



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR -
UCSAL**

**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea**

LIDIANNE BARBOSA DA SILVA GOMES

**DELINEAMENTO DO PERFIL DAS INSTITUIÇÕES DE ASSISTÊNCIA
AO DEPENDENTE QUÍMICO E SUA FAMÍLIA NO BRASIL A PARTIR
DAS INFORMAÇÕES DISPONIBILIZADAS NOS SITES**

SALVADOR

2017

LIDIANNE BARBOSA DA SILVA GOMES

**DELINEAMENTO DO PERFIL DAS INSTITUIÇÕES DE ASSISTÊNCIA
AO DEPENDENTE QUÍMICO E SUA FAMÍLIA NO BRASIL A PARTIR
DAS INFORMAÇÕES DISPONIBILIZADAS NOS SITES**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea, da Universidade Católica do Salvador – UCSAL, como requisito para obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Katia Nunes Sá

SALVADOR

2017

Ficha Catalográfica. UCSAL. Sistema de Bibliotecas

G633 Gomes, Lidianne Barbosa da Silva

Delineamento do perfil das instituições de assistência ao dependente químico e sua família no Brasil a partir das informações disponibilizadas nos sites/ Lidianne Barbosa da Silva Gomes.– Salvador, 2017.
85 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientação: Profª. Drª. Kátia Nunes Sá

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias 2. Família 3. Internação compulsória de doente mental 4. Cocaína 5. Crack 6. Informação em Saúde na Internet 8. Dependência química 9. Tratamento 10. Alcoolismo 11. Internação I. Universidade Católica do Salvador. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação II. Sá, Kátia Nunes – Orientadora III. Título.

CDU 316.356.2:364.272

TERMO DE APROVAÇÃO**Lidianne Barbosa da Silva Gomes**

“Delimitação do perfil das instituições de assistência ao dependente químico e sua família no Brasil a partir das informações disponibilizadas nos sites.”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 18 de agosto de 2017.

Banka Examinadora:



Prof.^a Dr.^a Kátia Nunes Sá
Orientador(a) - (UCSAL)



Prof.^a Dr.^a Cristiane Maria Carvalho Costa Dias - (EBMSP)



Prof.^a Dr.^a Mônica Ramos Daltro - (EBMSP)



Prof.^a Dr.^a Tânia Márcia Baraúna Teixeira - (UCSAL)

Agradeço,

Primeiramente a Deus, autor da vida, razão do meu existir. A Ti toda honra glória e louvor, que todos os meus dias aqui na terra sejam para te adorar. Não tenho palavras que sejam suficientes para descrever minha gratidão ao Senhor por tudo que Ele fez e faz, que eu possa me lançar todos os dias em Seus braços, esse é o lugar mais seguro que eu posso estar, é a minha certeza.

A Samir, meu amado esposo, meu companheiro de vida, meu intercessor, amigo, incentivador, admirador. O Senhor me abençoou com sua vida, temos uma aliança de amor, te amo cada dia mais...

A meu filho, Daniel, que foi tão sonhado, desejado e esperado, eu clamei a Deus que me ouviu e você chegou, para alegrar ainda mais as nossas vidas, mais um presente de Deus para mim, minha família pertence ao Senhor Jesus.

A Marizete e Claudionor, meus queridos pais, pelo amor incondicional, por todo investimento afetivo e financeiro, sem vocês não teria chegado até aqui. Com certeza os melhores pais que Deus poderia ter proporcionado, amo de forma incondicional.

A Luana, minha irmã amada, tão presente na minha vida, companheira, amiga, confidente, intercessora, obrigada por seu amor e carinho. Te amo profundamente...

A Yasmim, minha irmã, a quem tive oportunidade de conhecer e que tem se tornado cada dia mais especial, sempre compreensiva com as minhas faltas e ausências.

Aos meus pastores Miguel e Niara, que cobrem minha vida em oração e amor, em especial a bispa Niara, a quem tenho profunda admiração e amor, uma grande mulher de Deus, conviver com você é aprender mais da essência dEle.

A minhas fiéis amigas do Café Comunhão, pelos momentos de aprendizado, amor, confissões, exortação e acima de tudo presença de Deus. Vocês são benção na minha vida.

Aos meus sogros, Marcelo e Fátima, em especial a minha sogra, que me ajudou tanto passando horas com Dan, para que eu pudesse escrever, sem ela com certeza a concretização desse trabalho não seria possível, te amo.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, participaram de mais uma etapa importante da minha vida.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Kátia Nunes Sá, não tenho palavras suficientes que traduzam minha gratidão, pessoa competente, querida e especial. Me acolheu num momento tão delicado, sempre contribuindo, abrindo meus horizontes, me fazendo refletir. Você foi um grande presente para mim, não tenho dúvidas, a melhor orientadora que eu poderia ter, um ser humano maravilhoso. Muito obrigada pela sua companhia nesta trajetória.

As professoras Dras. Mary Castro, Mônica Daltro, Cristiane Dias e Tânia Teixeira, pelas preciosas contribuições no trabalho, obrigada pelo incentivo, apoio e disponibilidade. Serei sempre grata.

A todos os Professores/Doutores, que tive a oportunidade de conhecer, em especial a Professora Lúcia Vaz, que me ensinou tanto com suas aulas teóricas mas, principalmente com sua prática.

A Funcionários e Colegas que conheci durante essa trajetória, todos colaboraram para meu crescimento. Gostaria de agradecer especialmente a “Carlinha” e “Lú”, sempre tão atenciosas, amorosas e tão pacientes, todo meu carinho e gratidão.

A Vale Viver – Centro de Apoio e Tratamento à Dependência Química e outras Compulsões - pelo incentivo em realizar esse projeto, por todo apoio e compreensão, inclusive com as ausências. A Rogério e Michele, por todo carinho, compreensão e “pressão” para realizar esse sonho. Em especial a Michele, sempre paciente e compreensiva, dedicou um tempo pra ler meu trabalho, fazendo colaborações preciosas, obrigada de todo meu coração, isso foi tão importante para mim... Aos meus amados companheiros de jornada (Michele, Gabriela, Melina e Liz), pela participação constante e fundamental neste processo. A todos que fazem parte da equipe de enfermagem e apoio, em especial a Mário e Ricardo, pelas trocas constantes que sempre me levam a reflexão. A todos que fazem parte da cozinha e limpeza, em especial, Flávia Marcela e Laura, que sempre me acolhem bem, fazendo eu me sentir em casa. Aos que integraram recentemente a equipe da Vale Viver Suely, Tio Nando e Lívía e Wilson, que embeleza a vida com seu dom de fazer arte.

Ao Núcleo Familiar – lugar de troca, interação, crescimento, aprendizado... Sou grata a cada familiar que passou e tanto contribuiu para meu crescimento, pela confiança, pelas partilhas emocionadas, por cada lágrima derramada, por cada sorriso e até gargalhada, amo estar com vocês... A todos os pacientes e familiares, que passaram pela minha vida ao longo desses anos, obrigada pela confiança.

Faça uma lista de grandes amigos
Quem você mais via há dez anos atrás
Quantos você ainda vê todo dia
Quantos você já não encontra mais...
Faça uma lista dos sonhos que tinha
Quantos você desistiu de sonhar!
Quantos amores jurados pra sempre
Quantos você conseguiu preservar...
Onde você ainda se reconhece
Na foto passada ou no espelho de agora?
Hoje é do jeito que achou que seria?
Quantos amigos você jogou fora?
Quantos mistérios que você sondava?
Quantos você conseguiu entender?
Quantos segredos que você guardava?
Hoje são bobos e ninguém quer saber?
Quantas mentiras você condenava?
Quantas você teve que cometer?
Quantos defeitos sanados com o tempo
Eram o melhor que havia em você?
Quantas canções que você não cantava?
Hoje assovia pra sobreviver?
Quantas pessoas que você amava?
Hoje acredita que amam você?

A Lista, Oswaldo Montenegro,

GOMES, Lidianne Barbosa da Silva. **Delineamento do perfil das instituições de assistência ao dependente químico e sua família no Brasil a partir das informações disponibilizadas nos sites.** Dissertação (Mestrado) Universidade Católica do Salvador, Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea.

RESUMO

A presente pesquisa é uma análise documental que investiga os *sites* de instituições que oferecem atendimento aos usuários de drogas, lícitas ou ilícitas. Tem por objetivo delinear o perfil das instituições no Brasil que prestam assistência ao Dependente Químico e seus familiares, utilizando como ferramenta de busca as informações disponibilizadas nos *sites* da *Web*. Foi utilizado um formulário desenvolvido e aplicado pela própria pesquisadora para avaliar e compilar as informações acessíveis nos *sites*. O estudo observa que os *sites* se comunicam de maneira insuficiente, não contendo detalhamento adequado para apoiar a família e dependentes no processo de escolha do tratamento. Para a fundamentação teórica, abordou-se conceitos básicos sobre a Dependência Química, o Problema da Dependência Química na Perspectiva do Dependente e da Família e as Informações disponíveis sobre o Tratamento. Buscou-se confrontar os achados com a literatura pertinente. Os resultados evidenciaram a prevalência de instituições privadas, nas quais o principal modelo de intervenção é a abstinência. O gênero masculino tem predominância entre os dependentes, assim como, o internamento voluntário. A pesquisa evidenciou que as informações disponibilizadas através dos sites não são satisfatórias, muitas são superficiais, sem maiores detalhes do tratamento e serviço oferecidos.

Palavras-chave: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Família. Internação Compulsória de Doente Mental. Cocaína Crack. Informação em Saúde na *Internet*. Dependência química, tratamento, Alcoolismo, Internação.

GOMES, Lidianne Barbosa da Silva. **Design of the profile of care institutions for the chemical dependency and their family in Brazil based on the information made available on the sites** Dissertação (Mestrado) Universidade Católica do Salvador, Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea.

ABSTRACT

The present research is a documentary analysis that investigates the sites of institutions that offer services to drug users, licit or illicit. It aims to outline the profile of the institutions in Brazil that provide assistance to the Chemical Dependent and their families, using as a search tool the information made available on the Web sites. A form developed and applied by the researcher was used to evaluate and compile the accessible information on the sites. The study notes that sites communicate poorly, not containing adequate detail to support the family and dependents in the process of choosing treatment. For the theoretical basis, we approached basic concepts about Chemical Dependency, the Problem of Chemical Dependence in the Dependent and Family Perspective, and the available Information about Treatment. We sought to confront the findings with relevant literature. The results showed the prevalence of private institutions, in which the main intervention model is abstinence. The male gender has a predominance among the dependents, as well as voluntary hospitalization. The research evidenced that the information made available through the sites is not satisfactory, many are superficial, without further details of the treatment and service offered.

Keywords: Substance-Related Disorders. Family. Compulsory Internment of the Mentally Ill. Cocaine Crack. Health Information on the Internet. Alcohol dependence, treatment, Alcoholism, hospitalization.

QUADROS, FIGURAS E TABELAS

Quadro 1 – Critérios Diagnósticos da Dependência de Substâncias Psicoativas.....	20
Quadro 2 – Critérios Diagnósticos da Dependência de Substâncias Psicoativas (DSM).....	21
Quadro 3 – Ambientes existentes no tratamento para Dependência Química.....	29
Quadro 4 – Estágios da família ao descobrir o uso de drogas.....	41
Quadro 5 – Objetivos da associação sem fins lucrativos.....	53
Figura 1 – Natureza da Instituição.....	53
Figura 2 – Ambientes para tratamento para dependentes químicos.....	58
Figura 3 – Distribuição quanto ao público alvo.....	59
Figura 4 – Distribuição quanto a modalidade e possibilidade de tratamento.....	62
Figura 5 – Distribuição com relação aos tratamentos disponíveis.....	67
Figura 6 – Intervenções e Técnicas mais utilizadas.....	69
Figura 7 – Distribuição com relação a contribuição científica.....	71
Tabela 1 – Distribuição do corpo técnico.....	63

LISTA DE SIGLAS

AA: Alcoólicos Anônimos

AIDS: Síndrome da Imune Deficiência Adquirida

AL-ANON: Familiares e Amigos de Alcoólicos Anônimos

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-AD: Centro de Atenção psicossocial – Álcool e outras Drogas

CEBRID: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CETAD: Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas

CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CONFEN: Conselho Federal de Entorpecentes

CT: Comunidade Terapêutica

DQ: Dependência Química

DSM-IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis

EM: Entrevista Motivacional

FAPESP: Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo

HD: Hospital Dia

IEPAS: Instituto de Estudos e Pesquisa em AIDS de Santos

IHRA – The International Harm Reduction Association

MS: Ministério da Saúde

NA: Narcóticos Anônimos

NAR-ANON: Familiares e Amigos de Narcóticos Anônimos

OMS: Organização Mundial de Saúde

PROAD: Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes

PR: Prevenção da Recaída

PRD: Programa de Redução de Danos

RD: Redução de Danos

RNP: Rede Nacional de Pesquisa

SENAD: Secretaria Nacional sobre Drogas

SNC: Sistema Nervoso Central

SPA`S: Substâncias Psicoativas

SUS: Sistema Único da Saúde

TC: Terapia Cognitiva

TCC: Terapia Cognitivo-Comportamental

TCT: Transtorno do Controle do Impulso

TO: Terapia ocupacional

THS: Treinamento de Habilidades Sociais

UDI: Usuários de Drogas Injetáveis

UNDCP: United Nation Drug Control Program

UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo

WFOT: World Federation of Occupational

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1. INTRODUÇÃO.....	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1 CONCEITOS BÁSICOS SOBRE DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	18
2.2 A DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA PERSPECTIVA DO DEPENDENTE.....	33
2.3 A DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA DO ADICTO.....	36
2.4 INFORMAÇÕES DISPONÍVEIS NOS SITES SOBRE O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	44
3. OBJETIVO.....	47
3.1 OBJETIVO GERAL.....	47
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	47
4. DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....	47
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	47
4.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA.....	47
4.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	49
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	51
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS.....	51
5.2 MODELOS DE INTERVENÇÕES.....	54
5.3 AMBIENTES DE TRATAMENTO.....	54
5.4 PÚBLICO ALVO.....	58
5.5 MODALIDADES DE TRATAMENTO.....	60
5.6 EQUIPE TÉCNICA.....	62
5.7 TRATAMENTOS DISPONÍVEIS.....	65
5.8 TÉCNICAS E ABORDAGENS MAIS UTILZADAS.....	67
5.9 CONTRIBUIÇÃO CIENTÍFICA E DISTRIBUIÇÃO QUANTO AOS ESTADOS.....	69
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICES	
ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

Nascida em Alagoas e criada na Bahia, desde cedo nutri o sentimento de fazer diferença na vida daqueles que conviviam comigo e sabia que a profissão que eu escolhesse deveria contemplar esse desejo. Me graduei pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, no curso de Terapia Ocupacional, no ano de 2005. No ano seguinte comecei a trabalhar com Dependência Química e não parei mais...

O interesse em desenvolver essa pesquisa aconteceu em decorrência da atuação profissional prática nesse campo. Ao longo dos anos, fui percebendo como é carente a assistência para um público tão complexo com as pessoas envolvidas com a dependência química. A família que interna o dependente químico chega exausta emocionalmente, questionando a si e a instituição. O sofrimento é visível, as lágrimas “saltam aos olhos”, a dúvida sobre ser certo ou não o processo da internação, se vai funcionar/resolver, se a clínica é confiável, se o tratamento é adequado, se vão maltratar seu familiar, enfim, é um processo extremamente doloroso, e foi exatamente a observação dessa dor, que me impulsionou a olhar para esta situação real.

Em 2006, recém-formada, comecei a trabalhar em numa Comunidade Terapêutica, em Feira de Santana, que atendia exclusivamente o público masculino formado por cerca de 100 homens. O teor científico das práticas não era explícito, mas o trabalho era movido pela boa vontade em ajudar os dependentes e seus familiares. Os coordenadores da instituição eram cristãos e tinham como método de trabalho a Bíblia, a força braçal e as atividades cotidianas. Fui a primeira profissional graduada que eles tiveram e era responsável pelas dinâmicas de grupo, que tinham como objetivo ressignificar a vida.

Em 2007, fui trabalhar em uma clínica especializada, localizada na cidade de Lauro de Freitas, que usava o método de trabalho segundo o modelo Minnesota, cuja base são os 12 Passos dos Alcoólicos Anônimos. Nessa instituição, pude crescer e observar a dependência química sobre outra ótica. Tornou-se claro para mim que a dependência química precisava ser vista e tratada como doença e, portanto, o dependente precisava de ajuda profissional especializada. Por ser uma instituição privada, pude ter contato também com um público de situação financeira favorável e, em consequência, mais questionador, quando comparado à primeira, em que os assistidos eram gratos apenas por serem acolhidos.

E por fim, no ano de 2009, fui trabalhar em outra clínica especializada, localizada em Camaçari, na qual me encontro até o presente momento, cujo modelo de tratamento é baseado num processo psicoeducativo. Nessa clínica assumi a coordenação da equipe técnica, o que foi um grande desafio. Também tive a oportunidade de estar à frente das reuniões que davam assistência e suporte aos familiares dos internos, o Núcleo Familiar. A frente desse projeto, pude presenciar mudanças, reestruturação e ressignificações importantes por parte das famílias ali assistidas serem realizadas. Estas transformações familiares me fizeram constatar que é possível aliviar o sofrimento emocional, proporcionar um ambiente acolhedor e, ao mesmo tempo, ser assertivo para aqueles que o buscam, confiando nos profissionais que prestam assistência e como Jung¹ diz: “ser apenas uma alma tocando outra alma”.

Em todos esses espaços de atenção e assistência pude ver que uma das principais dificuldades enfrentadas pelas famílias dos dependentes químicos se relacionava com sentimentos paradoxais e medo de errar na condução do problema. Fatores multidimensionais e complexos acabavam retardando o início do processo terapêutico e a escolha da clínica, contribuindo para o agravamento da situação. Ao perguntar como haviam encontrado o serviço, muitos afirmavam que havia sido por indicação, mas muitos relatavam que havia sido por meio da internet. Compreendi que este caminho – a Web - graças ao desenvolvimento exponencial das tecnologias de informação e comunicação, se torna cada vez mais utilizado pelas famílias contemporâneas para encontrar assistência para um ente dependente químico.

¹ Carl Gustav Jung – nasceu no dia 26 de julho de 1875 na Suíça, formou-se em medicina, atuando na área de psiquiatra, analisava eventos histórico a partir do inconsciente coletivo e que aos poucos vai dando corpo a torta que ficou conhecida como Psicologia Analítica.

1. INTRODUÇÃO

Droga é uma palavra de origem holandesa que provém de *droog* e significa “folha seca” (CEBRID, 2013). Na antiguidade, as drogas ou os medicamentos, de modo geral, possuíam uma base de vegetais em sua formulação e eram preparadas de modo artesanal (SEIBEL, 2010). Com a industrialização e o desenvolvimento das tecnologias do processamento químico, a droga passou a incluir outras bases de origem animal, semissintética e sintética (MIRANDA, 2007). Sabe-se que, atualmente, as drogas são processadas por grandes indústrias farmacêuticas, de suplementos e por farmácias de manipulação, embora ainda persista a produção caseira. Droga pode ser definida como “qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamentos” (CEBRID, 2013, p.7).

A droga foi inicialmente desenvolvida com a finalidade de curar, de minimizar a dor e resolver outros problemas de saúde. Posteriormente, passou a ter também outras aplicações. Devido à natural busca pelo prazer, o ser humano procura, por meio dos alimentos, das relações sexuais e do consumo de certas substâncias, experiências gratificantes, também chamadas de “recompensas naturais” (POTTER-EFRON; POTTER-EFRON, 2016). Estas experiências de prazer podem ser alcançadas com o consumo de substâncias químicas. As substâncias químicas ou drogas capazes de produzir prazer e estados alterados da consciência são chamadas de psicoativas.

A droga psicoativa pode ser lícita e vendida em farmácias comuns sob prescrição. Médicos de diferentes especialidades fazem prescrições frequentes destas drogas para pacientes psiquiátricos, com dor crônica, com problemas cognitivos e para cuidados paliativos de doentes terminais (DUARTE, 2005). Além do uso clínico, a droga psicoativa pode ser usada com a finalidade de desenvolvimento espiritual. Sob a supervisão de mestres espirituais, o estado de consciência é alterado de modo controlado, e o usuário pode entrar em contato com outras dimensões extra sensoriais (DE SOUZA, 2011). Entretanto, o uso mais amplo é o recreativo. No Brasil, a maioria das substâncias psicoativas recreativas é considerada ilícita e, tanto o usuário como o fornecedor, está sujeito a penalidades da legislação vigente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Entre as substâncias lícitas recreativas, destaca-se o álcool.

Desde a antiguidade, o uso recreativo de drogas psicoativas é uma realidade, independente de sua liberação legal ou não (PORTAL *et al.*, 2009). O ser humano identificou, que bebidas alcoólicas, ópio, cocaína, entre outras substâncias, podem produzir sensações prazerosas e reduzir a autocensura (CARNEIRO, 2010). O uso controlado destas drogas representa uma capacidade de liberdade e de poder do usuário consciente frente aos demais, que têm pouco controle sobre a fissura pelo consumo e são chamados de dependentes químicos. A dependência química, por outro lado, é considerada uma doença, está registrada no Código Internacional de Doença (CID-10) e afeta mais de 10 milhões de brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A dependência química pode ser entendida como uma “alteração morfofuncional do cérebro provocada pela ação das drogas” (LARANJEIRA, 2004). Esta alteração provoca mudanças do comportamento, da motivação e da capacidade de julgamento do dependente. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a dependência química é uma doença progressiva, fatal e incurável, porém tratável (POTTER-EFRON; POTTER-EFRON, 2016).

As causas da dependência química são complexas e multifatoriais. A família deveria ser a base de proteção dos indivíduos, ambiente de educação, de formação de valores morais e de atitudes éticas (PETRINI, 2003). Entretanto, fatores genéticos da dependência química são transmitidos por genitores. Relações conflituosas e maus exemplos afetam a psique dos membros da família e causam sofrimento, induzindo ao refúgio para as drogas (CUNHA, 2013). Além disso, a busca por inclusão em grupos sociais, também favorece este adoecimento (NAKEN, 1996). No âmbito social, a venda de drogas ilícitas financia o crime organizado e ações de segurança dependem de políticas públicas efetivas, de cunho internacional (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2014). Este conjunto de fatores contribui para que membros das sociedades e das famílias contemporâneas se tornem dependentes químicos ou co-dependentes. O dependente químico é, portanto, ao mesmo tempo, algoz e vítima, da sociedade e da família.

Uma vez que um dos membros da família se torna um dependente químico, o sofrimento inevitavelmente se instala, primeiramente, neste pequeno núcleo, e depois se expande para as comunidades onde está inserido. A desagregação familiar é uma consequência comum nesta condição (CEZAR, 2008). A dor e a raiva lubrificam o processo adictivo e afetam tanto o dependente quanto os que estão ao seu redor (NAKEN, 1996). No contexto familiar, de intimidade e cumplicidade, de negligência e de superproteção, a

dependência química produz efeitos diversos. Sentimentos de vergonha e a esperança de que a superação ocorra espontaneamente, levam familiares de dependentes químicos a esconderem o problema de si mesmos e das comunidades (CUNHA, 2013).

Quando familiares começam a perder o controle da situação, a ponto de verem a internação como única solução e, ao mesmo tempo pela necessidade de manter o sigilo da adicção, muitos procuram informações na internet. Com o desenvolvimento das ferramentas da internet, as informações disponíveis sobre clínicas e serviços de assistência ao dependente químico são diversas (PORTAL *et al.*, 2009). Sites de clínicas e serviços colocam à disposição do dependente químico e, principalmente, de seus familiares, muitos dados. O baixo custo e o acesso fácil e rápido tornaram a internet a principal fonte de informações na contemporaneidade (PINTO *et al.*, 2017). Apesar de poder obter facilmente estas informações, não se sabe se os dados disponíveis oferecem subsídios suficientes para escolhas do serviço que será responsável pelo cuidado deste familiar dependente do uso sistemático de drogas psicoativas.

Avaliar as informações contidas nos sites de clínicas de tratamento para o dependente químico pode ajudar familiares na definição de critérios para a seleção consciente de serviços a serem visitados. Por outro lado, pode ajudar instituições de assistência ao adicto e suas famílias, no aperfeiçoamento de informações que devem ser disponibilizadas aos que procuram formas de cuidado por meio da internet. Com base nestes dados, políticas poderão ser implantadas e investimentos em informação poderão ser ampliados para o aperfeiçoamento da atenção com este grave problema de saúde pública.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Para dar sustentabilidade e embasamento a presente pesquisa, alguns tópicos selecionados relacionados ao tema proposto serão aprofundados. Estes tópicos são apresentados em quatro segmentos do capítulo segundo: 2.1 Conceitos Básicos sobre Dependência Química; 2.2 A Dependência Química na Perspectiva do Dependente; 2.3 A Dependência na Perspectiva da Família do Adicto; e 2.4 Informações Disponíveis em *sites* sobre o Tratamento da Dependência Química.

2.1 CONCEITOS BÁSICOS SOBRE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

O uso de drogas é tão antigo quanto a história do ser humano. Relatos na literatura falam do uso de produtos extraídos de plantas em cerimônias religiosas e em rituais diversos, de natureza social e religiosa, de acordo com as diferentes culturas. Este fato permite encarar algumas práticas, sobretudo no passado, antes da era tecnológica, como socialmente bem aceitas. Destacam-se o fumar ópio no Extremo Oriente em áreas rurais, o mascar folha de coca por populações andinas como fonte de energia ou o uso de infusão de folhas de coca – o “chá de coca” como medicamento e a utilização de peiote, que contém mescalina, em cerimônias religiosas por índios americanos (SEIBEL; TOSCANO, 2000).

Desde a mais remota antiguidade, existem registros do uso de substâncias químicas pelo ser humano com efeitos no sistema nervoso central (SNC) e diversas finalidades. Segundo Carneiro (2010), substâncias químicas servem para apaziguar dores, angústias e tristezas, para elevar o usuário aos deuses, libertando-o da precariedade de sua existência terrestre, ou dando-lhe força e coragem nas lutas de trabalho, honra pessoal ou coletiva. Nesta perspectiva, é natural que, enquanto houver dor, angústia, frustração, abatimento e dúvidas em relação ao presente e ao futuro, o uso de drogas se perpetuará para minimizar os diversos “mal-estares” do dia-a-dia da existência humana.

Harith Swadi (1991 *apud* Seibel e Toscano 2000) sugere que o uso de drogas no passado parece ter sido relativamente menos grave que atualmente. Muitos dos perigos existentes se acentuaram e se desenvolveram devido a novas modalidades do seu uso, influenciadas pela civilização e pelo desenvolvimento tecnológico, político e social. O uso de

drogas se propagou em grupos sociais específicos com finalidades mais complexas na contemporaneidade do que no passado.

Novos conhecimentos bioquímicos, tecnológicos e o desenvolvimento do comércio internacional, fizeram surgir outras substâncias, não só naturais, mas também sintéticas. As substâncias psicoativas passaram a estar ao alcance das sociedades humanas, com variações dependentes da tradição cultural, da comercialização, da legislação e da época (CARNEIRO, 2010). No mundo ocidental, pode-se dizer que o consumo de substâncias tomou um caráter epidêmico nas últimas décadas, a partir da contestação da juventude às guerras e aos modelos de sociedade tradicional e às ditaduras (MIRANDA, 2007). O uso de drogas por mecanismos de contestação social marcou as gerações a partir dos anos 1960s, em várias partes do planeta e, desde então, seu uso se ampliou, ainda que, em grande parte, como ato ilícito.

As drogas são frequentemente associadas ao prazer e à diversão. Esta é uma das razões pelas quais as pessoas iniciam o uso e, eventualmente, mantêm o consumo. No entanto, o prazer advindo das drogas é artificial e fugaz. As pessoas desejam felicidade conquistada de maneira rápida e as drogas surgem como um “remédio mágico” que anestesia instantaneamente sentimentos desagradáveis como ansiedade, tristeza e tensões cotidianas. Aos poucos e sorrateiramente, o que era, a princípio, um uso sem consequências maiores, torna-se uma necessidade bioquímica. O usuário esporádico repete o uso no seu dia-a-dia sem perceber que está se tornando um dependente químico e que toda a sua vida está sendo profundamente modificada (TAUB; ANDREOLI, 2004). Inicialmente, há uma ilusão de que não existe dependência.

O uso continuado de substâncias, entretanto, pode causar alterações no comportamento e levar frequentemente a perdas subjetivas e/ou objetivas. Inicialmente pode ocorrer diminuição na produtividade e aumento de conflitos interpessoais. A projeção destes fenômenos para causas externas leva o indivíduo a insistir no uso e a buscar alívio para os sintomas na própria droga. Pessoas de seu convívio começam a notar e a apontar os riscos, mas a primeira reação é sempre a negação. A insistência do uso mesmo com ciência dos malefícios é classificada como “droga de abuso”. Há uma característica marcante nas drogas de abuso que envolve marcante prazer em alguns indivíduos biopsicossocialmente específicos (VELHO, 1994). “Droga de abuso é uma substância que age nos mecanismos de gratificação do cérebro, provocando efeitos estimulantes, euforizantes e/ou tranquilizantes” (CAZENAVE, 2010, p. 41). Assim, o consumo de drogas deixa de ser uma atividade recreativa para se tornar uma morbidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997) compreende o fenômeno da dependência química como doença e conceitua na Décima Edição da Classificação Internacional de Doença (CID-10) que a dependência química é uma enfermidade incurável e progressiva, apesar de poder ser tratada e estacionada pela abstinência.

De acordo com a CID.10, a Dependência é definida como:

“Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente [...], a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física...”

A OMS (1997) traça diretrizes para o diagnóstico. A dependência é diagnosticada quando três ou mais critérios descritos a seguir, são preenchidos por algum tempo durante o último ano.

Quadro 1- CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

CID-10 (OMS, 1997):

- 1 - Forte desejo ou compulsão para usar a substância.
- 2 - Dificuldade em controlar o consumo da substância, em termos de início, término e quantidade.
- 3- Presença da síndrome de abstinência ou uso da substância para evitar o aparecimento da mesma.
- 4 - Presença de tolerância, evidenciada pela necessidade de aumentar a quantidade para obter o mesmo efeito anterior.
- 5 - Abandono progressivo de outros interesses ou prazeres em prol do uso da substância.
- 6 - Persistência no uso, apesar das diversas consequências danosas.

FONTE: EDWARDS *et al.*,2005.

Outra referência oficial para a compreensão da dependência química é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), confeccionado pela Associação de Psiquiatria Americana (APA), que traz os seguintes critérios:

Quadro 2 – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

- **Compulsão para o consumo:** A experiência de um desejo incontrolável de consumir uma substância. O indivíduo imagina-se incapaz de colocar barreiras a tal desejo e sempre acaba consumindo.
- **Aumento da tolerância:** A necessidade de doses crescentes de uma determinada substância psicoativa para alcançar efeitos originalmente obtidos com doses mais baixas.
- **Síndrome de abstinência:** O surgimento de sinais e sintomas de intensidade variável quando o consumo de substância psicoativa cessou ou foi reduzido.
- **Alívio ou evitação da abstinência pelo aumento do consumo:** O consumo de substâncias psicoativas visando ao alívio dos sintomas de abstinência. Como o indivíduo aprende a detectar os intervalos que separam a manifestação de tais sintomas, passa a consumir a substância preventivamente, a fim de evitá-los.
- **Relevância do consumo:** O consumo de uma substância torna-se prioridade, mais importante do que coisas que outrora eram valorizadas pelo indivíduo.
- **Estreitamento ou empobrecimento do repertório:** A perda das referências internas e externas que norteiam o consumo. À medida que a dependência avança, as referências voltam-se exclusivamente para o alívio dos sintomas de abstinência, em detrimento do consumo ligado a eventos sociais.
- **Reinstalação da síndrome de dependência:** O ressurgimento dos comportamentos relacionados ao consumo e dos sintomas de abstinência após um período de abstinência. Uma síndrome que levou anos para se desenvolver pode se reinstalar em poucos dias, mesmo que o indivíduo tenha atravessado um longo período de abstinência.

Fonte: EDWARDS *et al*, 2005.

A dependência química tem ação direta no Sistema Nervoso Central (SNC), independentemente do modo de ingestão (aspirada, injetada, inalada, retal, contato). A substância vai para corrente sanguínea e chega ao destino final: o SNC. O SNC é composto pelo cérebro e medula espinhal e sua principal função é comandar todo o corpo humano, formulando e enviando respostas a órgãos alvos (LARANJEIRA, 2010).

Com mais de 100 bilhões de células que não se regeneram, como em outras partes do corpo, as lesões que acontecem no SNC podem ser irreversíveis. Quando o uso de drogas é intenso e/ou crônico, áreas do córtex podem ser afetadas, ocasionando danos na memória,

perdas de raciocínio lógico, dificuldades de aprendizagem e alterações do movimento (CEZAR, 2008).

No cérebro está localizado o sistema mesolímbico ou sistema de recompensa, conhecido como núcleo de prazer. Esse sistema é composto pelo *núcleo accumbens* (responsável pela motivação e aprendizado), área tegmental-ventral (onde contém os neurônios ricos em dopamina), córtex pré-frontal (responsável pelas funções psíquicas superiores, como pensamento, raciocínio, abstração e controle de impulsos) e amígdala (responsável pela resposta emocional diante de um acontecimento). “A função do sistema mesolímbico é promover comportamentos que contribuem para manutenção da vida, a exemplo da proteção, temperatura agradável, emoção gratificante, sexo e alimentação” (LARANJEIRA, 2010).

O uso de drogas interfere na área de recompensa, ampliando a atividade do sistema, alterando o funcionamento cerebral, resultando na perda do estímulo natural proporcionado pelo organismo do ser humano. É como se o uso de drogas apagasse o estímulo produzido naturalmente e criasse outro mais intenso, que com o tempo, se cristaliza no SNC, induzindo o indivíduo a repetição do uso de forma compulsiva, anulando as fontes naturais de prazer.

No entanto, diferentemente das situações anteriores, nas quais o prazer foi resultado de processos complexos de planejamento, elaboração, negociação, disciplina, execução e, algumas vezes, de resignação e frustração, este é gerado artificialmente, de forma intensa e imediata. Dessa maneira, as drogas corrompem os mecanismos fisiológicos do cérebro, visando à produção de um prazer químico, em detrimento de aprendizados fundamentais para o amadurecimento pessoal dentro do contexto social (LARANJEIRA, 2010, p. 14).

As drogas interferem no sistema de recompensa, fazendo com que os dependentes desejem o prazer imediato causado por estas, tornando outras fontes de prazeres insignificantes (SEIBEL; TOSCANO, 2000). Desta forma, o conhecimento e funcionamento das estruturas compostas pelo sistema de recompensa, contribuirão diretamente no entendimento da fisiopatologia que envolve a dependência e como resultado o desenvolvimento de alternativas eficazes no processo de tratamento da pessoa dependente (LARANJEIRA, 2010).

A dependência de drogas está relacionada à vulnerabilidade pessoal toxicofílica, ao tipo de droga, ao modo de uso, às circunstâncias em que o uso ocorre, aos valores éticos e culturais das sociedades, quer considerada no seu todo, quer como microculturas, no tempo e

no espaço em que se encontram evoluindo (SEIBEL; TOSCANO, 2000). Taub e Andreoli (2004) acrescentam que, por se tratar de uma doença complexa, outros fatores precisam ser levados em consideração, no que se refere a manutenção do uso, a exemplo do próprio indivíduo, da família, dos educadores e das instituições. Ressalta-se que, nem todos os indivíduos que fizeram uso de alguma droga se tornarão dependentes. Entretanto, a pessoa que se tornou dependente em dado momento experimentou pela primeira vez.

Para melhor compreensão do fenômeno da dependência química, faz-se necessário abordar as principais classificações das substâncias psicoativas (SPAs). As SPAs podem ser definidas como naturais, semissintéticas e sintéticas. As drogas naturais são aquelas que têm origem em plantas disponíveis na natureza; as semissintéticas, são substâncias obtidas através de modificação química a partir das naturais, como é o caso do álcool, da cocaína e da maconha; e sintéticas são produzidas em laboratórios como, por exemplo, a Dietilamida de Ácido Lisérgico ou LSD (LARANJEIRA, 2010).

Outra classificação possível das SPAs está relacionada com sua ação no SNC: drogas depressoras, estimulantes, perturbadoras, alucinógenas e de ação mista. As drogas depressoras são aquelas que provocam rebaixamento, redução ou diminuição das atividades eletrofisiológicas do SNC, desencadeando sonolência, minimização da ansiedade, relaxamento, desaceleração da velocidade do pensamento e prejuízos da coordenação motora, como é o caso dos tranquilizantes, remédios para dormir, heroína, cola de sapateiro, benzina, lança perfume e álcool (TAUB; ANDREOLI, 2004). O álcool é um exemplo de droga depressora do SNC “que atua inicialmente deprimindo as funções corticais (córtico-cerebrais) que comandam, entre outras, as funções de relação social, o autocontrole e a censura interna” (MIRANDA, 2007, p. 23).

As drogas estimulantes aumentam a atenção, deixando o indivíduo em estado de alerta, gerando ansiedade, redução do sono e aceleração do pensamento; a exemplo da cocaína, crack, anfetamina, nicotina e cafeína. As drogas perturbadoras (alucinógenas ou psicodélicas) possuem como efeitos; alucinações, delírios e fusão de sensações, uma vez que, a mente funciona de forma distorcida da realidade. São exemplos desta modalidade; a maconha, *psilocibina* (de alguns cogumelos) e o LSD. As drogas de ação mista são as substâncias que possuem mais de uma ação no SNC, como por exemplo, o *ecstasy*, que possui ação estimulante e alucinógena (CEBRID, 2013).

Ao longo dos anos, estudos têm sido realizados para melhorar a compreensão da influência genética na dependência química. Todavia, existe dificuldade para estabelecer

“categorias diagnósticas”. Entende-se a dependência química como uma doença multifatorial - vários são os aspectos a serem considerados - ambiente, genética, personalidade, gênero, contexto no qual o indivíduo está inserido, tipo e droga, via de absorção, dentre outros. Desta forma, torna-se difícil a compreensão dos fatores genéticos envolvidos com a dependência química (JESUS, 2016).

Considerando a dependência química como doença, faz-se necessário, intervenções adequadas para tratar a questão. O tratamento deve promover o bem estar do indivíduo em seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais. É importante estimular a autonomia, a reeducação, a motivação, o autoconhecimento, a ampliação de consciência, a liberdade para a transformação individual e familiar, possibilitando a reestruturação da vida do indivíduo, sem o uso da droga.

O tratamento da dependência química baseia-se em dois modelos de intervenção: redução de danos e abstinência. A redução de danos (RD) é uma estratégia de saúde pública, apoiada pela OMS, que tem como objetivo minimizar as consequências adversas do uso de drogas, respeitando a escolha do indivíduo em usar o que desejar. A RD surgiu em 1980, com o intuito de diminuir a transmissão do vírus do HIV entre aqueles que faziam uso de drogas injetáveis (NEIL; SILVEIRA, 2008).

Se entendermos que a RD é a ampliação dos objetivos das intervenções, aceitando metas sub-ótimas quando o objetivo ideal não é acessível, podemos dizer que toda medicina é baseada na redução de danos, pois a maioria das doenças não tem cura, apenas tratamento de controle ou paliativos, como a diabetes, as dislipidemias e a maior parte dos cânceres (NEIL; SILVEIRA, 2008, p. 12).

Como estratégia utilizada na saúde pública, a RD não é novidade. Hipócrates, pai da medicina, já dizia: *primum non nocere* (primeiro lugar, não cause danos) (ABRAMS; LEWIN, 1999). No que se refere à origem da RD, o Reino Unido foi pioneiro; na década de 1920s já utilizava heroína e cocaína para controlar os sintomas da abstinência, prática que foi proibida após a primeira grande guerra mundial (NEIL; SILVEIRA, 2008).

Com o surgimento da HIV-AIDS e a contaminação rápida entre os usuários de drogas injetáveis, surgiu a necessidade de medidas de prevenção, independente do desejo do grupo pela abstinência. Nesse contexto, surge o programa de troca de seringas e agulhas e distribuição dos mesmos, na Holanda e Inglaterra nos anos de 1986 e 1987.

De acordo com a literatura, as práticas reducionistas começaram por volta dos anos 1970s na Holanda (Amsterdã e Roterdã). Nestes locais, se enfrentava dificuldades com os

dependentes, além da pressão social. A RD parecia ser a única estratégia que se adequaria àquela situação. Naquele caso, a intervenção consistia em redutores de danos nas ruas (intervendo em situações de crise), fornecendo informações, encaminhando dependentes para instituições adequadas, substituindo heroína por metadona, além de distribuição de seringas para evitar o uso compartilhado (NEIL; SILVEIRA, 2008).

Ainda de acordo com os autores supracitados, na Inglaterra, além das ideias propostas pela RD, o Dr. John Marks criou um programa de distribuição controlada de heroína para os dependentes dessa substância. Este fato, de acordo com a literatura, reduziu de maneira considerável as mortes por *overdose*, uma vez que a dose ideal era muito próxima da dose letal, além de minimizar os riscos de envolvimento com a criminalidade. Esta experiência foi levada para Liverpool, Suíça e Nova Zelândia. No ano 1990 aconteceu a 1ª Conferência Internacional de Redução de Danos aplicada às SPAs, o que atraiu centenas de aprendizes do modelo.

No ano seguinte, na 2ª Conferência, houve um movimento por parte dos conferencistas em disseminar as propostas da RD, o que impulsionou a criação da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA – *The International Harm Reduction Association*) no ano de 1996. A IHRA tinha como proposta o apoio ao desenvolvimento da RD, troca de experiências e conhecimentos, bem como, a criação de um ambiente de suporte para aqueles que aderissem a esse modelo (NEIL; SILVEIRA, 2008).

Apesar de muitos apoiarem a RD, a abstinência é a principal estratégia utilizada mundialmente para o tratamento da dependência química. A abstinência defende o não uso de SPAs. Diversos estudiosos acreditam apenas ser possível o processo de manutenção da recuperação se houver um redimensionamento dos objetivos pessoais e o aprendizado em lidar com situações que favorecem o uso de SPA (MARLATT; GORDON, 1993). Nesta perspectiva, a abstinência é um processo libertador, enquanto a RD é um processo de minimização de riscos.

Uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul apresentou como resultados alguns benefícios da abstinência: tomada de consciência da adicção, reconstrução dos vínculos familiares, desvinculação do ambiente e pessoas que favoreciam o uso de SPA, desenvolvimento da autoestima e envolvimento em outras atividades ocupacionais e práticas religiosas (GOMES; ROGOTTO, 2002).

Quanto ao tratamento na perspectiva da saúde mental, este é composto por três principais eixos: a psicoterapia, a farmacoterapia e a reabilitação psicossocial. Independente do modelo de intervenção adotado por cada ambiente terapêutico, no que se refere às técnicas utilizadas no tratamento da dependência química, a psicoterapia é fundamental e envolve diversas técnicas e abordagens.

A entrevista motivacional (EM) surgiu no ano 1980, para auxiliar o processo de mudança daqueles que utilizavam o álcool. Como o nome diz, tem por objetivo aumentar a motivação do indivíduo para realizar mudanças necessárias de comportamentos, suprimindo os que são inadequados/disfuncionais, tendo uma proposta mais persuasiva que confrontativa (MILLER, 1985).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) foi fundada no início da década de 1960s pelo psiquiatra Aaron T. Beck. A TCC objetiva solucionar problemas que o indivíduo esteja vivenciando, de modo breve e estruturado. “Ela é singular no sentido de que é um sistema de psicoterapia com uma teoria de personalidade e da psicopatologia unificadas, apoiadas por evidências empíricas substanciais” (BECK, 1997, p.18). Uma premissa trazida por esse modelo é que a cognição sobrepõe a emoção e o comportamento, ou seja, é mais relevante as associações que o indivíduo faz de determinado evento, do que o próprio evento. Em outras palavras, é como se a cognição (conteúdo do pensamento) gerasse um sentimento, que por sua vez, gera uma ação.

De acordo com a teoria desenvolvida por Beck (1997), identificam-se níveis do processamento do pensar. O nível consciente integra e entende as informações e o pré-consciente faz avaliações rápidas, para as quais a TCC olha cuidadosamente. Conforme Pandin e Ribeiro (2010), o processamento pré-consciente atua de forma simultânea com o pensamento mais superficial e óbvio, onde acontecem os pensamentos automáticos, que trazem como característica a rapidez e não possui o filtro chamado raciocínio. Os pensamentos automáticos surgem de outro evento cognitivo - as crenças. Para Beck (1997), existem três estruturas cognitivas ou três níveis de crença: crenças centrais, crenças intermediárias ou subjacentes e pensamentos automáticos. As crenças centrais são ideias a respeito de si mesma, do outro e do mundo. As crenças intermediárias são as regras e suposições, baseadas nas crenças centrais, trazem um elemento comportamental. E os pensamentos automáticos, “coexistem com o fluxo normal de pensamentos”, surgem a partir de situações do cotidiano, na forma de imagens ou de sentença.

O programa de prevenção de recaída (PPR) tem como objetivo auxiliar na manutenção da recuperação, minimizando os riscos de recaída dos dependentes químicos através da identificação de situações de vulnerabilidade e alto risco, bem como desenvolvendo estratégias de enfrentamento dessas situações, de modo que possa se autogerenciar, estando atento não apenas às situações como também ao seu estado emocional. O DQ, geralmente, é instável em suas emoções, tornando-se vulnerável ao desejo de usar e a recaídas (MARLATT; GORDON, 1993).

Segundo Silva e Serra (2004), o treinamento de habilidades sociais (THS) foi desenvolvido com a finalidade de promover a assertividade do indivíduo, para que seja capaz de enfrentar situações do seu cotidiano, afastando-se da recaída. Ou seja, se propõe a identificar possíveis situações de risco e estruturar estratégias de esquiva do uso de SPs.

A psicoterapia dinâmica (PD) é oriunda da adaptação de técnicas desenvolvidas para o tratamento de depressão e ansiedade. Contempla, em sua abordagem, a tentativa de compreensão dos elementos que deram início ao uso de SPA bem como sua continuidade. O início da psicoterapia deve acontecer pós-desintoxicação, quando o paciente está clinicamente estabilizado e manifeste o desejo de interromper o uso da droga. Este tratamento tem como objetivos; a abstinência, a elaboração de vivências traumáticas, mudança nos padrões de comportamento e relacionamento, compreensão dos sentimentos e capacidade de lidar com a falta da substância e a frustração (CRUZ, 2009).

Além da psicoterapia, o tratamento medicamentoso é considerado um importante auxílio para o sucesso do tratamento geral. As medicações ajudam no alívio da abstinência, redução da vontade de consumo, melhora a qualidade do sono, diminuição da ansiedade e da impulsividade, além de ajudar no tratamento de comorbidades. Entretanto, o uso isolado das medicações não oferece resposta satisfatória no contexto da dependência química. A junção da farmacoterapia com outras formas de intervenções, em um cenário multidisciplinar, demonstra maior eficácia (HEIDEBREDER; HAGAN, 2005).

A reabilitação psicossocial complementa o tratamento da condição mental da dependência química e diz respeito às estratégias utilizadas para favorecer a recuperação. A Reabilitação Psicossocial consiste em restaurar o funcionamento psicológico e social, partindo da premissa básica, que o homem pode aprender e adaptar-se para alcançar metas estabelecidas, desde que seja motivado a alcançar independência e autoconfiança. Visa progressos objetivos, manejo da doença, melhora na qualidade dos relacionamentos,

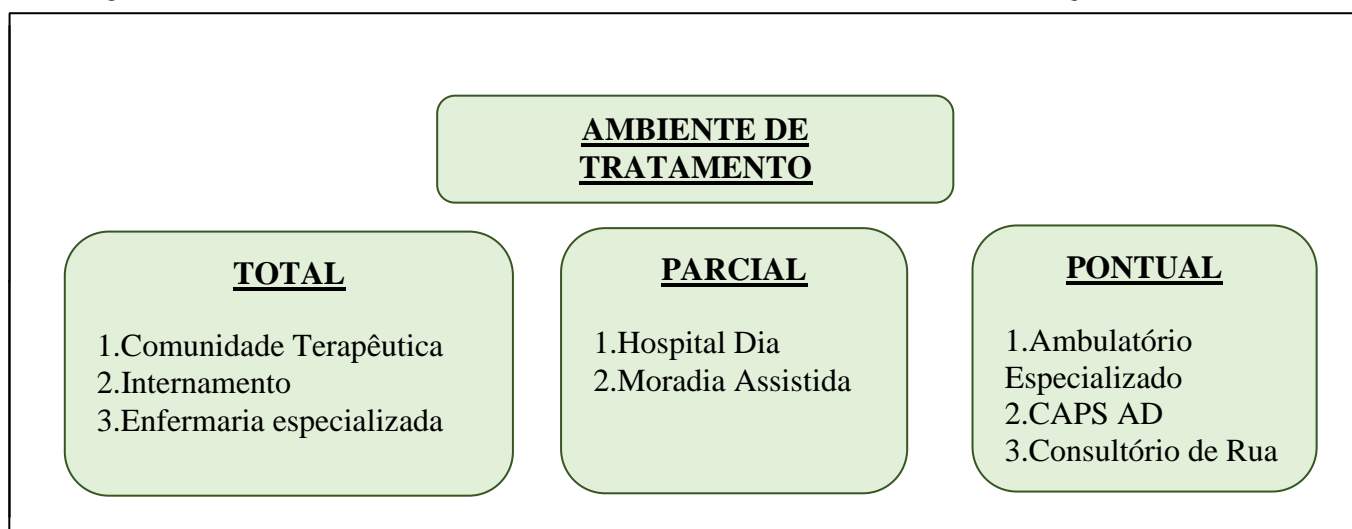
percepção e manejo das emoções modificadas pela doença e ocupação significativa (BONADIO, 2011).

Já a reabilitação neuropsicológica é um serviço do apoio a pacientes dependentes químicos e/ou que possuem outros transtornos psiquiátricos, previamente identificados através de avaliação psiquiátrica ou neuropsicológica, devido ao abuso e/ou dependência de SPAs. Os casos com alguma função psicológica prejudicada, como perda de atenção, memória, linguagem e/ou percepção, exigem este tipo de abordagem. Por influenciar funções que auxiliam no planejamento e execução de atividades, ajudam a corrigir, organizar e estimular essas funções, de modo que o indivíduo desenvolva um pensamento crítico e autônomo (NOVAES, 2007).

O Grupo de Mútua Ajuda (GMA) é uma alternativa não profissional, coordenado por dependentes em recuperação, que surgiu nos Estados Unidos, na década de 30, com Bill Wilson, corretor da bolsa de valores e Robert Smith, médico. Ambos eram alcoólicos, não conseguiam manter sua sobriedade e se uniram em um esforço comum. Deram início ao que ficou mundialmente conhecido como o sistema Alcoólicos Anônimos (AAs). O fundamento dos AAs é o compartilhamento de experiências e ajuda mútua. Apoiados por seus pares podiam manter-se sóbrios, resultando na criação da *Alcoholics Foundation* (1938) e na publicação do livro *Alcoholics Anonymous* (1939), um guia para a sobriedade, baseado na prática dos princípios espirituais, conhecidos como “os 12 Passos” (WILSON, 1994).

Com estruturação dessa “irmandade”, outros grupos passaram a utilizar os princípios dos 12 Passos, para ajudar pessoas que sofriam com outros problemas. A partir da década de 50, surgiram Al-Anon (Familiares e Amigos de Alcoólicos Anônimos), NA (Narcóticos Anônimos), Nar-Anon (Familiares e Amigos de Narcóticos 23 Anônimos), MADA (Mulheres que Amam Demais), N/A (Neuróticos Anônimos), DASA (Dependentes de Amor e Sexo Anônimos), CCA (Comedores Compulsivos Anônimos), entre outras (AA, 2010; NA, 2010).

No que se refere aos ambientes terapêuticos ou *settings*, podem ser agrupados de acordo com o objetivo de cada serviço, segue abaixo os principais modelos:

Quadro 3 - AMBIENTES EXISTENTES NO TRATAMENTO PARA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Fonte: Adaptação do Banco de dados da Dissertação de Mestrado de Jesus, M.C.A.; 2017.

As Comunidades Terapêuticas são ambientes de tratamento muito conhecidos no Brasil e tiveram início na década de 50, com as observações de Maxwell Jones². Surgiram em 1960, para o tratamento da dependência química, influenciadas pelos modelos Minnesota³ e Synanon⁴ (FINGLIE *et al*, 2010).

Após caírem em descrédito, diante das críticas feitas ao modelo de Synanon, no final da década de 80, as CTs iniciaram um novo movimento, incorporando as abordagens psicanalítica e cognitivo comportamental oferecendo profissionais especializados e novas técnicas como o treinamento de habilidades e aprendizado social (FINGLIE *et al*, 2010).

Atualmente, são conceituadas como “ambiente de tratamento comunitário altamente estruturado que emprega sanções e penalidades, privilégios e prestígios determinados pela comunidade como parte de um processo de recuperação” (FINGLIE *et al*, 2010 p. 475). A equipe de trabalho geralmente é composta por ex-usuários de substância que obtiveram êxito em seu processo de recuperação e se mantêm em abstinência. Estes são chamados de

² Psiquiatra do exército inglês um modelo de tratamento baseado numa abordagem educativa, normatizados pela convivência social, inicialmente voltado para atender os soldados que sofreram traumas decorrentes da II Guerra Mundial sendo posteriormente, estendido para outras patologias.

³ Após a criação, popularidade e expansão dos Alcoólicos Anônimos, esse método de tratamento chegou às clínicas de reabilitação, ficando conhecido como Modelo Minnesota.

⁴ Modelo de tratamento criado por Charles Dederich no ano de 1958, para além do modelo comunitário, trazia como proposta u novo lar e uma sociedade para os dependentes e suas famílias, que em sua maioria eram indivíduos que tinham antecedente no crime ou prisões. Também sofreu influência do modelo dos 12 Passos, diferenciando-se no conceito da autoconfiança, para ele o dependente “recebeu muito, não compartilhou o suficiente e se doou pouco”. Tinha como pilar o confronto (Terapia de Ataque) e o trabalho, que determinava a posição de cada indivíduo na comunidade. Recebeu bastante apoio e prestígio, até que seu idealizador resolveu transformar em religião (1970), tendo como princípio obediência total a sua figura enquanto líder espiritual, a partir daí, surgem denúncias de maus tratos, atentados, trocas de casais, vasectomias, por ordem do líder espiritual, caindo em descrédito.

conselheiros em dependência química, juntamente com outros profissionais especializados ou não na DQ.

No Brasil, as CTs são sediadas em fazendas ou sítios e têm como base a religião e o modelo Minnesota ou a junção de ambos. São geridas, em sua grande maioria, por dependentes em recuperação, sendo um cenário muito comum a atuação das igrejas católicas e evangélicas. Estima-se uma média de 100 CT's distribuídas pelo Brasil filiadas a FEBRACT (Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas). Na Bahia, existem três que são-filiadas, todas no interior, além das CT's não filiadas a FEBRACT (www.febract.com.br).

Não existe uma estrutura padrão, tampouco um cronograma básico de funcionamento. Há, sim, diversos componentes fundamentais, que são combinados dentro das necessidades de cada comunidade. O tempo de permanência pode ir de semanas a meses. Há evidências sugestivas de que o tempo de tratamento deva ser maior para indivíduos com comorbidades e padrões graves de consumo, mas essa opinião não é consensual. As atividades desenvolvidas também possuem grande variabilidade, estruturadas em níveis de complexidade igualmente distintos. Algumas estão centradas quase exclusivamente nos 12 Passos e atividades laborais, enquanto que outras oferecem grupos nas mais variadas linhas, terapia ocupacional, atividades vocacionais e atendimento médico e psicológico individuais (RIBEIRO; FINGLIE; LARANJEIRA, 2004, p. 475-476).

Outro ambiente de tratamento são as Clínicas Especializadas de Internamento, que utilizam uma abordagem da dependência química como doença, concepção elaborada ao longo do século XX, deixando de ser vista como um problema moral e ganhando características de doença, portanto, necessitando de tratamento adequado. A Constituição da República Federativa do Brasil (1988) assegura que: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Com a especificidade, surgiu a necessidade de organização de serviços que atendessem a esse público. A internação era o recurso mais utilizado uma vez que tinha como objetivo suprimir totalmente o uso. Todavia, foi necessário pensar ou adaptar os serviços que atendessem os usuários de SPA's, bem como sensibilizar a rede primária, no sentido de diagnosticar e encaminhar os pacientes (RIBEIRO; FINGLIE; LARANJEIRA, 2004).

Os dois ambientes citados, são de imersão total, ou seja, o indivíduo fica em regime de reclusão; ponto contraditório entre profissionais e pacientes, no qual uns defendem e outros criticam. Os métodos aplicados no tratamento de dependentes químicos em instituições psiquiátricas foram posteriormente questionados. Viveu-se uma história de institucionalização

da loucura, que desencadeou a Reforma Psiquiátrica e luta antimanicomial⁵. Existem divergências, questionamentos e por vezes radicalismos nas opiniões expostas em relação aos métodos e tratamentos.

Não há um serviço melhor que o outro, mas, sim, pacientes mais indicados para cada serviço. A compreensão e o entendimento das possibilidades e limitações de cada ambiente de tratamento auxiliam o processo de adequação de um serviço às necessidades da comunidade à qual presta assistência (RIBEIRO; FINGLIE; LARANJEIRA, 2004, p. 462).

Uma dificuldade encontrada pelos familiares é identificar quando a internação é a melhor opção, uma vez que, nem todos que fazem uso de SPAs são dependentes, por isso a necessidade do olhar de uma equipe especializada, como será explicitado no decorrer do trabalho.

Outro ambiente é a enfermaria especializada, ambiente propício para o internamento de curta duração em momentos de crise. O funcionamento acontece vinte e quatro horas por dia, com acompanhamento de equipe multidisciplinar, que incluem atividades ocupacionais. São alternativas para evitar a internação em hospitais psiquiátricos e de longa duração. Na Bahia, existem poucas e são instaladas dentro de hospitais psiquiátricos (FERREIRA *et al*, 2005).

Com relação ao ambiente de imersão parcial, existe a Moradia Assistida e o Hospital Dia. A primeira, também conhecida como *Dry House*, representa uma transição entre o hospital e o retorno ao convívio social. Trata-se de uma opção de baixo custo quando comparado ao sistema hospitalar e o modelo social (*social model*) é o norteador teórico amplamente utilizado em vários países na construção desse recurso.

O Hospital Dia (HD) consiste em um ambiente propício ao cuidado do indivíduo sem necessidade de internação. Sendo mais intensificado que o ambulatório, a posposta é que o paciente passe o dia, participe das atividades e, ao final, retorne para sua casa, funcionando como uma transição no retorno para a vida e suas atividades cotidianas. A frequência do

⁵Franco Basaglia, médico italiano, deu início a Psiquiatria Democrática, trazendo melhorias no cuidado clínico e na hospedagem dos pacientes do hospital onde trabalhava, porém, observou que apenas essas mudanças não apresentavam melhora a longo prazo, era necessário uma mudança no modelo de assistência e na forma como a sociedade via o doente mental. Ele considerava o modelo de internação “repressivo e excludente”. No ano de 1970, enquanto diretor do Hospital de Trieste, fechou a instituição, trazendo uma nova proposta de tratamento que envolvia: emergência psiquiátrica em hospitais gerais, moradias assistidas, serviços comunitários e cooperativas de trabalho. Tendo seu modelo reconhecido como ideal pela OMS. Após sua vinda ao Brasil em 1979, a luta antimanicomial ganhou forças e adeptos até que em 06 de abril de 2001, foi aprovada a lei nº 10.216.

atendimento varia conforme o caso do paciente, que passa por uma triagem, na qual planejamento terapêutico será definido.

E, por fim, têm-se os ambientes de imersão parcial, ambulatórios especializados, CAPS-AD e Consultório de Rua. Os ambulatórios especializados são centros de tratamentos multidisciplinar, compostos por uma equipe de médico, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro e educador, preparada no manejo da dependência química.

Esses serviços funcionam como referência para as unidades primárias de saúde e hospitais gerais e psiquiátricos. Também podem estar preparados para promover atividades de pesquisa, ensino, capacitação e prevenção. Desse modo, constituem não apenas um referencial terapêutico, mas também acadêmico e de saúde pública (JESUS, p.44).

Os ambulatórios especializados para dependência química existem há mais de vinte anos e, quase sempre, mantêm um vínculo com instituições de ensino e pesquisa. O Centro de Apoio Psicossocial a Álcool e Drogas (CAPS-AD) é um serviço de atenção ambulatorial diário, oferecido pela rede pública. No ano de 2000, o Ministério da Saúde normatizou as diretrizes para seu funcionamento (BRASIL, 2010). Estes oferecem atendimento psiquiátrico, psicológico, terapeuta ocupacional, educador físico e oficinas terapêuticas, e têm como estratégia de saúde a redução de danos (RD), que atua na tentativa de minimizar os efeitos adversos do uso de drogas, respeitando a liberdade de escolha do usuário, de consumir ou não, as substâncias (JESUS, 2016).

Já o Consultório de Rua (CR) tem como objetivo o atendimento de pessoas em estado de vulnerabilidade, situação de risco e fragilidade social. Também é composto por uma equipe multidisciplinar, redutores de danos, psicólogos, médicos assistentes sociais e pedagogos. Utiliza como recurso um ambulatório móvel, que se desloca até o público alvo, oferecendo como diferencial, o cuidado *in loco*, ou seja, no espaço da rua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

De acordo com Supera (2009), como em qualquer modalidade de tratamento, há indicações, contraindicações e formas específicas de abordagem que podem favorecer o sucesso ou o fracasso de um tratamento para pacientes usuários de drogas. O tratamento para este público é possível, alcançando resultados positivos quando se utilizam as técnicas adequadas para cada pessoa, dentro do seu contexto biopsicossocial.

Com tantos modelos, abordagens e programas de tratamento, o usuário e, principalmente familiares, quando buscam ajuda, tem dificuldade de acesso a informações

detalhadas que permitam decisões conscientes. Por isso, se faz necessário compreender o problema da dependência química na perspectiva do próprio dependente.

2.2 A DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA PERSPECTIVA DO DEPENDENTE

O primeiro contato do indivíduo com a droga permite classificar o usuário como *Experimentador*. Neste caso, o sujeito faz uso pela curiosidade, sem dar continuidade. Se continua o uso de forma esporádica, é classificado como usuário *Ocasional*. Neste caso, o sujeito faz uso apenas quando há facilidade e oportunidade (até nesse ponto de uso, não há interferências em seu cotidiano). Entretanto, quando começa a usar drogas sistematicamente, evolui para o uso *Habitual*, que acontece de forma frequente e ainda controlado (nesse caso, já se observa sinais de interferências no cotidiano e nas relações). Por fim, o *Dependente* começa a fazer uso de forma descontrolada, com claros sinais de ruptura familiar, social, laboral, afetiva e espiritual. Nesse caso, o uso ocorre não mais pelo prazer, e sim, pelo desconforto da privação da substância utilizada (UNESCO, 1995).

Miranda (2007) acrescenta que o dependente químico é aquele que, segundo os critérios acima citados, vivem pela droga e para a droga, apresentando um padrão de uso intenso, com descontrole sobre a quantidade ou frequência de consumo, rompendo seus vínculos familiares, afetivos e sociais, geralmente associado ao forte desejo, quase que incontrolável de utilizar a substância. Muitos estudos citam o uso de drogas como uma possibilidade para suportar a realidade que cerca o indivíduo que tem profundo sofrimento, ou para fugir dela (EDWARDS, 2000).

Comumente palavras pejorativas e excludentes são utilizadas para caracterizar os dependentes químicos, que também são chamados de disfuncional, toxicômano, drogadito e adicto. O termo adicto é o mais utilizado, principalmente em grupos de mútua ajuda, a exemplo de Narcóticos Anônimos (MIRANDA, 2007). A palavra *Adictum* provém do latim e significa escravo de uma substância alteradora de humor e/ou do comportamento de obsessividade e/ou compulsividade. A dependência desenvolve-se devido à procura incessante da substância e/ou comportamentos alteradores do humor introjetada como positiva e agradável, bem como do acontecimento ou relação com um objeto, levando à constante procura do prazer anterior (NAKKEN, 1986).

Segundo Minayo (2010), o adicto é ambivalente em suas ações com relação a querer ou não ajuda para tratar-se, negando ou minimizando sua doença, porém utilizando-a para não entrar em contato com seus conflitos interpessoais, o que pode levar a perdas significativas, sejam elas objetivas ou subjetivas, buscando tardiamente ajuda especializada.

Para Laranjeira (2004), uma condição *sine qua non* para um indivíduo se tornar dependente de uma droga é gostar de seu efeito. Por diversos motivos, algumas pessoas gostam mais de cocaína, outras mais de maconha e outras ainda preferem o álcool. Vale ressaltar, que nem todo uso de droga é prazeroso e que nem todos aqueles que experimentam droga sentem-se recompensados por isso.

É possível afirmar que existem vários fatores envolvidos no processo da dependência de SPs, como genética, neurobiologia, ambiente, comportamento (personalidade), desenvolvimento, maturação do SNC, gênero, entre outros. As teorias diferem quanto ao peso que atribuem aos fatores que influenciam o estabelecimento da dependência de drogas. O estudo e o entendimento sobre a complexidade da dependência química levam, em consideração, a tríade *sujeito-droga-ambiente* (SUPERA, 2009).

Penso (2003 *apud* Paz e Colossi 2013) e Trigo *et al.* (2015) corroboram com a ideia de que a adolescência é a fase em que se inicia o uso de substâncias psicoativas. É nesta fase do Ciclo Vital que existe uma busca maior por autonomia e independência. Esta situação pode ser explicada baseada nas características associadas à adolescência: ocorrência de mudanças rápidas e acentuadas nesta fase da vida; vulnerabilidade e instabilidade; e construção da identidade pessoal a partir da emancipação da família (TRIGO *et al.*, 2015).

Além disso, é na adolescência que o sujeito busca mais fortemente seu universo de experimentações (descoberta do novo) e identificações, geralmente com associações aos grupos de pares. É período considerado crítico no que se refere ao desenvolvimento de competências pessoais e interpessoais, aquisição de habilidades e tomada de decisões. (VATERS; PILLON, 2011).

Traumas psíquicos causados por separação conjugal ou por perda de emprego que levam ao comprometimento do sentido da vida também podem estar associados à instalação da dependência química (NAKKEN, 1986). Doença mental de base também pode favorecer este acometimento (EDWARDS *et al.*, 2017). Porém, a principal causa da dependência química é social. Desigualdades, preconceitos, discriminação, baixo nível educacional, falta de formação de valores humanos e modos de abordagem do problema do narcotráfico, estão na gênese da questão (PORTAL *et al.*, 2009).

O tráfico de drogas, por exemplo, apesar de ter caráter ilegal, é defendido por Farias e Barros (2011) como uma opção entre poucas alternativas para os indivíduos que nasceram em contextos menos favorecidos. As possibilidades de escolhas vão se restringindo à medida que os sujeitos não são preparados para o mercado de trabalho legal, cada vez mais competitivo e excludente. Desde cedo, participam de uma cultura que idolatra, teme e protege o traficante de droga. São expostos a um meio social que aspira ao sucesso financeiro e ao consumismo que eles representam e, assim, admiram aqueles que conseguem atingi-lo, mesmo que de forma ilegal.

Neste cenário, o tráfico de drogas, torna-se uma alternativa para driblar o sistema excludente e, ao mesmo tempo, neste serem incluídos, mesmo que marginalmente. O tráfico, como atividade geradora de capital, detém um forte e organizado esquema de produção e mercantilização de drogas, configurando-se, hoje, em uma prática atrativa, tanto pela possibilidade de acúmulo de capital, quanto pelo reconhecimento social que proporciona aos traficantes, uma forma de sociabilidade extremamente peculiar (FARIA; BARROS, 2011).

Minayo e Delandres (1998) sugerem que a ‘motivação econômica’ relacionada ao tráfico de drogas associa drogas e violência a um contexto de mercado ilegal. Nesses casos, o crime é visto como uma fonte de recursos para a compra de drogas. Para Mingardi (1996 *apud* Oliveira 2007), os grupos criminosos têm as seguintes características: prática de atividades ilícitas; atividade clandestina; hierarquia organizacional; previsão de lucros; divisão do trabalho; uso da violência; simbiose com o Estado; mercadorias ilícitas; planejamento empresarial; uso da intimidação; venda de serviços ilícitos; relação clientelista; presença da lei do silêncio; monopólio da violência e controle territorial.

O crime organizado é uma instituição formada por mais de um indivíduo, criada para aumentar e distribuir benefícios entre os envolvidos. Traficantes pertencentes a uma mesma quadrilha costumam ser bastante solidários entre si e hostis com aqueles que podem afetar esta atividade lucrativa. Regras são criadas pelos membros da organização como objetivo de facilitar a relação entre eles; como também para permitir a relação com outros indivíduos que não pertencem à organização, por exemplo, agentes estatais (OLIVEIRA, 2007). Neste contexto, o adicto penetra em um “ciclo vicioso” e com possibilidades mínimas de sair desta condição. Tornando-se um prisioneiro do sistema em que se considera livre.

No Brasil, o crime organizado floresceu e se institucionalizou a partir da década de 80, espalhando medo, aumentando estatísticas de homicídios, e tornando-se uma verdadeira resposta social, como mercado de trabalho, sobretudo para os jovens pobres das periferias e

favelas, sem expectativas de conseguir emprego formal, e que, então, na ilegalidade, buscam saciar seus sonhos de consumo, status e reconhecimento social no ambiente do tráfico (MINAYO; DESLANDES, 1998).

Os autores acrescentam que, este tipo de mercado gera ações violentas entre vendedores e compradores sob uma quantidade enorme de pretextos e circunstâncias: roubo do dinheiro ou da própria droga, disputa em relação a sua qualidade ou quantidade, desacordo de preço, disputa de territórios, de tal forma que a violência se torna uma estratégia para disciplinar o mercado e os subordinados. O narcotráfico potencializa e torna mais complexo o repertório das ações violentas: a delinquência organizada; aquela agenciada pela polícia e pelas instituições de segurança do estado; a violência social dispersa; a promovida por grupos de extermínio e também a das gangs juvenis.

O uso ou o abuso de substâncias psicoativas, sejam estas lícitas ou ilícitas, provocam alterações que podem prejudicar a saúde e causar dependência e destruição tanto no terreno físico quanto nos aspectos psicológicos e sociais da vida do indivíduo e de seus familiares (MEDEIROS *et al* 2013).

2.3 A DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA DO ADICTO

A origem da palavra família vem de *famulus*, que significa escravo doméstico, citada pelos romanos, significava conjunto de escravos pertencentes a um mesmo homem, e seu dono tinha poder romano sobre eles, de vida e morte (ENGELS, 2006).

Historicamente, a família e o casamento eram uma questão de sobrevivência. No modelo tradicional, a família era composta pelo casal, constituído legalmente, e pelos filhos. Na constituição familiar o pai ocupava o papel de provedor e a mãe era responsável pelas atividades domésticas e criação dos filhos (SINGLY, 2007).

Segundo Singly (2007), a França⁶ tinha políticas voltadas para apoio da família tradicional e o aumento da fecundidade. Existia incentivo da sociedade para que a mulher ficasse em casa cuidando dos filhos através de abono de salário único para famílias que tinham mais de dois filhos. Esta situação perde representatividade a partir dos 1960s, quando a família contemporânea ocidental passa por profundas mudanças. As mulheres se inserem no

⁶ No que se refere a política da família, a França tem importância significativa desde o século XVIII, influenciando a bibliografia brasileira.

mercado, assumindo além das funções, familiares e domésticas, as profissionais. Com o surgimento do movimento feminista, o papel assumido pelas mulheres passa a ser revisto. As mulheres passam a casar mais tardiamente e a fazer uso de contraceptivos. Outro fator importante foi a instituição do divórcio, que permitiu novas reconfigurações familiares. A mulher passa a ocupar uma nova posição na sociedade, dando seu grito de liberdade e um basta na posição de submissão e opressão vivida por tantos anos.

Cunha (2013) acrescenta que a mulher que passou a ficar mais tempo fora do lar, precisou terceirizar funções, seja aos avós, babás ou creches, que passaram a se responsabilizar pela educação e transmissão de valores na ausência dos pais. O que, por vezes, gerava um sentimento de culpa. A necessidade de suprir a ausência, era expressada de forma indireta através de compensações, muitas vezes financeiras. Esta estratégia de compensação, através de bens materiais, como forma de preencher o vazio gerado pela ausência favoreceu o desenvolvimento de indivíduos que se percebem dotados de direitos sem a contrapartida dos deveres. A permissividade tornou-se desculpa para os pais, que passam pouco tempo com os filhos, e, assim, pensam que não devem negar e/ou brigar. A culpa e permissividade dos pais fortalecem a crença dos filhos de que têm direito ao prazer sem limites, o que favorece o uso de drogas, a mentira, a apropriação de bens dos familiares. Desta maneira, a educação familiar também é responsável pela formação do adicto.

O Movimento Hippie também influenciou e provocou mudanças sociais importantes na década de 60. O movimento, conhecido como geração de “paz e amor”, defendia o amor livre e a não violência. Associado a esta filosofia, estava o uso de drogas, que tinha como objetivo a “liberação da mente e ampliação da consciência”. Os integrantes questionavam o regime tradicional vivenciado e estabeleciam uma nova forma de viver, em comunidade, integração com os elementos da natureza, renda do artesanato e campo. O movimento, que nasceu com o propósito de findar as guerras que aconteciam nesse período e ampliar os direitos civis, ficou conhecido como: Movimento Hippie - Sexo, Drogas e *Rock in Roll* (CUNHA, 2013).

A partir desta perspectiva histórica, o conceito de família patriarcal, foi revisto e outros arranjos familiares passaram a ser considerados. Na década de 90, a Constituição Federal de 1988, propõe uma nova legislação para a família brasileira, reconhecendo novas formas de união e da família monoparental, bem como a legalização do divórcio (SINGLY, 2007).

Nesse contexto, nasce a sociologia da família, com diversas abordagens teóricas. Singly (2007) defende a individualização, colocando a família como centro na construção da “identidade individualizada”, onde as relações são necessárias para construção do self do indivíduo, sendo vista, como espaço para desenvolvimento das relações afetivas, socialização e identidade pessoal. É atribuída à família a responsabilidade de ser modeladora do caráter e de valores morais dos filhos, um espaço de envolvimento afetivo íntimo de indivíduos inseridos em um determinado contexto cultural (CUNHA, 2013).

Para Osório (2002), a família é a unidade básica de interação social. A família é um sistema semiaberto, com regras, costumes e crenças, em constante troca com o meio social. É um organismo vivo com leis próprias de funcionamento. São pessoas que convivem sob o mesmo teto, desempenhando papéis relacionados aos processos de aprendizagens, integrando aspectos emocionais, cognitivos, sociais e culturais. “A família transforma e é transformada pelo ambiente, o que ocorre na família influencia todos os seus membros” (KALINA, 1991).

Segundo Cunha (2013), a família contemporânea se constitui em um espaço privado e seus membros passam a dar maior atenção à qualidade destas relações intrafamiliares (afeto), para tanto, entende-se família contemporânea como família relacional. Com esse olhar para as relações intrafamiliares (relações entre cônjuges e entre pais e filhos) estas passam a ser reduzidas em quantidade, assistindo melhor poucos filhos.

Pretende-se sugerir, assim, uma abordagem de família como algo que se define por uma história que se conta aos indivíduos desde que nascem, ao longo do tempo, através do que é dito ou não, atitude ou silêncio e que será, reproduzida e ressignificada, de acordo com o momento do indivíduo na família (SARTI, 2004). A família é, portanto um fenômeno complexo e singular.

De acordo com Medeiros *et al* (2013), a família é uma instituição socializadora primária, cuja proposição principal corresponde a assegurar comportamentos normalizados pelo afeto e pela cultura. É atribuída a esta, a responsabilidade pela construção moral dos filhos e pelo desenvolvimento da sua personalidade. Schenker e Minayo (2003) acrescentam a ideia de que a família, ao construir vínculos saudáveis, comunica normas sociais salutaras para os seus membros. Mas, famílias disfuncionais podem transmitir normas desviantes através do modelo de comportamento dos pais para os filhos. Os problemas de vinculação familiar advêm, em sua maioria, daqueles lares onde faltam habilidades para a criação dos filhos, reduzindo as chances de transmissão efetiva de normas sociais saudáveis.

No que se refere à participação da família no desenvolvimento do ser humano, este enquanto bebê desenvolve-se principalmente por “uma base inata e capacidade de aprendizagem”. É nesse espaço de interação/relação, que o bebê se constituirá enquanto ser humano em desenvolvimento. O papel da família na educação infantil seria o de preparar esse ser para viver dentro do contexto social no qual está inserido (RABINOVICH, 1991).

Afeto e amor são necessidades inerentes ao ser humano, isso é imutável, mesmo com o advento tecnológico e as mudanças ocorridas nos últimos anos, a família é o lugar de transmissão de cultura, primeiro abrigo, formação de crenças e valores, construção de identidade e preparação para a vida (CUNHA, 2013). Quando por algum motivo, isso não acontece ou lhe é negado, o indivíduo carregará feridas ao longo de sua jornada, o adoecimento familiar aparece como denúncia, sintoma dessa necessidade emocional não preenchida (HEMFLT *et al*, 1989).

Contextos de violência familiar e uso de drogas por um dos progenitores elevam o risco e vulnerabilidade para a dependência química (HORTA; HORTA; PINHEIRO, 2006 *apud* PAZ; COLOSSI, 2013). Situações familiares de maior risco e vulnerabilidade para a dependência química são apontadas como causadoras.

Para Maciel (2008 *apud* Medeiros *et al* 2013), toda a sociedade sofre com as questões que envolvem o uso abusivo das drogas, especialmente os dependentes e seus familiares, pois sofrem perdas e prejuízos em sua saúde física, mental e social. Os familiares, especificamente, sofrem por terem um laço afetivo muito forte e por serem vistos como corresponsáveis pela formação dos filhos, estando diretamente atrelados ao seu desenvolvimento saudável ou doentio.

O adoecimento dos filhos abala significativamente a autoestima dos pais, uma vez que estes compreendem que houve falhas no sistema familiar. A constatação de uma doença pode gerar um desequilíbrio em toda a estrutura familiar, ocasionando uma quebra do vínculo entre os seus membros. Nesta situação, tornam-se comuns os conflitos emocionais, a depressão, o sentimento de medo e as incertezas relacionadas ao prognóstico e ao tratamento. (MARUTI; GALDEANO; FARAH, 2008 *apud* MEDEIROS *et al* 2013).

De acordo com Soares e Minari (2007 *apud* Medeiros *et al* 2013), a sobrecarga familiar pode ser definida como o estresse emocional e econômico ao qual as famílias se submetem quando estão imersas em situações extremas, como é o caso do adoecimento dos filhos. A sobrecarga familiar pode atingir várias dimensões da vida, como a saúde, o lazer, o

trabalho, o bem-estar físico e psicológico e o próprio relacionamento entre os membros da família.

Por desempenhar função importante e relevante na vida do ser humano, é impossível vislumbrar um tratamento para dependência química dissociado da família. Devido ao alto grau de adoecimento/comprometimento familiar, aqueles que convivem com o dependente são diretamente atingidos. Alguns autores apontam o uso de drogas como uma denúncia que o sistema familiar não está bem e por isso, a abordagem precisa ser estendida a todos que fazem parte desse sistema (CUNHA, 2006).

A experiência de adoecimento pela droga se instala na família, dificultando a intervenção para aqueles que precisam de ajuda. A realidade da dependência química é tão devastadora que, por vezes, a família se furta de aceitar tal realidade, utilizando mecanismos de defesas, como forma de não entrar em contato com essa dor, como por exemplo, negando a realidade dos fatos apresentados pelo adicto.

Nas últimas três décadas os pesquisadores têm reconhecido o papel que as famílias podem desempenhar no tratamento por abuso/dependência de substâncias psicoativas, em termos de prevenção e/ou influência no curso do problema da dependência, ajudando a reduzir os efeitos negativos em seus membros (CARDIN; LOURENÇO, ano indisponível p.3).

O comportamento do dependente influencia diretamente a família, bem como o inverso, trazendo à tona, valores, comportamentos e emoções. Geralmente, a família quando tem conhecimento sobre um membro fazendo uso de alguma SPA, passa por alguns estágios (Quadro 4).

Os principais sentimentos dos familiares são culpa e vergonha, razão pela qual, em muitos casos, há uma demora na busca por ajuda especializada. Outros sentimentos como raiva, ressentimento, dor, medo e impotência podem coexistir.

Ao considerar a dependência química, como doença que destrutura o sistema familiar, portanto relações patológicas, é necessário entender estas características. Olievenstein (1992) aponta: inversão de papéis, acomodação, desentendimento no casal parental, falta de comunicação, alianças secretas por parte de alguns membros.

Quadro 4 – ESTÁGIOS DA FAMÍLIA AO DESCOBRIR O USO DE DROGAS

1) Negação - o ambiente familiar sofre tensão por conta da situação de uso, havendo desentendimentos e falta de um diálogo aberto.

2) Tentativa de controle do uso - a família esforça-se em ajudar o dependente na tentativa de interromper o uso e minimizar os possíveis danos, escondendo o problema e por vezes mentindo, na tentativa de preservar a imagem de ambos.

3) Desorganização familiar - o dependente continua em uso o que gera mais tensão nas relações, outros membros da família assumem novos papéis e funções que não são seus, passam a atuar como facilitadores, não permitindo que os dependentes arquem com as consequências dos próprios atos.

4) Exaustão emocional - como resultando de tentativas sem sucesso, o que leva ao distanciamento emocional por parte de todos, aumentando a desestruturação familiar

Fonte: FINGLIE *et al.*, 2010.

Os familiares têm dificuldade de reconhecer o impacto que a convivência com a dependência do outro tem em sua vida, não percebendo sintomas como: cuidado excessivo, anulação de sentimentos/sofrimento em prol do outro e o desgaste emocional na busca de resolver o problema do dependente. Desta forma, a família assume, muitas vezes, uma postura de controle e apresenta dificuldade em estabelecer relações saudáveis em outros campos da sua vida.

As famílias desenvolvem inconscientemente mecanismos de defesas como forma de minimizar seu sofrimento e exaustão emocional, como por exemplo:

- Negação - negar a realidade da doença em que está envolvido acontece de forma inconsciente;
- Racionalização - busca de uma razão lógica, plausível para suas ações;
- Projeção - lança para o outro, mágoas, angústias, desejos, culpas, geralmente, sentimentos com os quais não sabe lidar;
- Isolamento - inércia diante dos fatos;
- Minimização - diminui a extensão do problema, não o enxergando como de fato ele se apresenta.

Os mecanismos de defesa funcionam como um escudo em torno de si mesmo, reconhecendo a doença do outro e não a sua própria doença, negando a responsabilidade dentro do processo familiar.

Quando existe na família um dependente químico, seus membros se direcionam aos cuidados e problemas relacionados, negligenciando outras pessoas e aspectos desse contexto. Assim, o adoecimento é instalado e as necessidades emocionais passam a não serem satisfeitas, iniciando assim o processo da codependência.

O termo codependência surgiu no final de década de 70, quando foi observado que os alcoólicos que se recuperavam e deixavam de beber, tinham suas famílias desfeitas. Este fato chamou a atenção de especialistas, que passaram a questionar que a separação acontecesse justamente no processo de recuperação e não no período de ativa do alcoólico. Foi possível perceber que esses familiares tinham uma necessidade inconsciente de conviver com indivíduos adoecidos, repetindo um padrão de comportamento não saudável (BEATTIE, 2003).

Hemflit *et al.* (1989) acrescentam que a codependência é um padrão adoecido de comportamento, fazendo com que o indivíduo doente se preocupe mais com o outro do que consigo mesmo, negligenciando suas necessidades e sentimentos, apresentando um desejo de aprovação externa para minimizar o vazio e dor interna. O que “alimenta” essa estrutura doentia é outra pessoa igualmente adoecida, que precisa de um “cuidador da vida”, portanto, o codependente perde-se de si mesmo e acorrenta sua alma a outro ser.

Atualmente, o termo codependência foi estendido a outras relações patológicas, não se limitando somente ao convívio com dependente químico, mas à dificuldade de desvencilhar-se da vida do outro, como resultado de viver em um ambiente/família desestruturado.

Inicialmente, o termo codependência foi utilizado para definir a relação da esposa com seu marido alcoólico (co-alcoólatra), o que depois foi estendido para filhos e pessoas mais próximas, que conviviam com o dependente (BEATTIE, 2003). Atualmente, o conceito de codependência tem se ampliado para abarcar a dinâmica de qualquer relação disfuncional de dependência. Desta forma, um indivíduo que apresenta condutas disfuncionais com relação ao pensamento, comportamento, sentimento e afeto, apresenta uma relação de codependência com aquele que se envolveu pela dinâmica da sua personalidade (CUNHA, 2006).

Os codependentes apresentam características como facilidade em tomarem para si problemas alheios, baixo autoestima, necessidade de aprovação e afeto, tolerância ao sofrimento, sentimento de controle, distorção da realidade e compulsões. O que de forma inconsciente faz com que o indivíduo busque para si, um padrão repetido de pessoas, comportamentos ou situações, que continuarão mantendo o processo de adoecimento (HEMFLT *et al.*, 1989).

Uma vez que os cuidados foram negligenciados, surge a necessidade de cuidar do outro. Todavia, no contexto da codependência, isso passa a ser imposto e não uma escolha; é uma forma de controlar a vida do outro e não “perder o controle” da sua própria vida (CUNHA, 2006). Assim, a família do dependente químico ou já está adoecida quando um membro desenvolve o problema, ou adoecerá em função da complexidade do problema. O sofrimento da família é inevitável (CEZAR, 2008). Sentimentos de sofrimentos, raiva, culpa invadem a família que se sente vitimizada a princípio e, depois, corresponsável. A vergonha diante dos vizinhos, amigos e parentes invade a família (CUNHA, 2013). Em função desta vergonha, muitos tentam esconder o problema. Inicialmente esconde de si mesmos, alimentado a falsa esperança de superação espontânea. Depois, a família tenta esconder da sociedade.

Quando os familiares começam a perder o controle da situação, é comum a busca por tratamento. O tempo até reconhecer que se trata de uma doença e que, por isso, necessita de tratamento efetivo, varia de família para família, de acordo com o nível de compreensão e de acesso à informação. A escolha do tratamento mais adequado, geralmente não é fácil. Diante de sentimentos como impotência e vergonha, as famílias podem sentir dificuldade de pedir orientação, na escolha do melhor tratamento, às suas redes de apoio.

Com o desenvolvimento da cibercultura, informações disponíveis sobre clínicas e serviços de assistência ao dependente químico são diversas (PORTAL *et al.*, 2009). Sites de clínicas e serviços colocam à disposição de familiares de dependentes químicos, muitos dados. O baixo custo e o acesso fácil e rápido tornaram a internet a principal fonte de informações na contemporaneidade (PINTO *et al.*, 2017). A utilização da internet como ferramenta de busca de informações sobre tratamento pode ser uma importante alternativa para dependentes e familiares que não sabem a quem recorrer. As visitas aos sites ainda possibilitam avaliar e comparar uma variedade de clínicas e serviços, sem precisar deslocar-se ou se expor.

2.4 INFORMAÇÕES DISPONÍVEIS EM *SITES* SOBRE O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

O ser humano é um ser relacional, co-criador e transformador de sua realidade. Pensando, o homem faz, planeja, transforma e busca sentido para sua existência. Tudo que cerca o ser humano é fruto da sua força de transformação, sinalizado pela necessidade e viabilizado pelas mãos, são as maiores ferramentas e responsáveis por todas essas mudanças (CHAMONE, 1997).

As formas de relacionamento mudaram significativamente com a pós-modernidade e o crescimento tecnológico. As distâncias diminuíram e as notícias são acessadas de forma instantânea. Todas as informações na contemporaneidade estão literalmente, na “palma da mão” do homem. Ao longo da história, a comunicação do conhecimento foi se tornando cada vez mais veloz, auxiliadas pelas tecnologias da informação e comunicação.

Devido a sua capacidade de processamento e armazenamento de conteúdos, além do acesso facilitado, a internet promove a circulação das informações de modo rápido e dinâmico, de acordo com a necessidade de quem faz a busca (INSTITUTO TAMIS, 1997).

O surgimento da Internet aconteceu no final dos anos 60s, devido a uma necessidade do governo americano de guardar informações mesmo que sofressem um ataque com armas nucleares. As redes de compartilhamento tiveram início na década de 70, para facilitar o acesso aos *hardware*, que passou a ser compartilhado por vários usuários e tinha custo bastante elevado. Na década seguinte, surgiram os computadores de uso pessoal, diminuição do custo do *hardware*, não necessitando mais de compartilhamento (INSTITUTO TAMIS, 1997).

Ainda de acordo com o Instituto Tamis (1997), esse modelo foi consolidado na década de 90, por meio da informatização das empresas. Nesse período, a internet era um recurso utilizado essencialmente por acadêmicos e pesquisadores e tinha por finalidade a cooperação e compartilhamento das informações, o que foi se perdendo com a expansão do uso pelas empresas, seguido do uso pessoal.

A popularização da *internet* é recente e aconteceu basicamente na última década, ampliando as dimensões dos relacionamentos, práticas sociais e popularização da comunicação humana (BARBOSA *et al.*, 2009). Por ter acesso fácil e rápido, representa

grande fonte de conhecimento das informações para a população, uma vez que rompe as fronteiras geográficas e culturais, trazendo as informações para o “agora” e em “tempo real”.

A *internet* tornou-se uma importante ferramenta na disseminação do conhecimento. O Brasil está entre os cinco países que mais buscam conhecimentos sobre saúde na *internet*, resultando na automedicação e autodiagnóstico (OLIVEIRA; GOLONI-BERTOLLO; PAVARINO, 2013). De acordo com Grilo (2010), no passado as informações acerca da saúde eram transmitidas apenas pelo profissional médico, que orientava e indicava tratamento adequado. Com a facilidade de acesso a *internet*, os pacientes têm buscado informações e esclarecimento de dúvidas através deste meio de comunicação. Desta forma, a população assumiu um papel mais questionador e menos passivo, transformando a relação médico-paciente.

No entanto, existem muitas informações imprecisas e superficiais. Desta forma, é importante que os usuários identifiquem fontes confiáveis e seguras de informação. Quanto mais fundamentadas forem as informações contidas em *sites* sobre saúde, maior a confiabilidade dos usuários, minimizando informações errôneas e sem respaldo científico para a população.

No ano de 2008, o Comitê Gestor da Internet no Brasil, publicou um estudo em que 17,52% das pessoas buscam informações sobre saúde na internet (PORTAL, *et al*, 2009). Todavia, no que se refere à saúde, é importante avaliar as informações contidas nos sites, uma vez que, as informações podem fazer parte de um relato de experiência e não apresentar respaldo científico. Assim, como são veiculadas informações coerentes e verídicas, o contrário também acontece, fazendo com que boatos e fatos inverídicos sejam difundidos (PORTAL, *et al*, 2009).

Esses fatores tornam difícil a avaliação do usuário, no que se refere à confiabilidade das informações expostas, quando utilizar ou rejeitar. Em uma revisão sistemática, foi identificado que 70% da qualidade das informações sobre saúde na *internet* é baixa. Cenário que não é diferente nas informações sobre drogas de abuso (EYSENBACH, ano indisponível, *apud* PORTAL *et al.*, 2009).

Ao final de 1989, foi instituído a AHCPR (*Agency for Health Care Policy and Research*) com o propósito de preservar a eficácia dos serviços *online* sobre saúde. Em 1995, foi criada uma ONG, Fundação HON (*Health On the Net*) cuja finalidade era a avaliar páginas de saúde na *Web*, focando na credibilidade das informações. O código de conduta

HON tem como base oito princípios: autoridade, complementaridade, confidencialidade, atribuições, justificativas, transparência na propriedade, transparência do patrocínio e honestidade da publicidade e da política editorial (OLIVEIRA; GOLONI-BERTOLLO; PAVARINO, 2013). Ainda conforme estes autores, desde 1996, especialistas como Ciolek e Harris, têm reunido esforços para estabelecer critérios para avaliar as informações contidas nos *sites*. Com essa finalidade foi desenvolvido CARS (*Credibility Accuracy, Rationality Support*) - Credibilidade, Acurácia, Racionalidade e Suporte, que ressaltam itens como origem e veracidade do conhecimento difundido.

A aplicação do uso da *internet* em saúde no Brasil possui alguns obstáculos, a exemplo da falta de alfabetização dos usuários. A formatação textual apresentada pelos sites exclui uma parcela significativa da população. Para melhorar a qualidade das informações, o CREMESP (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) preparou um documento com finalidade semelhante a CARS. Bem como, o Centro de Vigilância Sanitária, elaborou um documento, para possibilitar a quem faz uso da *internet*, acessar adequadamente o conteúdo disponível (OLIVEIRA; GOLONI-BERTOLLO; PAVARINO, 2013).

3.OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as informações contidas nos *sites* de instituições que prestam assistência aos dependentes químicos, discutindo sua capacidade informativa para as famílias dos usuários.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Delinear o perfil das instituições que possuem *sites* na *Web*;
- Descrever modalidades terapêuticas e equipe técnica;
- Descrever características dos sites.

4. DELINEAMENTO METODOLÓGICO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo consiste em uma análise documental, utilizando um modelo informétrico, nas bases de dados do *google* ([http:// www.google.com.br](http://www.google.com.br)), por ser um dos principais mecanismos de busca nacional e internacional disponíveis na internet. Os objetos alvos foram os *sites* das clínicas que oferecem assistência ao dependente químico e seus familiares. Foram utilizadas informações disponíveis nos sites das instituições que tratam a dependência química em todo o território nacional do Brasil.

Como delineado por Moreira (2005), a análise documental consiste em:

“Identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e, nesse caso, preconiza-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos. A análise documental deve extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento, além da contextualização dos fatos em determinados momentos” (SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2012).

Por se tratarem de dados públicos, não foi necessária autorização prévia das instituições para os procedimentos metodológicos, embora os nomes das clínicas e quaisquer outros dados que pudessem identificá-las foram omitidos, a fim de evitar possíveis conflitos de interesse e impactos negativos para a imagem das mesmas.

4.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA

O estudo utilizou um formulário padrão desenvolvido pela autora do trabalho (Apêndice 1). Os dados foram obtidos em buscas realizadas via Web, utilizando o buscador do google, por ser o mais popular. As palavras chaves utilizadas para as buscas foram: clínica, dependência química, tratamento, alcoolismo, internação, família, transtornos relacionados ao uso de substâncias, internação compulsória de doente mental, cocaína/crack, informação em saúde na *internet*.

Critérios de inclusão: Todos os *sites* que estavam acessíveis no portal de hospedagem de *sites* do Google que disponibilizam informações sobre o tratamento da dependência química em todo o território nacional e possuíam conteúdo em língua portuguesa.

Critérios de exclusão: *Sites* que não continham detalhamento suficiente sobre os serviços oferecidos e os que estiveram fora do ar por manutenção, após três tentativas consecutivas de acesso.

A pesquisa foi realizada por uma única pesquisadora, em *sites* de instituições que tratam o dependente químico e seus familiares, com dados disponibilizados pelos *sites* na internet, através do buscador *Google*, aplicando um formulário desenvolvido para este fim. A pesquisa aconteceu no período de maio a agosto de 2016, o número de *sites* visitados foi correspondente à quantidade disponível na *internet* durante o período. O endereço dos *sites* visitados não será divulgado na pesquisa para que não haja nenhum tipo de exposição das mesmas ou associação a algum tipo de ganho secundário.

4.3. ANÁLISE DOS DADOS

Foram recolhidos dados sobre o município, estado e região onde está localizada a clínica. Também foi identificada a natureza da instituição (se pública, privada com fins lucrativos ou privada sem fins lucrativos, conveniada à rede pública, incentivada ou não). No que se refere aos ambientes de tratamento, as instituições foram classificadas como: clínicas especializadas, CAPS, hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, hospital dia, enfermaria especializada, moradia assistida e ambulatório especializado.

Foram extraídos, de modo direto (quando disponibilizado) ou indireto, dados sobre o tempo de existência da instituição, o público alvo, serviços e procedimentos terapêuticos adotados, perfil do corpo técnico responsável pelos cuidados, modalidades de casos atendidos, modelos teóricos adotados pela instituição para a assistência tanto para o dependente quanto para os familiares. Para as clínicas que adotam a modalidade de internação, foram também coletados dados sobre o caráter voluntário ou não desta.

As respostas foram agrupadas por categorias, segundo o procedimento de Leite (2008), o que permitiu a construção de tabelas descritivas. Os dados quantitativos foram

apresentados também em tabelas ou gráficos e, quando possível, foram adicionadas análises estatísticas que puderam contribuir com o delineamento da pesquisa.

Os resultados do estudo foram confrontados com a literatura pertinente que foi examinada nos capítulos que precedem a sessão de resultados, definidos como partes da revisão da literatura para delineamento do estado da arte. Nestes capítulos, foram abordados a evolução dos estudos sobre a dependência química, os modelos teóricos de abordagem do problema, métodos de intervenção e sobre a família dos dependentes químicos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram visitados 98 *sites*, sendo que 31 não atendiam aos critérios de inclusão por não conterem detalhamento suficiente. A amostra final foi constituída por 67 sites de onde foram analisadas as variáveis do presente estudo. Neste capítulo serão apresentados e discutidos a caracterização das instituições (natureza, tipos e público alvo), as modalidades de tratamento, distribuição do corpo técnico, tratamentos disponíveis, intervenções terapêuticas, contribuição científica e localização.

Dos 67 sites pesquisados, cinco se destacaram pelo detalhamento das informações contidas, equipe multidisciplinar apresentando nome, mini currículo e conselho a que pertencem os profissionais e maior qualidade e quantidade de fotos do espaço. Não parece coincidência que essas instituições sejam as mais reconhecidas e percebidas como referência para o tratamento da dependência química no Brasil. Este fato confirma a hipótese de que a transparência, abrangência e qualidade dos dados disponíveis nos *sites*, se correlacionam diretamente com o reconhecimento pela comunidade interessada no tema, ratificando a importância da comunicação para a saúde.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES PESQUISADAS

A Figura 1 demonstra os percentuais atribuídos quanto à natureza das instituições. Observa-se a seguinte distribuição: 36 são apenas particulares, 17 são particulares e aceitam convênios, 10 não citam, três são instituições sem fins lucrativos e uma é de natureza particular, que aceita convênio e oferece vaga social. Este achado demonstra a necessidade crescente de tratamento do dependente químico, no que se refere ao processo de internamento⁷, geralmente último recurso a ser utilizado pelo próprio dependente e/ou familiar.

Uma instituição de natureza privada é aquela que é mantida por pessoas físicas sem auxílio financeiro governamental, enquanto que uma instituição pública é mantida pelo governo. Como mostra o gráfico, a maioria das instituições é mantida por aqueles que a frequentam, os dependentes químicos e seus familiares. Uma hipótese, aqui levantada, é a da

⁷ Marcação da autora.

mercantilização da doença, que faz com que muitos centros de cunho privado sejam abertos para acolher essa demanda que vem crescendo e que o governo não tem capacidade de cobrir.

Apenas uma instituição disponibilizava vaga social, entretanto, dentro de um serviço privado, que é conveniado aos planos de saúde, o que pode indicar que o processo de internamento é realizado por quem detém uma certa faixa de recurso financeiro. No Brasil, a manutenção de plano de saúde representa um gasto elevado no orçamento familiar, assim como arcar com o custo financeiro da internação. Este fato sustenta as desigualdades sociais e privilegia o tratamento de qualidade apenas para detentores do poder econômico.

Historicamente, a assistência médica individual era um direito reservado aos trabalhadores, que tinham emprego formal e contribuía com a previdência social. Aqueles que estavam fora desse grupo eram vistos como indigentes que dependiam das organizações filantrópicas. A Constituição de 1988 cita a universalidade do acesso entre seus princípios; pautada na seguinte afirmativa: “a saúde é direito de todos e dever do estado”. Desta forma, garante, teoricamente, saúde para todos sem distinção de sexo, raça ou classe social (SOUSA, 2014).

Entretanto, na prática, percebe-se uma negação deste direito, seja por ausência de vagas no setor público ou ainda, pela carência de recursos físicos e humanos. Esses fatores contribuem para a ampliação dos serviços privados, como bem se observa na prática e na citação de Sousa (2014):

[...] compreendendo que a universalização de forma restrita, considera que a cobertura de saúde pelo sistema público não comporta a totalidade da população, pois onera, sobrecarrega financeiramente o Estado. Portanto, este deve se responsabilizar pelos mais pobres, e os demais devem ter acesso proporcionado pelo mercado. Nesse sentido, o Estado só deve intervir residualmente, de forma focalizada, dualizando o acesso: o público para os que não podem pagar e o privado para os que têm condições de comprar (SOUSA, p. 228, 2014).

Das instituições avaliadas, apenas três se intitulavam sem fins lucrativos. Estas são definidas como entidade de direito privado, onde pessoas se unem pelo mesmo propósito sem finalidade lucrativa (Quadro 5). As entidades sem fins lucrativos constituem sua existência legal a partir do seu Registro de Pessoa Jurídica (art. 114 da Lei nº 6.015, de 31/12/73). Caso todos os requisitos legais sejam atendidos, essas entidades podem ser isentas de impostos. Portanto, seus dirigentes não podem ser remunerados e os recursos financeiros recebidos,

precisam ser aplicados no desenvolvimento e manutenção do que inicialmente foi proposto (MELCHOR, ano indisponível).

Quadro 5 – OBJETIVOS DA ASSOCIAÇÃO SEM FINS LUCRATIVOS

- a) Associações de classe ou de representações de categoria profissional ou econômica;
- b) Instituições religiosas ou voltadas para a disseminação de credos, cultos, etc.;
- c) Entidades de benefício mútuo destinadas a proporcionar bens ou serviços a um círculo restrito de associados – ex: clubes esportivos, centrais de compras, associações de bairro, moradores etc.;
- d) Associações com objetivos sociais que observam o princípio da universalização dos serviços – ex: promoção de assistência social, promoção da cultura, patrimônio histórico e artístico, promoção gratuita da saúde e educação, preservação e conservação do meio ambiente, promoção dos direitos humanos.

Fonte: <http://associacaosemfinslucrativos.org.br>

A sociedade atual é cada vez mais capitalista e o lucro financeiro é visto com “bons olhos” e almejado pela maioria, razão pela qual, não existam muitas instituições que não objetivem algum retorno financeiro, como demonstra a Figura 1.

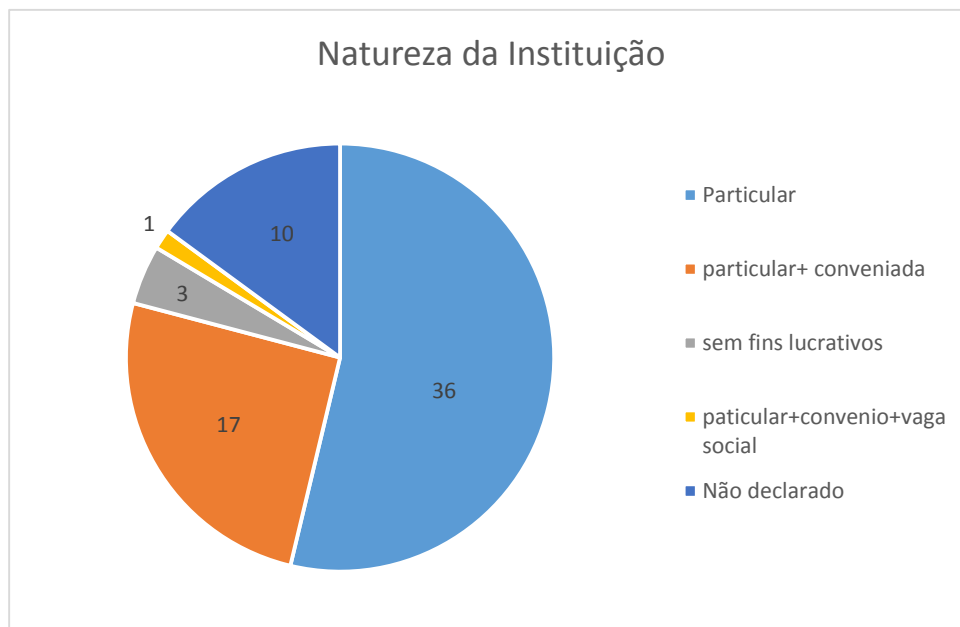


Figura 1 – Natureza da Instituição

Fonte: Banco de dados da Dissertação de Mestrado de Gomes, L.B.S.; 2017

5.2 MODELOS DE INTERVENÇÕES

Com relação à intervenção, a maioria não cita o modelo aplicado e, dos 67 *sites* visitados, 21(31,34%) citam a abstinência. Apesar de esta informação não aparecer de forma explícita, na prática clínica, ao se declarar instituição de internação, indiretamente supõe-se a abstinência como modelo de intervenção. O fato de a maioria dos tratamentos oferecidos para a dependência química ter como base a abstinência, dificulta sua adesão espontânea pelo voluntário, sendo mais frequente a internação por desejo da família. Uma possibilidade para o tratamento voluntário talvez fosse a estratégia de redução de danos, que poderia garantir uma rede de saúde pronta para acolher integralmente o dependente e ajuda-lo a consumir cada vez menos e a retomar o controle da situação (GIMBA, 2013). Todavia, percebe-se grande dificuldade de encontrar evidências objetivas sobre resultados seguros desta modalidade terapêutica, o que poderia explicar o porquê do predomínio da internação.

Pode-se perceber uma diferença entre classes sociais, uma vez que a procura pelo serviço público é realizada por pessoas sem condições financeiras para pagar por um tratamento especializado. Aqueles que detém algum recurso financeiro investem nas clínicas especializadas, que são particulares em sua grande maioria (GIMBA, 2013). É possível que o tratamento ambulatorial gratuito nos CAP-AD produzam resultados tão relevantes quanto o das internações, mas a falta de investimentos em pesquisas sobre custo-efetividade destas modalidades, não permite que se avalie até o momento qual o melhor modelo intervencionista.

5.3 AMBIENTES DE TRATAMENTO

Durante a busca através da *Web*, os ambientes de tratamento que apareceram foram: Clínicas Especializadas (50), Hospital Dia (12), Comunidades Terapêuticas (10), Ambulatório Especializado (10) e Clínica Psiquiátrica (04), como demonstrado através da Figura 2.

Em relação aos ambientes de tratamento ou *settings* terapêuticos, pode-se observar que a maioria dos *sites* visitados se intitula por Clínicas Especializadas em Dependência Química (58%), o que permite concluir que a dependência química é vista como doença. Essa concepção foi sendo elaborada ao longo do século XX, deixando de ser vista como um problema moral e ganhando características de doença e que, portanto, necessita de tratamento adequado (OMS, 1977).

Com a evolução dos estudos nesta direção, a dependência química passou, aos poucos, a ser compreendida como doença biopsicossocial, ou seja, de natureza biológica, psicológica e social, apresentando sinais e sintomas clínicos específicos e que precisava de novos modelos de tratamento, como apontam Ribeiro e colaboradores (2004):

A partir dessa nova concepção, no entanto, passou-se a pensar além: o tratamento da dependência química carecia de abordagens capazes de motivar os indivíduos a ampliarem novamente seu repertório social, a buscarem novas maneiras de relacionamento com seu ambiente e novas habilidades sociais para lidar com o cotidiano, enfim, a construção de um novo estilo de vida. Desse modo, novas dimensões de tratamento foram desenvolvidas e indicadas, de acordo com a gravidade dos sintomas e do contexto social dos indivíduos (RIBEIRO; FINGLIE; LARANJEIRA, 2004, p. 461).

Com esta especificidade, surgiu a necessidade de organização de serviços para que atendessem a esse público, considerando o problema de modo mais amplo. A internação passou a ser o recurso mais utilizado uma vez que podia suprimir totalmente o uso e promover plasticidade no sistema nervoso e reorganizações neurofuncionais. Todavia, foi necessário adequar os serviços para que atendessem os usuários de SPAs, bem como sensibilizar a rede primária, no sentido de diagnosticar e encaminhar os pacientes (RIBEIRO; FINGLIE; LARANJEIRA, 2004).

O modelo adotado nos ambientes de assistência precisa, portanto, ser muito transparente para permitir o movimento de referência dos demais serviços e unidades de saúde. Uma avaliação de sua adequação é fundamental para o sucesso terapêutico no modelo da integralidade em saúde. Neste sentido, o planejamento (missão, visão, valores, objetivos, metas, atividades e cronogramas) e o enfoque terapêutico (ambiente, equipe profissional, tipo de tratamento) precisam ser explicitamente conhecidos. Características que definem o serviço disponibilizado devem ser expostas de forma sucinta, porém, clara (RIBEIRO; FINGLIE; LARANJEIRA, 2004). Nota-se, no entanto, a ausência de informações importantes na maioria dos *sites*. Os nomes dos profissionais da equipe técnica e tratamento oferecido, por exemplo, foram disponibilizados apenas por 15 *sites*.

Foi possível notar *sites* com a mesma “roupagem” visual, sugerindo ter sido elaborado pela mesma empresa e por um mesmo padrão de comunicação, com poucas características inovadoras. Esta semelhança confunde o visitante, que pode pensar que o site já foi visitado, quando se trata de uma nova instituição. Ainda referente à identidade visual dos sites visitados, foi observado que era composta essencialmente por imagens de locais amplos, arborizados e de natureza. As pessoas que aparecem nos *sites* geralmente são de cor branca,

aparecem sorrindo e bem vestidas, além da imagem de profissionais da área de saúde, usando jalecos. Também aparecem cenas de casais, famílias e atividades em grupos. Este cenário parece mais comercial do que interessado em comunicar aos clientes e profissionais conteúdos teóricos e científicos que respaldam a práxis.

Comunidades Terapêuticas representam 11% dos ambientes de tratamento. No Brasil, elas tiveram início na década de 50, com as observações de Maxwell Jones⁸. Seguindo as orientações estabelecidas pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde) que, no dia 30 de maio de 2001, aprovou as “exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas”.

Percebe-se, ainda hoje, a influência do modelo Synanon, onde a obediência aos coordenadores é exigida, havendo punições e até expulsão quando isso não acontece, assim como o trabalho braçal, o que pode gerar insegurança por parte daqueles que buscam auxílio.

Esses serviços, também conhecidos como comunidades terapêuticas ou serviços assemelhados, utilizam o modelo psicossocial de atenção à dependência química. Esse modelo destaca que o uso de álcool e outras drogas é um comportamento humano complexo: um impulso que varia conforme a pessoa, fatores sociais e culturais, como o ambiente em que vive, sua formação, sua família, as chances que teve na vida (ANVISA, 2002 p.11).

Estes locais, por oferecerem tratamento a baixo custo, são alternativas de internação para aqueles que não dispõem de condições financeiras. Não é possível generalizar e não considerar que existam CT's sérias e que desenvolvem um ótimo trabalho, com ética e compromisso.

Um importante canal de divulgação destes serviços é a *web*. Comumente, os *sites* divulgam fotos dos espaços oferecidos aos internos, desde as instalações externas até as acomodações. No entanto, dois *sites* acessados eram carentes de fotos e informações que pudessem identificar de forma clara as instalações, podendo gerar dúvidas e falsas expectativas sobre o serviço oferecido. A imersão total ou regime de reclusão pode ameaçar a confiança das famílias, ainda que existam controvérsias nas opiniões de pacientes, profissionais e famílias neste aspecto. Fotografias ajudam a minimizar o medo de maus tratos. Histórias de tratamentos dos DQ em instituições psiquiátricas, alvo de muitas críticas no passado, principalmente pelos métodos radicais aplicados, marcam as sociedades

⁸ Psiquiatra do exército inglês um modelo de tratamento baseado numa abordagem educativa, normatizados pela convivência social, inicialmente voltado para atender os soldados que sofreram traumas decorrentes da II Guerra Mundial sendo posteriormente, estendido para outras patologias.

contemporâneas. Esse passado permanece no inconsciente coletivo e dificulta a entrega e confiança nos serviços.

Uma dificuldade encontrada pelos familiares e dependentes é identificar quando se deve optar pela internação. Como a própria literatura traz, nem todos que fazem uso de SPAs são dependentes e, por isso, há necessidade do olhar de uma equipe especializada.

Outro ambiente que apareceu na pesquisa foi o Hospital Dia (HD) que consiste em um ambiente voltado ao cuidado do indivíduo sem precisar recorrer à internação. Neste ambiente, a posposta é que o paciente passe o dia, de maneira mais intensificada que o ambulatório, participando das atividades terapêuticas desenvolvidas pela equipe e, ao final, retorne para sua casa. Desta forma, o HD viabiliza a transição para o retorno às suas atividades cotidianas e resgate da autonomia. A frequência do atendimento varia conforme o caso de cada paciente e o plano terapêutico definido. Na pesquisa, dos 12 Hospital Dia que aparecem, nove funcionam dentro de clínicas especializadas, apenas três não funcionam em clínicas especializadas. Entretanto, vale ressaltar que todos eles são de cunho privado.

Os ambulatórios especializados são centros de tratamentos multidisciplinares, compostos por uma equipe de médicos, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiros e educadores, preparados no manejo da dependência química.

Esses serviços funcionam como referência para as unidades primárias de saúde e hospitais gerais e psiquiátricos. Também podem estar preparados para promover atividades de pesquisa, ensino, capacitação e prevenção. Desse modo, constituem não apenas um referencial terapêutico, mas também acadêmico e de saúde pública (JESUS, 2016 p.44).

Dos 10 ambulatórios especializados que aparecem nos achados dessa pesquisa, oito funcionam dentro de instituições particulares, ou seja, são ambulatórios privados. Estes ambulatórios não atendem ao grande público, não funcionando como referência de unidade primária a saúde. A figura abaixo, demonstra a distribuição dos ambientes de tratamento que foram identificados na pesquisa.

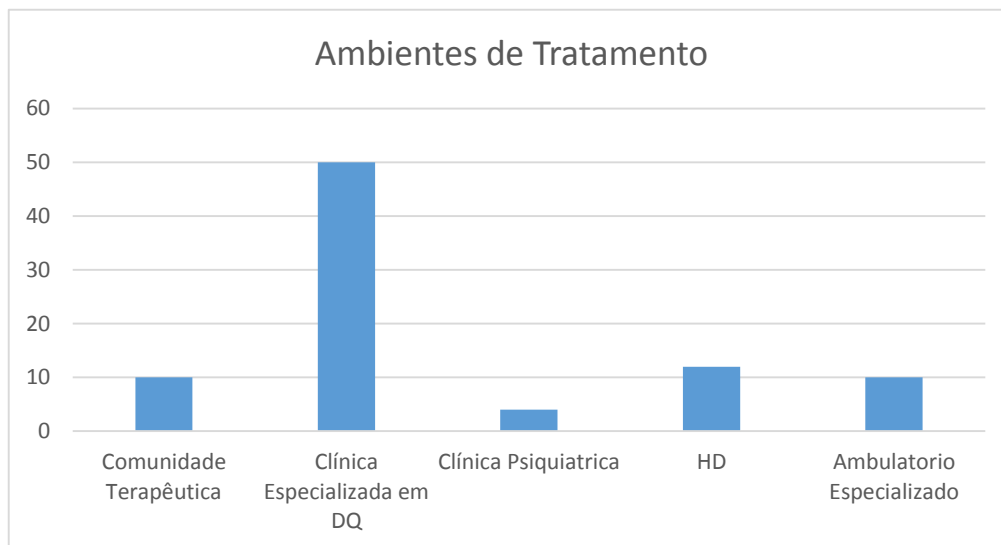


Figura 2 - Ambientes para tratamento de dependentes químicos.

Fonte: Banco de dados da Dissertação de Mestrado de Gomes, L.B.S, ;2017

5.4 PÚBLICO ALVO

A Figura 3 retrata o público alvo das instituições. A maioria das instituições, ou seja 31 (46,27%), é de internação mista e aceita homens e mulheres; nove são de internação masculina e apenas dois, são exclusivamente femininas. Nos *sites* de 25 (37,31%) instituições não são mencionados o público a quem se destinam. Isto significa que existe uma quantidade menor de vagas disponíveis para a internação exclusivamente feminina. Este achado pode ser justificado pela maior ocorrência ou procura por internamento para o sexo masculino (BRASIL, 2014).

Em 2001, foi realizada uma pesquisa pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), onde se verificou que a prevalência de dependência do álcool é maior em homens (17,1%) que em mulheres (5,7%). Uma das hipóteses levantada por Finglie *et al.* (2010) é o sub-diagnóstico em mulheres, por estas procurarem mais os serviços não especializados com queixas sobre a saúde em geral e seu estado físico/psíquico, dificultando o diagnóstico adequado.

A procura pelos centros de tratamento para mulheres começou a partir da metade do século XX. Por conseguinte, os programas de tratamento foram elaborados, pensando no público masculino, com poucas considerações para as diferenças entre os gêneros. Outro ponto levantado é a sexualidade no contexto de dependência de drogas. É comum a mulher sofrer traumas e violência sexual, além do estereótipo de promiscuidade. Com receio de

juizamentos e estigmatização, a mulher tende a não buscar ajuda especializada (FINGLIE *et al.* 2010). Segundo estes autores, considerando as diferenças de gênero, a motivação para início do uso costuma ser um fator extremamente significativo para as mulheres, como, por exemplo, morte ou separação do cônjuge no uso do álcool e depressão, isolamento social, perda de peso, pressões familiares e profissional no uso da cocaína. As mulheres o fazem mais tardiamente, porém, apresentam rápida progressão dos sintomas. Já no sexo masculino, a motivação principal é a intoxicação.

Como fator de risco é apontado que as mulheres geralmente são levadas ao uso pelo companheiro, enquanto que os homens pelos amigos. As mulheres também apresentam algumas diferenças fisiológicas, fazendo com que sintam os efeitos das substâncias mais precocemente, a exemplo do álcool, pois apresentam menor quantidade de água no organismo, o que resultará numa alcoolemia maior. Todavia, o estudo sobre essas diferenças de gênero e uso de drogas, ainda é pouco explorado (SEIBEL, 2010).

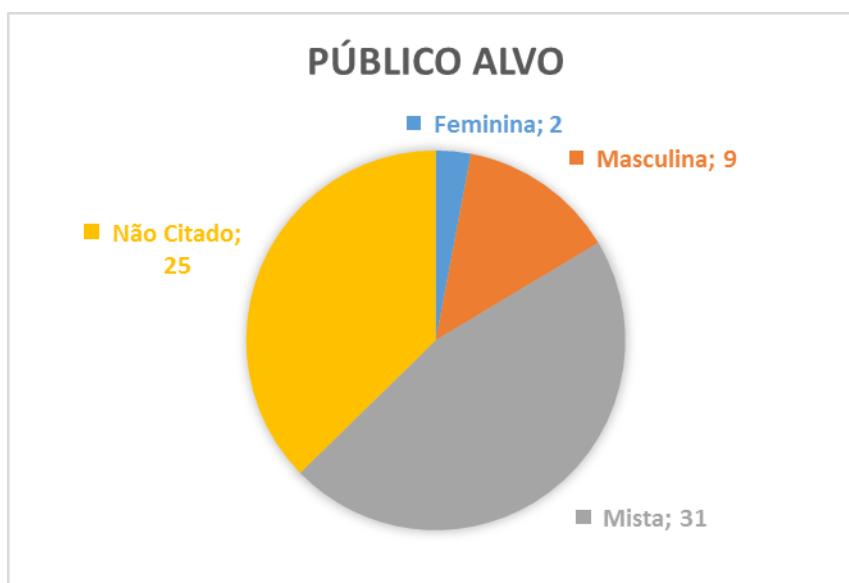


Figura 3: Distribuição quanto ao público alvo.

Fonte: Banco de dados da Dissertação de Mestrado de Gomes, L.B.S, ;2017

Um maior benefício é observado no tratamento das mulheres quando estas são internadas em programas exclusivamente femininos, atendendo a necessidades específicas, como melhora da autoestima, da relação familiar, questões de âmbito emocional, relação mãe-filho (SEIBEL, 2010).

5.5 MODALIDADE DE TRATAMENTO

Os *sites* pesquisados apresentam uma predominância de instituições de internamento total, onde o dependente fica imerso, através de reclusão durante um determinado período, que varia de acordo com cada instituição. A maioria, ou seja 58 (86,57%) das instituições adota a internação voluntária, 46 (68,66%) trabalham com a modalidade involuntária, 21 (31,34%) com desintoxicação e ambulatório, 16 (23,88%) Hospital Dia e cinco (7,46%) são de prevenção.

O internamento sofre muitas críticas, sendo mal visto por parte dos profissionais que atuam nessa área e percebido como retrocesso, fazendo menção a institucionalização da loucura, como acontecia antes da Reforma Psiquiátrica (JESUS, 2016). Segundo a Lei 10.216/2001, existem três modalidades de internação psiquiátrica; Voluntária, Involuntária e Compulsória. A compulsória ocorre por determinação judicial de acordo com a legislação vigente e surgiu no Brasil na década de 90, na tentativa de minimizar os efeitos adversos daqueles que usavam o crack.

A declaração da internação voluntária, na qual o indivíduo solicita seu internamento, assina um termo concordando com a internação e reconhece que há um problema de saúde e precisa de ajuda especializada, provoca dúvidas quanto à veracidade, uma vez que se sabe o quanto é difícil abdicar do prazer. Seriam necessários auto avaliação, reflexão, mudança de comportamento, reinserção social e familiar. Embora seja ideal, acredita-se que poucos indivíduos conseguem ter este nível de força de vontade. De todo modo, o término do processo deve ser validado pelos profissionais que o acompanham.

A internação involuntária aparece como segunda categoria mais comum. Nesta modalidade de internação, o indivíduo, apesar de apresentar risco iminente de vida e/ou morte a si e a outrem, não deseja tratar-se, sendo necessária a intervenção familiar. Nesse caso, é imprescindível a comunicação da internação ao Ministério Público em até 72 horas, bem como sua alta. O objetivo é preservar a vida do dependente, desintoxicar e sensibilizar sobre a necessidade de aceitação do tratamento, considerando a dependência química como doença. A pesquisa realizada através dos *sites* não tem condições de avaliar se o cumprimento dessas determinações acontece na prática.

Com o advento do crack, muitos profissionais se colocaram a favor da internação, passando a enxergar aspectos positivos. O momento da internação precisa ser cuidadosamente avaliado. Um dos aspectos a serem considerados é saber o momento certo de internar, para

que esta não vire uma forma de coação, punição, chantagem ou abandono (GIMBA, 2013). Este é um ponto delicado entre os teóricos no tema e causa polêmicas entre profissionais da área. De um lado, uma corrente que defende a internação; do outro, críticos afirmam que não há dados suficientes que comprovem que essa intervenção surte o efeito desejado da recuperação.

Vale ressaltar que a internação se torna uma possibilidade quando o sofrimento da família é intenso, acompanhado de cansaço físico, mental e emocional. Além disso, o isolamento social e até familiar pode ser uma medida extrema de tentativa de afastar seu ente das drogas (CUNHA, 2006). A prática clínica mostra que o DQ tem uma ambivalência no processo de busca pelo tratamento e, quando aceita a internação, acaba pedindo para ir embora diante da primeira frustração ou quando sente desejo de usar, resultando no retorno ao uso de drogas e mais internações. É comum observar que, a internação quando voluntária é motivada por algum ganho/benefício secundário, como melhorar sua condição física para ao sair continuar o uso, tentativa de conseguir barganhar algo com a família ou falsa expectativa de recuperação.

Outras modalidades de tratamento que surgiram na presente pesquisa, embora em menor proporção, foram a *Desintoxicação*, a *Prevenção* e a *Residência Dia*. No primeiro, o paciente interna em média de quinze a trinta dias, com o objetivo de melhorar fisicamente, fazendo um recesso no uso da substância. Na prática clínica, observa-se com frequência a recaída, visto que, esse processo tem por objetivo a preservação da vida, não havendo envolvimento real com processo de recuperação e percebe-se a falta de conscientização da doença.

A *Prevenção*, geralmente acontece para aqueles pacientes que não querem retornar ao uso de drogas e identificam os riscos disso acontecer, buscam o serviço como forma de proteção, podendo recorrer à internação. Esta costuma durar entre sete e quinze dias, no modelo residência dia ou ambulatorial. Todos esses serviços irão auxiliar à não recaída do indivíduo, promovendo a reflexão e identificando os fatores de riscos para uma possível recaída.

Na modalidade de *Residência Dia*, o paciente passa o dia na instituição participando das atividades, e o objetivo é auxiliar o retorno ao engajamento social, familiar e ocupacional. Ressalta-se que não há um serviço melhor que outro e sim, pacientes que indicados para cada serviço, por exemplo, um indivíduo pode iniciar seu processo em regime de internação e depois migrar para HD, dando continuidade ao seu processo de tratamento, potencializando sua recuperação e manutenção da abstinência.

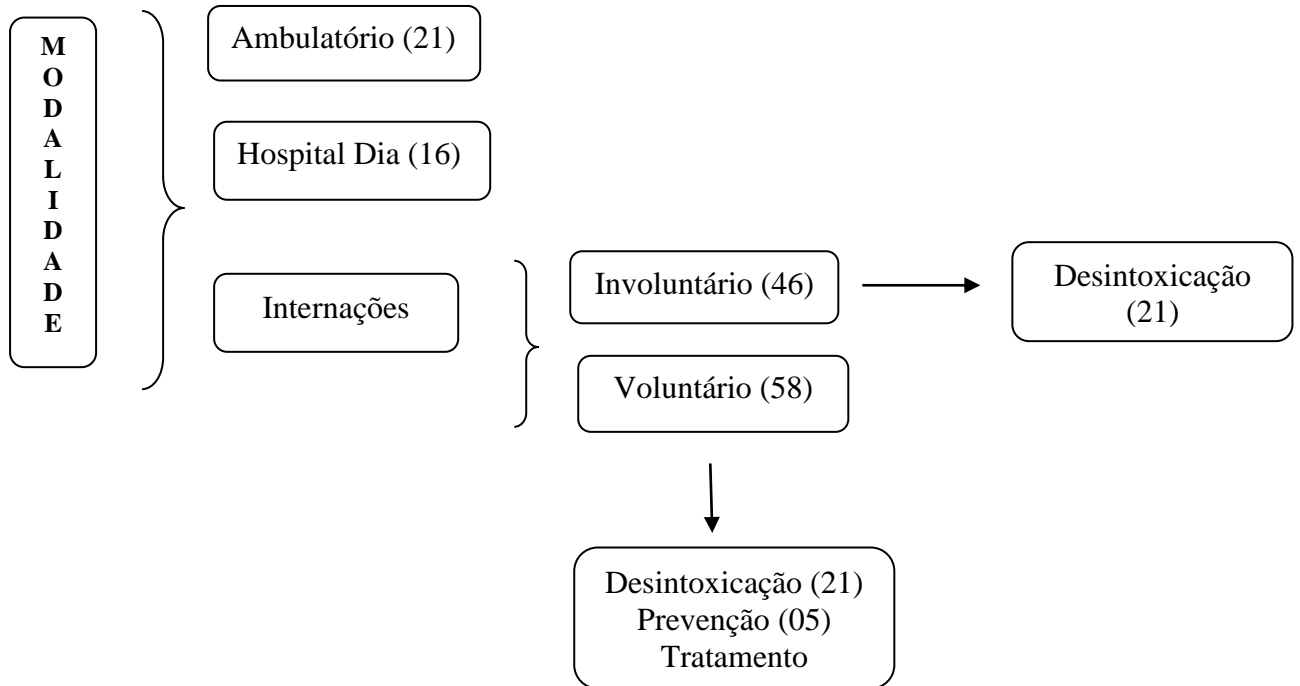


Figura 4: Distribuição quanto à modalidade e possibilidade de tratamento

Fonte: Banco de dados da Dissertação de Mestrado de Gomes, L.B.S.; 2017.

A modalidade de tratamento deve ser definida a partir da necessidade de cada indivíduo, levando em consideração o grau de comprometimento e envolvimento com a(s) substância(s) utilizada(s).

5.6 EQUIPE TÉCNICA

Existem muitos profissionais que trabalham no contexto da dependência química. As equipes são compostas de acordo com a complexidade e demandas de cada ambiente, por exemplo: uma clínica especializada, é um ambiente que comporta uma equipe multidisciplinar, enquanto que, a comunidade terapêutica pode desenvolver seu papel com um profissional de saúde e os demais serem grupos de ex-usuários em recuperação.

As equipes técnicas das instituições pesquisadas são compostas de maneira expressiva por psicólogos (92,5%), enfermeiros (83,5%), psiquiatras (80,5%), nutricionistas (52,2%) e terapeutas ocupacionais (44,7%). Apenas 8,9% eram psicopedagogos, 4,4% de arte-terapeutas, 2,9% de oficinairo/professor de artes e 1,4% de fisioterapeutas (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição do corpo técnico

Profissionais		Sim
Psicólogo	62	92,5%
Enfermeiro	56	83,5%
Psiquiatra	54	80,5%
Nutricionista	35	52,2%
Outros	33	49,2%
Conselheiro em DQ	32	47,7%
Clinico	31	46,2%
Terapeuta Ocupacional	30	44,7%
Apoio	28	41,8%
Educador Físico	28	41,8%
Tec. Enfermagem	22	32,8%
Administração	20	29,8%
Assistente social	16	23,8%
Acompanhante		10,4%
Terapêutico	7	
Psicopedagogo	6	8,9%
Arteterapeuta	3	4,4%
Oficineiro/Artes	2	2,9%
Fisioterapeuta	1	1,4%

Fonte: Banco de dados da Dissertação de Mestrado de Gomes, L.B.S.; 2017.

Para garantir a qualidade de um serviço, é importante que a equipe técnica esteja estruturada e capacitada para desenvolver as atividades propostas. Nesse ponto, uma equipe especializada é fundamental para indicar o melhor tratamento para cada caso, observando as especificidades e particularidades de cada sujeito. Um médico generalista, por exemplo, pode não saber identificar a necessidade do paciente, orientando a internação, quando o tratamento ambulatorial traria resultado satisfatório. Aqueles que buscam um serviço especializado, querem saber quem são os profissionais que compõem a equipe técnica (FINGLE *et al*, 2004).

Com relação aos profissionais que compõem o corpo técnico, a maior parte das instituições afirma ter psicólogos em sua equipe, que buscam auxiliar no processo de autoconhecimento do indivíduo. O olhar desse profissional é direcionado ao sujeito e suas demandas específicas, ajudando o dependente a voltar a ser produtivo na sociedade e no ambiente familiar. Deste modo, os processos são mais assertivos com suas questões subjetivas e os mecanismos que disparam o desejo do uso (FINGLE *et al*, 2004).

O enfermeiro, como observado na pesquisa, também está cada vez mais presente nesse contexto, realizando triagens, procedimentos pertinentes ao tratamento, manejo medicamentoso, conforme orientação médica e até aconselhamentos e abordagens grupais.

O médico psiquiatra é o responsável pelo diagnóstico e prescrição da medicação, que é benéfico e auxilia no manejo da fissura e tratamento de co-morbidades, sendo indispensável no contexto de saúde mental (FINGLIE *et al*, 2004). Dos 67 sites pesquisados, 13 (19,40%) não referem a participação de médico psiquiatra na equipe. Destes, 11 (16,41%) são instituições privadas e oito (11,94%) fazem internação. Com a ausência do psiquiatra surgem alguns questionamentos: Como é realizada a avaliação médica e quais os critérios para internar? Existe esse profissional na instituição? Ou a informação não foi disponibilizada?

O nutricionista, que atua em mais de 50% das instituições pesquisadas, é o profissional da área da saúde que orienta a alimentação a ser oferecida aos pacientes das instituições de saúde, educação e trabalho. De acordo com o Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), o nutricionista tem como função contribuir para a saúde dos indivíduos e da coletividade por meio da orientação da dieta. Alimentos ricos em nutrientes que auxiliam a regeneração nervosa são fundamentais para pessoas com doenças degenerativas progressivas, como no caso do DQ.

Dependentes que estão em processo de recuperação, podem atuar como Conselheiro em Dependência Química para auxiliar outros diante desta problemática. Esse “profissional” teve início nas experiências de alcoólicos que estavam em recuperação e passaram a frequentar o *Willmar State Hospital*, para ajudar outros alcoólicos, em Minnesota (EUA). Posteriormente, foi chamado de Modelo Minnesota (BURNS, 2002).

O profissional da área de saúde que atua, planejando e organizando o cotidiano, utilizando a atividade como recurso terapêutico é o Terapeuta Ocupacional. Segundo a *World Federation of Occupational – WFOT* (1993), “Terapia Ocupacional visa atender às demandas do ambiente de trabalho, social, pessoal e doméstico do indivíduo”.

O Educador Físico é responsável por organizar e supervisionar os exercícios físicos, auxiliando na execução dos mesmos. O Técnico de Enfermagem, auxilia o enfermeiro e atua na prevenção, tratamento e reabilitação/recuperação dos pacientes. Outros profissionais atuam no apoio, dando suporte às categorias técnicas que trabalham na instituição, na tentativa de minimizar comportamentos transgressores, através da observação (FINGLIE *et al*, 2004). Já o planejamento das estratégias e gerenciamento do cotidiano da empresa é realizado pelo administrador. O Acompanhante Terapêutico é um profissional da saúde ou da educação que atua como suporte promovendo autonomia e reinserção social, podendo realizar atendimentos em casa ou diversos locais da cidade.

Arteterapeuta é o profissional que utiliza a arte como recurso terapêutico, trazendo a possibilidade real de plasmar no material os conteúdos psíquicos, tendo a oportunidade de

visualizá-los, confrontá-los e assim integrá-los de maneira consciente, utilizando a arte como meio mobilizador (MACIEL, 2012).

Os profissionais que não tiveram uma representação significativa foram o fisioterapeuta e o oficinairo, também chamado de professor de artes. A arte se faz imprescindível para que a alma ou a psique, se manifeste em sua simples complexidade e se desnude em imagens e fantasias criativas. Portanto, é importante o papel desenvolvido por esse profissional, proporcionando um caminho de recuperação através da arte, com novos horizontes e caminhos a serem percorridos. “O mundo não é dado, é posto e é percebido com significação” (READ, 1981).

Ao ser tratada como uma doença complexa entende-se que os recursos, inclusive o humano, no seu tratamento, precisam ser abrangentes, sendo muito mais completa uma equipe multidisciplinar, onde todos possam colaborar com olhares complementares sobre o processo, expandindo o conceito de tratamento. De acordo com Minayo (2010), a multiprofissionalidade se aplica quando uma situação de difícil resolução exige o conhecimento de vários especialistas, como é o caso da dependência química.

5.7 TRATAMENTOS DISPONÍVEIS

Os sites visitados trazem a informação que tratam dependência química e alcoolismo, em 39% e 37% respectivamente, e 14% afirmam tratar distúrbios psiquiátricos. Sendo observado que outros transtornos do impulso quase não são citados.

De maneira geral, quando se trata de dependência química, associa-se ao uso de drogas ilícitas. Foram incluídas nos *sites* pesquisados que as substâncias mais citadas foram maconha, cocaína e crack. O álcool é uma droga lícita, ou seja, pode ser consumida sem que haja nenhuma repressão ou preconceito, e é largamente incentivada pelas mídias sociais, que fazem propagandas apelativas, mostrando um cenário de alegria, prazer, pessoas bonitas e populares. Entretanto, os problemas associados a esta droga são antigos. Benjamin Rush foi pioneiro a observar que 30% dos pacientes internados em uma instituição psiquiátrica americana usava excessivamente o álcool. Thomas Trotter empregou o termo doença pela primeira vez, relacionando-o com o álcool, “o hábito da embriaguez é uma doença da mente”. Em 1976, foi proposto o conceito de síndrome de dependência alcoólica (SDA), utilizado até os dias atuais (FINGLIE *et al*, 2004).

O CEBRID conduziu um levantamento no ano de 1997 revelando os seguintes pontos:

- O álcool é a droga mais consumida entre os estudantes de 1º e 2º grau, bem à frente do tabaco.
- O uso é iniciado precocemente, cerca de 50% dos alunos na faixa etária dos 10 a 12 anos já fizeram uso do álcool.
- Cerca de 28,9% beberam até se embriagar, 28,6% tiveram contato na própria casa e 21,8 % oferecidas pelos pais e 23,81% influenciados pelos amigos.

Alguns teóricos defendem que o álcool, lícito e estimulado pelas mídias sócias, é a substância que mais mata. Os transtornos do controle impulso (TCI) são caracterizados pela dificuldade em controlar um impulso, sendo o mais conhecido o Jogo Patológico. Na pesquisa aparecem de modo sutil, sem grande destaque, jogo patológico, distúrbios alimentares, compras e amor patológico.

A impulsividade é descrita como uma característica do comportamento marcada por reações rápidas e não planejadas, em que a avaliação das consequências não é realizada, ou o é apenas de forma parcial, focando-se preferencialmente em aspectos imediatos em detrimento das consequências a longo prazo. A impulsividade também pode ser compreendida como um fenômeno dinâmico, um desequilíbrio entre as funções propelentes e inibitórias do comportamento. Por vezes, impulsos e desejos não apresentam alterações mórbidas, nem de intensidade, mas as inibições são pobremente estruturadas, ocasionando perda de controle periódica. Outras vezes se dá o contrário, os freios estão presentes, porém os impulsos são vividos de forma intensa e, de forma recorrente, superam a inibição (TAVARES, ALARCÃO p.19).

Vive-se numa sociedade onde o acesso às informações, serviços e créditos é quase que instantâneo, em razão disso, tudo é de forma imediata, a ponderação e o autocontrole, tornou-se um desafio na atualidade, a sua perda é representada pelos transtornos do controle impulso, sendo o mais conhecido deles o Jogo Patológico (TAVARES, ALARCÃO, 2008).

A DQ e o alcoolismo foram os principais motivos para a busca do tratamento (Figura 5), seguidos de distúrbios psiquiátricos.



Figura 5: Distribuição com relação aos tratamentos disponíveis

Fonte: Banco de dados da Dissertação de Mestrado de Gomes, L.B.S.; 2017.

5.8 TÉCNICAS E ABORDAGENS MAIS UTILIZADAS

Com relação às técnicas e abordagens utilizadas nas instituições pesquisadas, 7 (10%) descreve realizar terapia individual, indicação quase que unânime para pessoas que sofrem com abuso/dependência de álcool e outras drogas, seguidos de terapia grupal (9%).

Segundo as informações disponíveis nos *sites* das instituições visitadas, a orientação familiar é oferecida por 44 instituições, o que corresponde a 66% da amostra. Entretanto os *sites* não contêm detalhamento sobre a metodologia destas orientações para as famílias. Muitos sugerem que as famílias busquem grupos de mútua ajuda (Al-Anon, Nar-Anon e Amor Exigente) como suporte. As palestras psicoeducativas são viabilizadas em apenas 35 (37%) das instituições pesquisadas (Figura 6).

A seguir, será apresentada uma breve descrição das abordagens mais utilizadas apontadas nesse estudo e descritas na literatura como sendo utilizadas na maioria dos ambientes de tratamento disponibilizados no Brasil:

Terapia individual - tentativa de compreender os elementos psicológicos que que dão manutenção ao uso, utilizando técnicas e abordagens no intuito de favorecer o aumento da sua capacidade de compreensão de si e do mundo que o cerca, assim como lidar com a frustração sem recorrer ao uso da droga (SUPERA, 2009).

Orientação Familiar - A família precisa adaptar-se às mudanças internas e externas, à alteração comportamental de um membro reflete nos outros, de forma positiva ou negativa, o disfuncionamento relacional pode ser sinal de crise (JESUS, 2011).

Terapia Grupal – modelo importado dos grupos de alcoólicos anônimos, que se estendeu para outras atividades que não apenas as partilhas entre si. O problema do outro serve de espelho, podendo refletir nas questões do grupo, mobilizando temáticas pertinentes a esse público especificamente (SUPERA, 2009).

Dinâmicas de Grupo - tem por essência sensibilizar o grupo através de experiências corporais, lúdicas e vivências, levando a reflexão das suas ações, melhorar o entrosamento entre o grupo, avaliar as ações e reações dentro desse contexto grupal (SUPERA, 2009).

Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) – é baseada no modelo cognitivo e tem por objetivo solucionar problemas e modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais (BECK, 1997).

Prevenção da Recaída (PR) - tem por objetivo identificar situações de vulnerabilidade, evitar situações que possam provocar uma recaída e autogerenciar suas situações de risco e estados emocionais (MARLATT; GORDON, 1993).

Treinamento de Habilidades Sociais (THS) - tem como propósito aumentar a assertividade do indivíduo no manejo de situações estressoras que podem levar a uma recaída, consolidando estratégias de esquivas e recusa, auxilia a PR (MARLATT; GORDON, 1993).

Filmes Terapêuticos – tem por finalidade refletir sobre diversos temas, promovendo discussões e ampliação da consciência através da exibição dos filmes (VALE VIVER).

Atividade Física – colocar o corpo em movimento através da prática de atividades esportivas, jogos, brincadeiras, dança etc, promovendo equilíbrio e bem estar físico e mental.

Palestra Psicoeducativas – é a utilização de palestras e seus recursos áudio visuais como meio mobilizador, para abordar, refletir e discutir temas que envolvem a dependência química (VALE VIVER).

Ateliê/oficinas – consiste em despertar no indivíduo habilidades e criatividade, ajudando a ressignificar seu fazer, além de auxiliar a concentração, atenção, coordenação motora etc.

Saídas para AA/NA – tem o intuito de estimular a adesão dos pacientes aos grupos de mútua ajuda ainda em fase de tratamento.

Religiosidade/Espiritual - estão associados ao uso da Bíblia e dos 12 Passos com metodologia de tratamento.

Saídas Terapêuticas – acontecem ainda durante o processo de tratamento para ajudar a promover reinserção social e familiar do paciente.

Laborterapia – método onde se usa o trabalho manual como forma de terapia, afastando a ociosidade.

Orientação Vocacional – auxilia na escolha de uma profissão ou uma redefinição da mesma.

Estimulação Magnética - tem como objetivo reorganizar os circuitos cerebrais danificados pelas drogas.

Grupo de Terapia Ocupacional – utiliza a atividade como recurso terapêutico, trazendo a possibilidade do indivíduo expressar, processar, elaborar e redimensionar suas dificuldades.

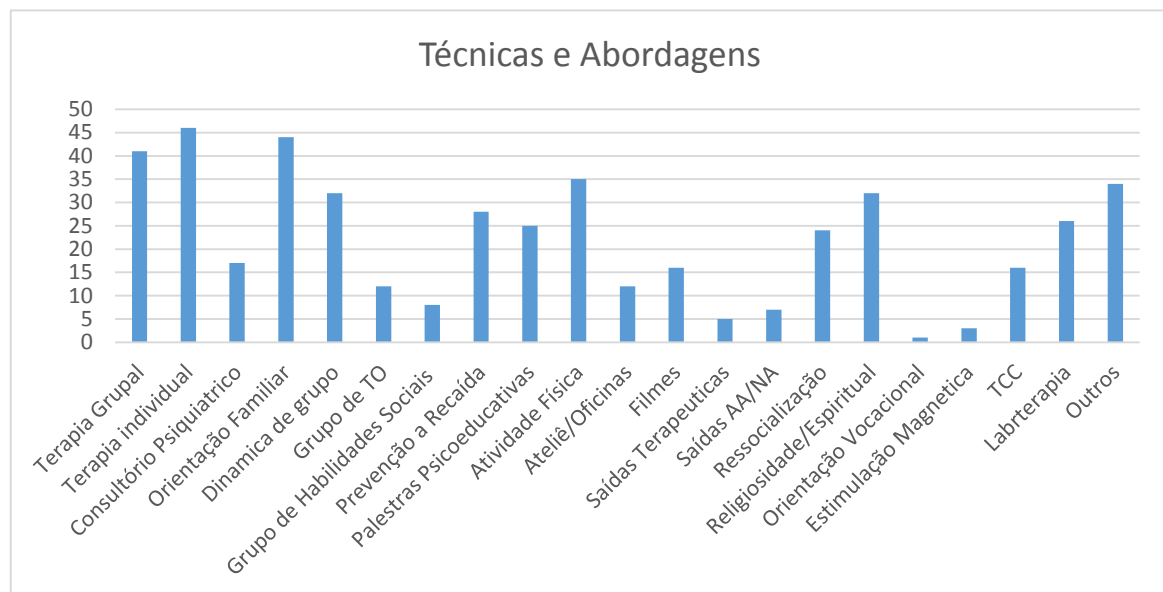


Figura 6: Intervenções e Técnica mais utilizadas

Fonte: Banco de dados da Dissertação de Mestrado de Gomes, L.B.S., ;2017

5.9 CONTRIBUIÇÃO CIENTÍFICA E DISTRIBUIÇÃO QUANTO AOS ESTADOS

Com relação à contribuição científica, 13 (19,40%) instituições afirmam ter publicações de artigos, quatro (5,97%), publicações de livros, quatro (5,97%) participam de congressos, três (4,47%) contribuem para a pesquisa científica, três (4,47%) contribuem no

ensino e duas (2,98%) oferecem cursos sobre dependência química. No universo das instituições pesquisadas, observa-se que a contribuição científica é insuficiente.

Uma prática bem aplicada possui boa fundamentação teórica, e é baseada em evidências científicas. Os profissionais, independente da área de atuação, que atuam diretamente ou estão perto do público alvo da pesquisa podem produzir conhecimento científico. Entretanto, muitos profissionais não têm um compromisso e/ou interesse pela pesquisa, restringindo-se apenas à prática clínica. Desta forma, como os resultados dos tratamentos oferecidos serão divulgados para que a sociedade conheça o resultado dessas intervenções?

Uma possibilidade é a associação com uma instituição de ensino e pesquisa, onde os pesquisadores teriam acesso à instituição para realizar as pesquisas, preservando o anonimato dos pacientes internados.

No que se refere a localização, o Brasil é dividido em vinte e seis estados federais, mais o Distrito Federal, que são subdivididos em regiões: Norte, Centro-oeste, Sudeste, Sul, Nordeste. Quanto à distribuição dessas instituições, a maioria está localizada no estado de São Paulo (37,31%), seguido de Minas Gerais (6,70%) como mostra a Figura 8. Desta maneira, a maior concentração de instituições está localizada na região Sudeste.

Existe uma lacuna em muitas partes do país que não aparecem na pesquisa, a exemplo da região norte, na qual não foi identificada nenhum *site* referente a clínicas para DQ. Apesar disso, o SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica) do Ministério da Saúde disponibiliza uma lista com todos os CAPS habilitados no Brasil. Percebe-se que na região Norte, há uma carência de atendimento se comparado a outras regiões, como mostra os gráficos das regiões Norte e Sudeste.

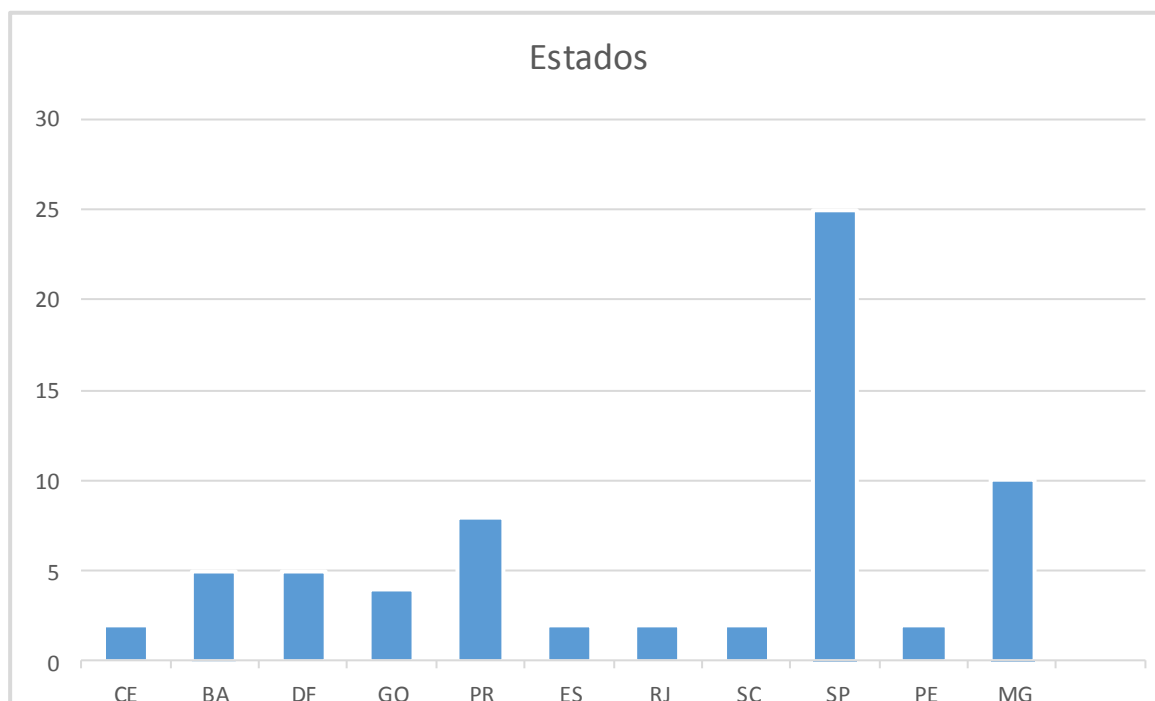


Figura 7: Distribuição quanto ao estado.

Fonte: Banco de dados da Dissertação de Mestrado de Gomes, L.B.S., ;2017

Dos 27 estados brasileiros, em apenas 11 foram encontradas informações disponibilizadas na *Web*. Um questionamento levantado é sobre a atenção aos dependentes químicos que residem na região norte, por exemplo: Como os dependentes são tratados? Ocorre uma migração para outros locais em busca de tratamento? As informações disponibilizadas ou a divulgação dos serviços existentes são insuficientes? Ou é um reflexo do que de fato acontece na prática? Por que persistem as assimetrias regionais apesar de todo o esforço que vem sendo feito para reduzi-las? Estes questionamentos ficam como sugestão para pesquisas futuras.

6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar esta pesquisa havia muitas incertezas, algumas convicções e conceitos já estabelecidos. O aprofundamento do estudo viabilizou a ampliação do olhar para a dependência química e seu tratamento, ampliando as perspectivas. Foi possível compreender o tratamento da dependência química além de técnicas, favorecendo a transformação e o crescimento pessoal, na construção da pesquisa.

O profissional que atua neste processo precisa desenvolver sensibilidade para compreender o ser humano em sofrimento. O tratamento pode ser a ferramenta de transformação, não apenas de um indivíduo, mas de uma família, que volta a fazer parte da sociedade, de uma forma mais saudável. O cuidado na perspectiva da integralidade precisa deste nível de abrangência.

Do mesmo modo que ocorreu com os pesquisadores envolvidos, o tratamento pode expressar simbolicamente o caminho a ser percorrido na busca do autoconhecimento, para que o que encontrava-se no nível da inconsciência tome forma e produza um transbordamento. Conteúdos aprisionados precisam vir à tona, transformando-se em portas e janelas, e proporcionando mudanças reais nas pessoas envolvidas que desaguem na resolução de conflitos. Esta consciência da dimensão e da responsabilidade profissional permite uma visão mais integral da atividade terapêutica, um caminho de crescimento mútuo, envolvendo todas as partes: dependente-família-equipe terapêutica.

Enquanto profissional que atua na área da dependência química, é necessário disponibilidade para escuta e conhecimento do indivíduo que se apresenta, não impondo ou exigindo soluções, respeitando o ritmo e os limites de cada um. É fundamental ser empático e receptivo. Caminhar junto, mediando e devolvendo situações que se apresentarem no *setting* terapêutico, através do fazer, facilitando a expressão de vivências, por vezes não verbalizadas.

Diante dos dados obtidos na pesquisa, abrem-se alguns os questionamentos: Como acolher as pessoas que necessitam de tratamento e não dispõem de recursos financeiros? Para onde vão essas pessoas? A quem recorrem quando precisam internar um familiar? Quais são as possibilidades de estratégias adotadas?

A pesquisa possibilitou a ampliação dos conceitos acerca da Redução de Danos. Em um país capitalista, no qual as pessoas visam lucro financeiro e o sucesso, muitas vezes, é medido por esse parâmetro, tudo “vira” número, inclusive o ser humano. Considerando que a

RD não foi citada como modelo de intervenção nas instituições privadas, levantam-se outras indagações: A estratégia de RD é benéfica em todos os casos? Ou é uma forma de contenção dos gastos públicos sem observar as reais demandas da população?

Considerando a RD como uma estratégia de saúde e não como um tratamento, como tratar um dependente químico no setor público? Seria esta estratégia adequada para dependentes do crack? Sabendo que estes dependentes perdem a capacidade de discernir certo e errado, são movidos pelo seu “vício”, se afastam da família e ficam à margem da sociedade? Entende-se que a internação nesses casos pode ser benéfica, afastando o indivíduo do uso contínuo, para que recupere sua capacidade de reflexão, que foi perdida ao longo do processo de adoecimento. Aqueles que precisam recorrer a internação de um familiar, a quem buscam? O que fazer diante do alto poder de dependência do crack, o envolvimento desses indivíduos com a criminalidade? Permitir que “tudo em casa seja fumado” ou buscar internamento?

De modo geral, as intervenções se contrapõem: Abstinência X Redução de Danos. A polaridade talvez seja um grande equívoco, pois não é uma luta ideológica para saber que estratégia é melhor, mas sim, qual estratégia se adequa para realidade especificamente daquele sujeito? Ao longo da pesquisa, percebe-se que, de modo geral, as intervenções e técnicas utilizadas geralmente são as mesmas. O que difere basicamente é a exploração de maior quantidade de técnicas e recursos em algumas instituições, associado a uma equipe mais ou menos ampla de profissionais de diferentes especialidades.

É fundamental a participação do familiar no tratamento, a fim de dar suporte e compreender o processo de recuperação de maneira global. De acordo com os resultados da pesquisa, a orientação da família é uma ferramenta utilizada para apoiar àqueles que participam do processo de adoecimento junto com o dependente. É importante compreender como acontece esta orientação e sua eficácia, o que esta pesquisa não consegue abarcar, bem como as intervenções técnicas utilizadas. As clínicas deveriam deixar claro o tipo de assistência que prestam às famílias, explicando procedimentos e frequência dos encontros, se em grupo ou individuais. Estas informações podem implicar em maior ou menor desejo de adesão familiar no processo de recuperação no caso da adicção.

De todo modo, o desenvolvimento da pesquisa foi um processo transformador. Além de compreender melhor as condições dos dependentes e de seus familiares, por ângulos ainda não explorados, foi possível reconhecer que a dependência química é um fenômeno altamente complexo e que informações para familiares e usuários que sofrem com o problema devem ser mais precisas e diretas, de forma a embasar e facilitar as tomadas de decisão.

A disponibilidade de informações na *internet* pode ajudar o indivíduo e a família no processo de escolha e direcionamento do tratamento adequado. A possibilidade de “visitar” várias instituições e conhecer suas práticas e serviços sem precisar de deslocamento ou exposição pode ser um facilitador neste processo tão complexo.

No entanto, a presente pesquisa revela que os dados disponibilizados nos *sites* das instituições que trabalham com dependência química ainda são insuficientes, não sendo satisfatório para esclarecer as dúvidas de quem precisa internar um familiar. De modo geral, apresentam *layout* semelhante, com imagens de famílias felizes, lugar amplo e arborizado. Os familiares não encontram dados suficientes que ajudem no momento da escolha da instituição, processo de tratamento e técnicas utilizadas.

A partir do que foi identificado, sugere-se a continuidade de outras pesquisas mais específicas neste tema, preferencialmente *in loco*, para ampliar o acesso a informações destas instituições especializadas e identificar a veracidade das informações que foram disponibilizadas através da *Web*, uma vez que ferramentas de *marketing* podem distorcer a realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AA – **Alcoólicos Anônimos**. Disponível em: www.aa.org.br. Acesso em 23/08/2016.

ABRAMS D.B., LEWIS D. C. Prefácio. In: MARLATT G. A. **Redução de Danos – estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. XIII – XVI.

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Normatiza o funcionamento de serviços públicos e privados, de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial para o licenciamento sanitário**. Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº101, de 30 de maio de 2001. Brasília; 2001.

BEATTIE, M. **Co-dependência nunca mais: pare de controlar os outros e cuide de si mesmo**, São Paulo: Record, 2003.

BECK, J. S. **Terapia Cognitiva: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BONADIO, A. N. Reabilitação Psicossocial. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Cols). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BURNS, Jonh. **O Caminho para os 12 Passos**. São Paulo: Loyola, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1998.

BRASIL, Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas-SENAD. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA. **Exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos do uso ou abuso de substâncias psicoativas**. Brasília: SENAD/ ANVISA, 2002.

BRASIL, Ministério as Saúde. Portaria nº 2.841 de 20 de setembro de 2010. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas – CAPS AD III., Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Justiça, **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. – 7. ed.** – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

BRASIL, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas: leitura recomendada para alunos a partir do 7º ano do ensino fundamental/** Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; conteúdo e texto original: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Brasília: Ministério da Justiça, 2013.

CARNEIRO, H. **Breve histórico do uso de drogas**. In: SEIBEL, S. D. Dependência de Drogas. 2º ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

CAZENAVE, S. O. S. **Toxicologia geral das substancias psicoativas**. In: SEIBEL, S. D. Dependência de Drogas. 2º ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

CGI.br. **Pesquisa sobre o Uso das Tecnologias da Informação e da Comunicação no Brasil 2009 – TIC Domicílios e TIC Empresas**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet, 2010.

CEBRID - **Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005** [Internet]. Brasília: SENAD; 2006 [capturado em 8 abr. 2011]. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br>.

CEZAR, M. **Drogas: a maior descoberta do homem**. São Paulo: Scortecci, 2008.

CHAMONE, Jorge. **Museu Didático de Imagens Livres**. Belo Horizonte, Ges.to, 1997.

CID-10 – **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** / Organização Mundial de Saúde. 5ª ed. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

CRUZ, M. S. **As redes comunitárias e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas**. – 3. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009. 48p.

CUNHA, I.L.G. **Família: Lugar de refúgio ou campo de batalha**. 8. Ed – São Paulo: Central Gospel, 2013. 175 p.

CUNHA, Wagner. **In-Dependência: aprenda a se livrar das drogas, saiba lidar com um dependente e veja se você estimula a co-dependência**. São Paulo: Idéia e Ação, 2006.

DUARTE, D. F. Uma breve história do ópio e dos opióides. **Rev. Bras. Anestesiologia**. vol.55, n.1, pp.135-146. 2005.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E.J.; COOK, C.C.H. **O tratamento do alcoolismo – Um guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

EDWARDS, G. **Alcohol – the ambiguous molecule**. London: Penguin Books, 2000.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Tradução de Ruth M. Klaus: 3ª. Centauro Editora, São Paulo, 2006.

FARIA, A. A. C.; BARROS, V. A. Tráfico de drogas: uma opção entre escolhas escassas. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v.23, n.3 , p.536-544, dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000300011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000300011>

FERREIRA, F.G.K.Y.; LUZ, J.A.; OBRZUT-NETO, L.; SANTOS, K.A. **Uma visão multiprofissional humanizada no tratamento da pessoa com dependência química em enfermaria psiquiátrica de um hospital geral no Paraná**. *Cogitare Enferm*, 2005.

FIGLIE, N.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Rocca, 2004.

GIMBA, M.F. **(Re) Construindo laços e projetos: mulheres usuárias de crack, relações familiares e vulnerabilidades**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea. Universidade Católica do Salvador-UCSAL, 2013.

GRILO, N. R. **Informação de Saúde na Internet: Quais as consequências?** Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina Universidade do Porto, 2010.

GOMES, W. B.; RIGOTTO, S.D. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 18, nº. 1, p. 95-106.

HEMFELT, R., MINIRTH, F.; MEIER, P. **O amor é uma escolha: Recuperação para relacionamentos co-dependentes**. Rio de Janeiro: Gandolfo, 1989.

HEIDEBREDER, C.A.; HAGAN, J.J. **Novel pharmacotherapeutic approaches for the treatment of drug addiction and craving**. Curr Opin Pharmacol, 2005.

JESUS, M. **O Tratamento da Dependência Química na Perspectiva da Psicoterapia Junguiana**. Trabalho de Conclusão de Curso – Psique. Manuscrito não publicado. Salvador, 2011.

_____, **Qualidade de Vida dos Familiares de Dependentes de Cocaína/Crack: percepções a partir das experiências dos internamentos**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea. Universidade Católica do Salvador-UCSAL, 2016.

LARANJEIRA, R. Neurobiologia da dependência química. In: FIGLIE, N.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Rocca, 2004.

LEITE, F. T. **Metodologia Científica: métodos e técnicas de pesquisa: monografias, dissertações, teses e livros**. – Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2008.

MACIEL, C.; CARNEIRO, C. **Diálogos Criativos entre a Arteterapia e a Psicologia Junguiana**. (org.). Rio de Janeiro: Wak, 2012.

MARLATT, G.A.; GORDON, J.R. **Prevenção da recaída**. Porto Alegre: Artmed; 1993

MEDEIROS, K.T. et al. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Psicol. estud.** Maringá, v. 18, n. 2, p. 269-279. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722013000200008&lng=en&nrm=iso. Acessos em 15 jul.

MINAYO, M. C.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 14(1):35-42, 1998.

MINAYO, M. C. S. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Emancipação**, Ponta Grossa, 10(2): 435-442, 2010.

MIRANDA, M.B.S. **Os sentidos das drogas na sociedade contemporânea: ecos entre os jovens e a família**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea. Universidade Católica do Salvador-UCSAL, 2007.

NA – Narcóticos Anônimos [site]. Disponível em: www.na.org.br.

NAKKEN, Craig. **A personalidade adicta**. ATT- Associação para o tratamento das toxicodependências, 1996.

NEIL, M. S., XAVIER, D. **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008.

NOVAES, M.A.F.P. Efeitos do uso da maconha na cognição e contribuições da neuropsicologia. In: CORDERO, D.C.; BUZI, N.; LARANJEIRA, R. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência química**. São Paulo: Roca, 2007.

OMS - Organización Mundial de la Salud. CID-10. **Transtornos mentales y del comportamiento**. Madrid: Meditor, 1992.

OLIVEIRA, F. O.; GOLONI-BERTOLLO, E. M.; PAVARINO, E. C. A Internet como fonte de Informação em Saúde **J. Health Inform.** 5(3): 98-102, 2013.

OSORIO, L.C. **Casais e famílias: uma visão contemporânea**. Porto Alegre: Artmed. 2002.

OLIVEIRA, A. As Peças e os Mecanismos do Crime Organizado em Sua Atividade Tráfico de Drogas. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, Vol.50, no4, pp. 699 a720. 2007.

OLIVENSTEIN, C. **Os cuidados aos Toxicômanos**. Uma Ética para uma Psicoterapia Perversa. UERJ, 1992.

PAZ, F. M.; COLOSSI, P. M. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. **Estudos de Psicologia**, 18(4), pag. 551-558, 2013.

PETRINI, J. C.; CAVALCANTI, V. R. S. **Família, sociedade e subjetividades: uma perspectiva multidisciplinar**. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

PORTAL, M.M. *et al.* Informações de saúde na internet: protocolo para avaliação de sites sobre drogas de abuso. **Jornal Health Inform.** São Paulo. Jul-Set. 27-33. 2009.

POTTER-EFRON, R.T.; POTTER-EFRON, P. Assessment of Co-dependency with Individuals from Alcoholic and Chemically Dependent Families. **Journal Alcoholism Treatment Quarterly**. Volume 6, 2008.

RABINIVICH, Elaine Pedreira. O nascimento psicológico. **Revista Bras Crescimento Desenvolvimento Humano**, (1), 1991.

RIBEIRO, M.; FIGLIE, N.; LARANJEIRA, R. **Organização de serviços de tratamento para dependência química: parte 1 – o estrutural – enquadre terapêutico.** In: FIGLIE, N.B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. *Aconselhamento em dependência química.* 2 ed. São Paulo: Roca, 2004.

SARTI, C. A. **A família como ordem simbólica.** Escola Paulista de Medicina- UNIFESP. *Psicol. USP* vol.15 no.3 São Paulo 2004.

SCHENKER M, MINAYO, M.C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciênc. saúde coletiva.* 2003.

SEIBEL, D. Sérgio. **Dependência de Drogas.** São Paulo: Atheneu. 2010.

SEIBEL, S. D.; TOSCANO, A. JR. **Dependência de Drogas.** – São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

SENAD/CEBRID – **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil** – 2005.

SILVA, C. J.; SERRA, A.M. Terapias cognitiva e cognitivo-comportamental em dependência química. *Rev Bras Psiquiatria.* 2004.

SINGLY, F. **Sociologia da família contemporânea.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação geral Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni. **Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas: módulo 5 / coordenação do módulo Flávio Pechansky.** – 3. Ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009.

SOUSA, A.M.C. **Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos.** Universidade do Estado do Rio Grande do Norte- UERN, v.17, n 2, p. 227-234. 2014.

TAMIS, Instituto. **A Popularização da Internet: Introdução ao uso do correio eletrônico e Web.** Documento N° RNP / REF / 0186 outubro de 1997.

TAUB, A.; ANDREOLI, P.B.A. **Guia para família: cuidando da pessoa com problemas relacionados com álcool e outras drogas.** – São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

TAVARES, H.; ALARCÃO, G. Psicopatologia da impulsividade. In: ABREU, C. N. **Manual Clínico dos transtornos do controle dos impulsos.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

TRIGO, S. et al. Representações sociais de adolescentes sobre o consumo de drogas. *Arq Med,* Porto, v. 29, n. 2, p. 39-45, abr. 2015. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132015000200002&lng=pt&nrm=iso acessos em 15 jul. 2017

VALE VIVER – Centro de Apoio e Tratamento à Dependência Química e outras Compulsões. *Manual Terapêutico*, 2010.

VASTERS, G.P.; PILLON, S. C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre a adesão e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Rev. Latino – AM. Enfermagem**, 2011.

WILSON, W. **The society of Alcoholics Anonymous**. *AMJ Psychiatry*. 1994; 151:259-62.

APÊNDICE I

Sítio Eletrônico:	Acesso em:
--------------------------	-------------------

Q 01 Natureza da Instituição:

<input type="checkbox"/> Público	Qual
<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Conveniada <input type="checkbox"/> Liminar
<input type="checkbox"/> Entidade sem fins lucrativos	<input type="checkbox"/> (...) Incentivada <input type="checkbox"/> Não Incentivada
<input type="checkbox"/> Não Declarado	
<input type="checkbox"/> Outros	

Q 02 Intervenção

<input type="checkbox"/> Abstinência	<input type="checkbox"/> Redução de danos	<input type="checkbox"/> não citado

Q 03 Ambientes de tratamento

<input type="checkbox"/> Comunidade Terapêutica	Tempo Mínimo	Tempo Máximo
<input type="checkbox"/> Clínica Especializada no Tratamento da Dependência Química		
<input type="checkbox"/> Clínica Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> CAPS-ad	
<input type="checkbox"/> Hospital-dia	<input type="checkbox"/> Ambulatório Especializado	
<input type="checkbox"/> Enfermaria Especializada	<input type="checkbox"/> Moradia Assistida	
<input type="checkbox"/> Outros		

Q 04 Público Alvo

<input type="checkbox"/> Internação Feminina	<input type="checkbox"/> Internação Masculina	<input type="checkbox"/> Internação Mista
--	---	---

Q 05 Modalidade de Tratamento

<input type="checkbox"/> Internação Voluntária	Tempo Mínimo	Tempo Máximo
<input type="checkbox"/> Internação Involuntária	Tempo Mínimo	Tempo Máximo
<input type="checkbox"/> Desintoxicação	<input type="checkbox"/> Prevenção	
<input type="checkbox"/> Residência Dia	<input type="checkbox"/> Ambulatório	Frequência
<input type="checkbox"/> Outros		

Q 06 Corpo Técnico

<input type="checkbox"/> Psiquiatra	<input type="checkbox"/> Médico Clínico	<input type="checkbox"/> Psicólogo	<input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional
<input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Educador Físico	<input type="checkbox"/> Oficineiro/Professor de artes	
<input type="checkbox"/> Nutricionista	<input type="checkbox"/> Arteterapeuta	<input type="checkbox"/> Conselheiro em Dependência química	
<input type="checkbox"/> Psicopedagogo	<input type="checkbox"/> Apoio	<input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem	
<input type="checkbox"/> Assistente Social		<input type="checkbox"/> Acompanhante Terapêutico	
<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta		<input type="checkbox"/> Administrativo	
<input type="checkbox"/> Outros			

Q 07 Tratamentos Disponíveis para:

<input type="checkbox"/> Dependência química	<input type="checkbox"/> Alcoolismo
<input type="checkbox"/> Tabagismo	<input type="checkbox"/> Compulsão por Compras
<input type="checkbox"/> Jogo Patológico	<input type="checkbox"/> Compulsão Sexual
<input type="checkbox"/> Distúrbios Alimentares	<input type="checkbox"/> Amor Patológico
<input type="checkbox"/> Distúrbios Psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Outros

Q 08 Intervenções e Técnicas Terapêuticas Utilizadas

<input type="checkbox"/> Terapia Grupal	Frequência
<input type="checkbox"/> Terapia Individual	Frequência
<input type="checkbox"/> Consultório Psiquiátrico	
<input type="checkbox"/> Orientação Familiar	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal
Frequência	
<input type="checkbox"/> Dinâmicas de grupo	
<input type="checkbox"/> Grupo de Terapia Ocupacional	
<input type="checkbox"/> Grupo de Habilidades Sociais	
<input type="checkbox"/> Prevenção à Recaída	
<input type="checkbox"/> Palestras psicoeducativas	
<input type="checkbox"/> Atividade Física	
<input type="checkbox"/> Ateliê / Oficinas	
<input type="checkbox"/> Discussão de filmes terapêuticos	
<input type="checkbox"/> Saídas terapêuticas	
<input type="checkbox"/> Saídas para AA/NA	
<input type="checkbox"/> Ressocialização	
<input type="checkbox"/> Religiosidade / Espiritual	
<input type="checkbox"/> Orientação Vocacional	
<input type="checkbox"/> Estimulação Magnética	
<input type="checkbox"/> Terapia Cognitivo Comportamental	
<input type="checkbox"/> Laborterapia	
<input type="checkbox"/> Outros	

Q 09 Contribuição Científica

<input type="checkbox"/> Ensino
<input type="checkbox"/> Pesquisa
<input type="checkbox"/> Cursos
<input type="checkbox"/> Participação de congressos
<input type="checkbox"/> Publicação de Artigos
<input type="checkbox"/> Publicação de Livros

Modelo(s) Teórico(s):**Localização**

Cidade

Estado

APÊNDICE 2



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR - UCSAL PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Prezado Dr. (Dra) diretor da instituição (Nome da Instituição),

Sou Lidianne Gomes, aluna da Universidade Católica do Salvador, no Programa de Pós Graduação em Família na Sociedade Contemporânea, sob a orientação da Prof. Dra. Kátia Nunes Sá, localizada na cidade de Salvador, Bahia. Foi realizado um estudo, utilizando o modelo informétrico, nas bases de dados do *google*, onde os objetos alvos foram os *sites* de instituições que oferecem assistência ao dependente químico e seus familiares no Brasil. Foram utilizadas informações disponíveis nos sites das instituições que tratam a dependência química em todo o território nacional do Brasil.

Por se tratarem de dados públicos, não foi necessária autorização prévia das instituições para os procedimentos metodológicos, embora os nomes das clínicas e quaisquer outros dados que pudessem identificá-las foram omitidos, a fim de evitar possíveis conflitos de interesse e impactos negativos para a imagem das mesmas.

A pesquisa aconteceu no período de maio a agosto de 2016. Foram recolhidos dados sobre o município, estado e região onde está localizada a clínica. Também foi identificada a natureza da instituição (se pública, privada com fins lucrativos ou privada sem fins lucrativos, conveniada à rede pública, incentivada ou não). No que se refere aos ambientes de tratamento, as instituições foram classificadas como: clínicas especializadas, hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas, hospital dia, enfermaria especializada, moradia assistida e ambulatório especializado.

Foram extraídos, de modo direto (quando disponibilizado) ou indireto, dados sobre o tempo de existência da instituição, o público alvo, serviços e procedimentos terapêuticos

adotados, perfil do corpo técnico responsável pelos cuidados, modalidades de casos atendidos, modelos teóricos adotados pela instituição para a assistência tanto para o dependente quanto para os familiares. Para as clínicas que adotam a modalidade de internação, foram também coletados dados sobre o caráter voluntário ou não desta.

A presente pesquisa revela que os dados disponibilizados nos *sites* das instituições que trabalham com dependência química ainda são insuficientes, não sendo satisfatório para esclarecer as dúvidas de quem precisa internar um familiar. De modo geral, apresentam layout semelhante, com imagens de famílias felizes, lugar amplo e arborizado.

O objetivo dessa carta é informar as instituições que tiveram seus *sites* inclusos na pesquisa, os achados da pesquisa, me comprometendo com a ciência e com possíveis mudanças que esses resultados podem gerar, para as instituições e principalmente para a sociedade.

Coloco-me a disposição para qualquer dúvida ou esclarecimentos, caso entenda necessário, bem como, para discussão de soluções para melhoria das informações disponibilizadas no *site*.

Agradeço, antecipadamente a atenção.

Lidiane Barbosa da Silva Gomes.

Terapeuta Ocupacional

ANEXO 1

OS 6 PRIMEIROS PASSOS DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS.

1º Passo - Admitimos que estávamos derrotados e éramos impotentes perante o álcool.

2º Passo - Fizemos um inventário moral de nossos defeitos ou pecados.

3º Passo - Confessamos ou compartilhamos nossas imperfeições com uma ou outra pessoa de forma confidencial.

4º Passo - Reparamos o mal feito às pessoas as pessoas nas ocasiões de bebedeira.

5º Passo - Tentamos ajudar outros alcoólatras, sem buscar recompensa em dinheiro ou prestígio.

6º Passo - Pedimos a Deus, na forma em que achávamos que existia, a força para praticar esses preceitos.

ANEXO 2

12 PASSOS DOS ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

1º passo: Admitimos que éramos impotentes perante a dependência de álcool tínhamos perdido o domínio sobre nossa vida.

2º passo: Viemos a acreditar que um poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos a sanidade.

3º passo: Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de deus, na forma em que O Concebíamos.

4º passo: Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.

5º passo: Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.

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

7º passo: Humildemente rogamos a Deus que nos livrasse de nossas imperfeições.

8ª passo: Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.

9º passo: Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las, ou a outrem.

10º passo: Continuamos a fazer o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.

11º passo: Procuramos, por meio da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação à nós, e forças para realizar essa vontade.

12º passo: Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a esses passos, procuramos transmitir esta mensagem aos dependentes de álcool e praticar esses princípios em todas as áreas de nossa vida.