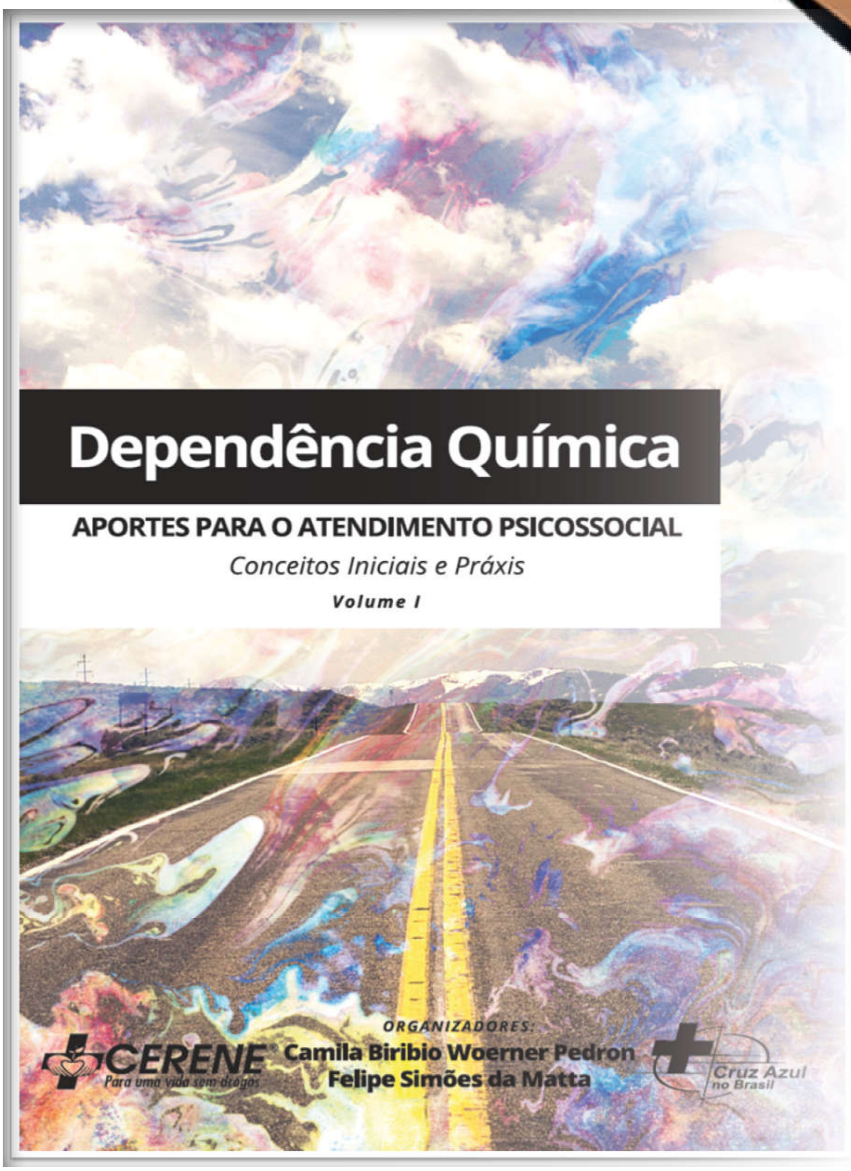
SAR 11. O que é dependência química? Publicado em Cotidiano, **SAR11.** Newletter no 24, de Janeiro de 2017, online. Disponível em: http://www.sar11.org.br/noticias/2017/02/o-que-e-dependencia-quimica/ Acesso em: 29 Mai. 2018.

SENAD. SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira.** Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira [et al.]; Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

SENAD. SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País – 2005 / Supervisão E. A. Carlini.; Coordenação José Carlos F. Galduroz; Pesquisadores, Colaboradores: Ana Regina Noto et al.; Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2012.

VASCONCELOS, Y. **8 novas drogas que estão se espalhando pelo mundo.** Publicado em 22 de maio de 2017, às 18hs40 min. e republicada em 22 de Fevereiro de 2018, às 18hs49min. Ciência. Mundo Estranho. 2018, *online.*

Adquira já seu exemplar...!



193 Páginas

Disponível em: **http://www.cruzazul.org.br/livraria**