



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA**

ANGÉLICA VANESSA DE ANDRADE ARAÚJO LIRA

**HISTÓRIAS DE RISCOS E INICIAÇÃO: ANALISANDO A RELAÇÃO
ENTRE O SUPORTE FAMILIAR E A DROGADIÇÃO NA ADOLESCÊNCIA**

CAMPINA GRANDE – PB

2021

ANGÉLICA VANESSA DE ANDRADE ARAÚJO LIRA

**HISTÓRIAS DE RISCOS E INICIAÇÃO: ANALISANDO A RELAÇÃO ENTRE O
SUPORTE FAMILIAR E A DROGADIÇÃO NA ADOLESCÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Gilvan de Melo Santos

**CAMPINA GRANDE - PB
2021**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L768h Lira, Angélica Vanessa de Andrade Araujo.
Histórias de riscos e iniciação [manuscrito] : analisando a relação entre o suporte familiar e a drogadição na adolescência / Angélica Vanessa de Andrade Araujo Lira. - 2021.
103 p. : il. colorido.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2021.
"Orientação : Prof. Dr. Gilvan de Melo Santos , Departamento de Psicologia - CCBS."
1. Suporte familiar. 2. Drogadição. 3. Adolescência. 4. Logoterapia. I. Título

21. ed. CDD 616.891 6

ANGÉLICA VANESSA DE ANDRADE ARAÚJO LIRA

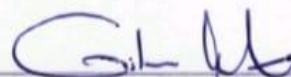
HISTÓRIAS DE RISCOS E INICIAÇÃO: ANALISANDO A RELAÇÃO ENTRE O
SUPORTE FAMILIAR E A DROGADIÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Psicologia.

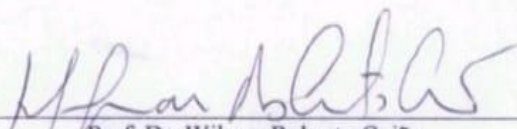
Área de concentração: Psicologia.

Aprovada em: 10 / 06 / 2021.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Gilvan de Melo Santos (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Wilmar Roberto Gaião
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Esp. Thiago Silva Fernandes
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico este trabalho aos profissionais de saúde, familiares e adolescentes vinculados ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), que acolheram esse projeto com entusiasmo, permitindo a realização de uma meta pessoal que começou desde que eu ingressei como extensionista da instituição, e se aflorou no final da graduação como necessidade de colaborar de alguma forma com o projeto terapêutico articulado para a drogadição.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me acompanhar durante toda a minha trajetória universitária.

À Nossa Senhora que me cobriu com seu manto sagrado diversas vezes durante a minha graduação e Santa Terezinha pelas inúmeras graças alcançadas em minha vida.

À minha mãe, Ana Paula, pelo apoio psicoemocional e por seu amor infinito durante a minha formação como psicóloga e pessoa humana.

Aos meus avôs, de quem herdei meu nome e muito do meu caráter como pessoa, que me forneceram imensas lições de superação na vida e palavras de apoio quando precisei.

Ao meu irmão, tios, primos e amigos que me viram crescer e me apoiaram com o seu carinho e compreensão.

Ao meu noivo Luís, que me acompanhou nessa jornada e me ajudou imensamente com seu amor.

Ao mestre, Professor Doutor Gilvan de Melo Santos, pela ideia inicial deste trabalho, orientação teórica e técnica e compreensão em muitos momentos difíceis que me angustiaram nesse cenário de pandemia da Covid-19.

Aos profissionais do Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) do município de Campina Grande pelo acolhimento e colaboração na obtenção dos dados coletados pela presente pesquisa, possibilitando que esse estudo fosse efetivamente concretizado.

E, em especial, aos pacientes do CAPS AD que, mesmo em condição de sofrimento existencial e social, abriram suas almas para que eu compreendesse as variáveis comprometedoras para o desencadeamento e agravamento da drogadição, configurando os mesmos como o motivo e fim de meu estudo, cuja experiência potencializou cenários fecundos para o meu amadurecimento pessoal, profissional e espiritual.

“O mistério da existência humana não reside apenas em permanecer vivo, mas em encontrar algo porque valha a pena viver”.

Fiódor Dostoiévski

RESUMO

Analisar o fenômeno de dependência química na adolescência é destrinchar uma série de aspectos de natureza biológica, psicológica, social, familiar e cultural que circundam a existência deste perfil populacional. Para além da dimensão biológica, o contexto social, particularmente as relações estabelecidas no seio familiar, constitui-se como um dos principais preditores para a vulnerabilidade ao consumo de drogas lícitas e ilícitas. Partindo dessa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo analisar a relação existente entre o grau do suporte familiar e a prevenção, desencadeamento, agravamento ou redução do quadro de dependência química no público adolescente. Em relação à metodologia, foi utilizada abordagem quanti-qualitativa de natureza descritiva e exploratória com uma amostra de seis adolescentes adictos atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD III) na cidade de Campina Grande, no Estado da Paraíba, no período de fevereiro e março de 2021. Os instrumentos manuseados foram as escalas denominadas de Escala de Emoções Vivenciadas em Ambiente Familiar (BEAF) e Apgar de Família. Outrossim, foi aplicado um questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada, com finalidade de analisar as variáveis familiares responsáveis pelo desencadeamento, agravamento ou redução do quadro de drogadição na adolescência. Para a análise dos dados de natureza quantitativa, utilizou-se o *Software* Estatístico Livre R. Sobre a interpretação das informações obtidas pela entrevista semiestruturada, foi aplicada a análise do discurso do sujeito coletivo de Levefre e embasamento teórico da Logoterapia e Análise Existencial. Concluiu-se que a ausência do suporte familiar colabora para o desencadeamento e agravamento da dependência química na adolescência, cujas variáveis identificadas foram a falta de apoio psicossocial no tratamento, separações parentais mal resolvidas, comportamento disciplinar e abusivo dos pais, dificuldades de manutenção de diálogo e expressão de pensamentos e sentimentos, falta de acompanhamento e monitoramento sobre os ciclos de amizade e relacionamentos interpessoais, desconhecimento acerca das demandas individuais, histórico de atos criminais e uso recorrente e abusivo de substâncias psicoativas entre os familiares. Esta última variável aumentou significativamente a vulnerabilidade para o uso precoce de drogas pelo público adolescente. Em relação ao grau de funcionalidade do cenário familiar para o desenvolvimento dos adolescentes baseado na escala Apgar de Família, foi observado que 50% dos pesquisados coabitam em ambiente altamente disfuncional, 16,6% em contexto familiar com moderada disfunção e 33,4% vivem em família altamente funcional. A percepção do adolescente em relação ao ambiente familiar foi associada às emoções negativas tais como ansiedade, pressão emocional, tristeza, chateação, confusão, raiva e desamparo. Ademais, ficou evidente a necessidade da inclusão da família como um dos eixos centrais para a adoção de medidas de promoção, prevenção e reabilitação psicossocial dos adolescentes em contexto de drogadição.

Palavras-chave: Suporte Familiar. Drogadição. Adolescência.

ABSTRACT

To analyze the phenomenon of chemical dependency in adolescence is to unravel a series of aspects of biological, psychological, social, family and cultural nature that surround the existence of this population profile. In addition to the biological dimension, the social context, particularly the relationships established within the family, is one of the main predictors for vulnerability to the consumption of legal and illegal drugs. From this perspective, the present study aims to analyze the relationship between the degree of family support and the prevention, triggering, aggravation or reduction of the chemical dependency in the adolescent public. Regarding the methodology, a quantitative and qualitative approach of a descriptive and exploratory nature was used with a sample of six addicted adolescents attended by the Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD III) in the city of Campina Grande, in the State of Paraíba, in period the february and march 2021. The instruments handled will be the scales called the Scale of Emotions Experienced in Family Environment (BEAF) and Apgar Family. Furthermore, a sociodemographic questionnaire and semi-structured interview were applied, in order to analyze the family variables responsible for triggering, aggravating or reducing the condition of drug addiction in adolescence. For the analysis of data of quantitative nature, the Free Statistical Software R was used. On the interpretation of the information obtained by the semi-structured interview, the analysis of the discourse of the collective subject of Levefre was applied and theoretical foundation of Logotherapy and Existential Analysis. It was concluded that the absence of family support contributes to the triggering and worsening of chemical dependence in adolescence, whose identified variables were the lack of psychosocial support in the treatment, poorly resolved parental separations, disciplinary and abusive behavior of the parents, difficulties in maintaining dialogue and expression of thoughts and feelings, lack of follow-up and monitoring on cycles of friendship and interpersonal relationships, ignorance about individual demands, history of criminal acts and recurrent and abusive use of psychoactive substances among family members. This last variable significantly increased the vulnerability to early drug use by the teen public. Regarding the degree of functionality of the family scenario for the development of adolescents based on the Apgar Family Scale, it was observed that 50% of respondents cohabit in a highly dysfunctional environment, 16.6% in a family context with moderate dysfunction and 33.4% live in a highly functional family. The teenager's perception of the family environment was associated with negative emotions such as anxiety, emotional pressure, sadness, annoyance, confusion, anger and helplessness. Furthermore, the need to include the family as one of the central axes for the adoption of measures for the promotion, prevention and psychosocial rehabilitation of adolescents in the context of drug addiction was evident.

Keywords: Family Support. Drug addiction. Adolescence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS CONSUMIDAS PELOS FAMILIARES	49
FIGURA 2 – PERCEPÇÃO DOS ADOLESCENTES SOBRE A INFLUÊNCIA DO CONTEXTO FAMILIAR NO SEU QUADRO DE DROGADIÇÃO.	62
FIGURA 3 – AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA OBTIDA NOS CINCO ITENS QUE COMPÕE A ESCALA APGAR DE FAMÍLIA	69
FIGURA 4 – FREQUÊNCIA DE EMOÇÕES NEGATIVAS VIVENCIADAS NO AMBIENTE FAMILIAR ..	71
FIGURA 5 – FREQUÊNCIA DE EMOÇÕES POSITIVAS VIVENCIADAS NO AMBIENTE FAMILIAR	72

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE O SUPORTE PSICOSSOCIAL DA FAMÍLIA E A DROGADIÇÃO NA ADOLESCÊNCIA.....	53
QUADRO 2 - ANÁLISE DO SUPORTE FAMILIAR NO CONTEXTO DE DROGADIÇÃO DO PÚBLICO ADOLESCENTE.....	67
QUADRO 3 – ÍTENS DA ESCALA APGAR DE FAMÍLIA	68
QUADRO 4 – PROBLEMÁTICAS INERENTES AO PAPEL DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DE DROGADIÇÃO NA ADOLESCÊNCIA.....	72

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES E SEU CONTEXTO FAMILIAR	47
TABELA 2 – APRESENTAÇÃO DA MÉDIA DESVIO-PADRÃO DA VARIÁVEL IDADE, QUANTIDADE DE FAMILIARES E IRMÃOS.....	47
TABELA 3 – INFORMAÇÕES SOBRE O CONTEXTO FAMILIAR	48
TABELA 4 – SATISFAÇÃO DOS ADOLESCENTES EM RELAÇÃO À VIDA.....	67
TABELA 5 – AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA BASEADA NA ESCALA APGAR DE FAMÍLIA	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ONU	Organização Mundial da Saúde
PND	Política Nacional sobre Drogas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVOS.....	18
3.1 <i>Objetivo geral.....</i>	<i>18</i>
3.2 <i>Objetivos específicos.....</i>	<i>18</i>
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
4.1 <i>Aspectos históricos do fenômeno de drogadição.....</i>	<i>19</i>
4.2 <i>Drogadição na adolescência.....</i>	<i>23</i>
4.3 <i>Drogadição: diagnóstico, tratamento e papel do profissional de saúde.....</i>	<i>25</i>
4.4 <i>Família no âmbito da compreensão multifatorial sobre o fenômeno da drogadição na adolescência.....</i>	<i>25</i>
4.5 <i>Drogadição: sob o olhar da logoterapia e análise existencial.....</i>	<i>32</i>
5 METODOLOGIA.....	40
5.1 <i>Tipo de estudo.....</i>	<i>40</i>
5.2 <i>Caracterizações do campo de estudo.....</i>	<i>41</i>
5.3 <i>População e amostra.....</i>	<i>42</i>
5.4 <i>Período de coleta de dados.....</i>	<i>42</i>
5.5 <i>Critérios de inclusão.....</i>	<i>43</i>
5.6 <i>Critérios de exclusão.....</i>	<i>43</i>
5.7 <i>Instrumentos de coleta de dados.....</i>	<i>43</i>
5.8 <i>Procedimentos de análise de dados.....</i>	<i>44</i>
5.9 <i>Aspectos éticos.....</i>	<i>44</i>
5.10 <i>Limitações do estudo.....</i>	<i>44</i>
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	47
6.1 <i>Dados sociodemográficos dos participantes.....</i>	<i>47</i>
6.2 <i>Informações preliminares a respeito dos participantes da pesquisa.....</i>	<i>49</i>

<i>6.3 Análise dos relatos dos participantes mediante a metodologia do discurso do sujeito coletivo.....</i>	<i>52</i>
<i>6.4 Escala Apgar de Família.....</i>	<i>68</i>
<i>6.5 Escala de emoções vivenciadas no ambiente familiar.....</i>	<i>70</i>
<i>6.6 Evidências da influência do contexto familiar na drogadição.....</i>	<i>72</i>
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	84
APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	89
ANEXO A - ESCALA DE EMOÇÕES VIVENCIADAS EM AMBIENTE FAMILIAR – BEAF	90
ANEXO B – ESCALA APGAR DE FAMÍLIA (SMILKSTEIN)	92
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	93
ANEXO D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ.....	98
ANEXO E – TERMO DE ASSENTIMENTO	100

1 INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas não é um fenômeno recente, pelo contrário, está presente há muito tempo nas relações humanas. Desde a história da humanidade, o homem utilizava das drogas para diversas finalidades (religiosas, comemorativas, terapêuticas, casuais ou comerciais) (ESCOHOTADO, 2018). Trata-se de um fenômeno abrangente e complexo, que acompanha toda a trajetória da existência humana, encontrando no cenário atual espaço favorável para a sua disseminação, de tal forma que a drogadição constitui-se como um dos eixos principais de intervenções do Estado, mediante a Política Nacional sobre Drogas e Atenção Psicossocial preconizada na figura do Sistema Único de Saúde (SUS).

O termo “droga” possivelmente tem origem na língua persa, cujo radical “droa” significa odor aromático, ou no hebraico *rakab*, perfume. Em torno do século XVI e XVIII, esse termo assumiu uma nova conotação originária do holandês “droog”, que atribuía a noção de produtos secos ou simplesmente substâncias naturais usadas no âmbito da alimentação e medicina, podendo também ser utilizado para definir o tingimento de lã e seda (CARNEIRO, 2019). No contexto desta pesquisa, utilizamos a definição de droga produzida pela OMS (2017) cuja conceituação remete a qualquer substância não produzida pelo organismo que provoca alterações no funcionamento cerebral, gerando sofrimento clinicamente significativo, em função de danos fisiológicos, psicológicos, laborais e sociais.

O problema das drogas no mundo tem atingido todos os gêneros, classes sociais e idades, indistintamente. Coabitando com uma série de fatores, tem atingido, sobretudo, os adolescentes, de uma forma nunca vista antes. Sendo assim, analisar o fenômeno de dependência química no público adolescente é destrinchar uma série de aspectos de natureza biológica, psicológica, social, familiar, cultural e espiritual (OMS, 2017) que circundam a realidade de milhões de adolescentes. O processo de drogadição coabita uma dimensão multifatorial e complexa, reverberando nuances na configuração de motivações e finalidades variadas que delineam esse fenômeno. O critério utilizado por esta pesquisa para definição de adolescência corresponde ao Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) que considera com faixa etária entre 12 e 18 anos.

A drogadição assume dimensões alarmantes no cenário nacional e mundial, gerando preocupação crescente de todos os setores da sociedade, em função de prejuízos à saúde da população. Considerando as consequências e malefícios da dependência química, a OMS (2017) define esse fenômeno como um dos principais problemas de saúde na

contemporaneidade. Em relação ao público adolescente, a situação ainda é mais grave, visto os prejuízos neurodesenvolvimentais acarretados pelo consumo dessas substâncias. Por se tratar de um fenômeno complexo e multicausal, a compreensão do processo de drogadição parte de uma ótica holística, considerando a participação da família, cultura, sociedade, Estado e o próprio indivíduo como figuras centrais na dinâmica processual para a inicialização do uso dessas substâncias (SCHENKER; MINAYO, 2005).

As relações estabelecidas entre a pessoa em contexto de drogadição e seu entorno social, principalmente com o seio familiar podem corroborar para as especificidades na configuração do quadro clínico em relação à motivação e tempo de uso, a escolha da droga utilizada, a forma de adesão ao tratamento, a percepção de valores diante da experiência com a substância psicoativa e manifestações singulares da patologia (SELEGHIM; OLIVEIRA, 2013). Dessa forma, o suporte familiar tende a influenciar nas formas como o adolescente enfrenta às intempéries impostas pela toxicação e efeitos adversos ao organismo (ZAPPE; DAPPER, 2017).

Nessa perspectiva, a ausência do suporte familiar constitui-se como um dos principais preditores para a vulnerabilidade ao consumo de drogas lícitas e ilícitas (PORTO; PASSOS, 2016). A família tanto pode contribuir na promoção de saúde quanto na patologização do sujeito, dependendo das ações que a mesma destina ao público adolescente, seja oferecendo apoio psicossocial ou negligenciando suas demandas (ZAPPE; DAPPER, 2017). Diante disto, a pretensão desta pesquisa foi compreender o grau do suporte familiar e sua relação com a prevenção, desencadeamento, agravamento ou redução do quadro de dependência química na adolescência. Espera-se, a partir dos resultados obtidos a respeito dos dados coletados e, posteriormente analisados, contribuir no sentido da construção de um conhecimento mais aprofundado, lúcido e coerente sobre a dinâmica das variáveis familiares capazes de influenciar a drogadição na adolescência.

2 JUSTIFICATIVA

O fenômeno de drogadição na adolescência é um grave problema de saúde pública, gerando preocupação crescente tanto do Poder Público quanto da sociedade civil, devido aos prejuízos acarretados no desenvolvimento orgânico, psicológico e social deste perfil populacional. Por se tratar de um fenômeno complexo e multifatorial, a discussão sobre drogadição deve fundamentar-se num conjunto de elementos de ordem biológica, psicológica, social, familiar, cultural e espiritual, os quais circundam a trajetória existencial humana. No que diz respeito à responsabilidade social, vê-se que a sociedade, especificamente as relações familiares e entre pares, podem corroborar para criar condições favoráveis ou não à adesão do público juvenil às drogas. Devido à extensão de possibilidades de estudo no âmbito social, a presente pesquisa optou por escolher apenas o contexto familiar como objeto de estudo, considerado como um dos principais espaços sociais de risco ou prevenção em relação ao delineamento do quadro de drogadição na adolescência.

O uso precoce de substâncias psicoativas entre adolescentes vem crescendo nos últimos anos. Em nenhum momento da sociedade brasileira se viu a ampla disseminação do uso dessas substâncias por diferentes faixas etárias como nos dias atuais. Considerando a dimensão macrossocial desse fenômeno, evidencia-se a importância de discutir e explicar os fatores envolvidos da dinâmica do consumo de tais substâncias, a fim de conhecer as especificidades do suporte psicossocial da família que reverberam ou no desencadeamento (fator estressor) ou na diminuição (fator inibidor) do agravamento do quadro sintomatológico de drogadição.

Para além da dimensão biológica e psicológica, existe a dimensão social que corrobora para o aumento da vulnerabilidade do sujeito ao consumo indevido de álcool e outras drogas. Têm-se a compreensão de que o universo das relações sociais está presente em todas as instâncias da vida humana. No interior desta dimensão, temos a família, à qual fomenta implicações na estruturação e organização de questões que ultrapassam o espaço social e reflete na vida do sujeito como um todo, influenciando na maneira que o mesmo pensa, sente e age. Partindo dessa perspectiva, evidencia-se a importância de averiguar o papel da família para o delineamento da dependência química, a fim de compreender a dinâmica processual desse fenômeno.

Entende-se que o sujeito em contexto de vulnerabilidade social apresenta maior incidência de risco ao consumo de substâncias psicoativas. Dentre as condições sociais de risco,

temos o contexto familiar que pode corroborar para o desenvolvimento de condições favoráveis ao desencadeamento do quadro de dependência química, tais como a falta de apoio psicoemocional, abandono, falta de abertura ao diálogo e expressão da subjetividade, funcionamento familiar disfuncional, entre outros.

Partindo dessa perspectiva, a presente pesquisa consiste num instrumento importante para compreender a dependência química na adolescência, buscando identificar o grau de participação da dinâmica familiar para o delineamento da drogadição, analisando se de fato é um fator agravante ou inibidor para a configuração desse fenômeno. Com a finalidade de identificar a participação da dimensão familiar no quadro de dependência química, a presente pesquisa avança no sentido de trazer à tona aspectos do contexto socio-familiar que podem corroborar para o estreitamento da relação entre sujeito e substâncias psicoativas, para além da dimensão biológica e psicológica, chegando a alcançar questões ligadas ao universo macro e microsocial da existência humana.

A drogadição fomenta implicações econômicas, políticas, sociais e sanitárias, configurando um problema que ultrapassa a dimensão meramente clínica e chega a atingir as relações humanas. Neste contexto, esse fenômeno assume contornos alarmantes na dinâmica da sociedade, sendo um tema recorrente nas discussões nacionais e internacionais, o que evidencia a importância deste estudo para o cenário científico, cuja temática direciona a explicar o papel do contexto familiar para o aumento ou diminuição da vulnerabilidade ao consumo abusivo de drogas no público adolescente. Neste contexto, o presente estudo pode subsidiar a construção de teorias explicativas mais abrangentes e holísticas sobre o suporte familiar e sua relação com o consumo abusivo de substâncias psicoativas.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a relação existente entre o grau do suporte familiar e a prevenção, desencadeamento, agravamento ou redução do quadro de dependência química no público adolescente atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD III) na cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o grau de influência do contexto familiar para a eclosão ou diminuição do consumo de substâncias psicoativas por parte dos adolescentes do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD III);
- Compreender os fatores sociais de riscos associados ao uso de drogas na adolescência;
- Registrar o grau de funcionalidade do contexto familiar e sua interação com o processo de drogadição no público juvenil;
- Averiguar a participação da família no processo de reabilitação psicossocial;
- Entender os sentimentos envolvidos na relação entre o público juvenil e seus familiares que podem corroborar para o desencadeamento e potencialização do quadro de dependência química.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO FENÔMENO DE DROGADIÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas é um fenômeno complexo e multifacetado presente na humanidade durante todo o seu desenvolvimento, apresentando diferentes nuances tanto na motivação do uso quanto na compreensão do seu significado social nas distintas civilizações (ESCOHOTADO, 2018). Ao longo do tempo, tais substâncias assumiram múltiplas formas e finalidades, recebendo diversas conotações no âmbito médico, religioso, social e cultural. No que diz respeito a sua configuração macrossocial, a drogadição passou por reformulações e mudanças na estrutura semântica e sintática no escopo funcional de cada sociedade alicerçada pelas transformações sociais em cada época (CARNEIRO, 2019).

Desde a antiguidade, por volta dos anos 5.000 a.C., nas regiões da Ásia Menor e Europa tinha-se o hábito de usar o ópio como forma de extinguir os males que assolavam a existência humana, particularmente, dor e sofrimento, considerando tal substância como graça divina (ESCOHOTADO, 2018). Na Ásia, aproximadamente 4.000 a.C, utilizava-se da *Cannabis* como elemento para a produção de medicamentos, recreação e função de cunho espiritual. Há evidências de que no período 3000 a.C., os sumerianos diferiram o uso medicinal de tais substâncias. Na Grécia Antiga, o próprio Homero associou a droga como instrumento que permite esquecer as intempéries e problemas existenciais (MACRAE, 2001). No ano 100 d.C., as drogas eram utilizadas em rituais religiosos, assumindo o papel terapêutico de acalantar o sofrimento humano. Entretanto, no século X, período da Idade Média, as drogas passaram a ser reconhecidas como sinônimo de heresia e bruxaria, com proibição do seu uso na sociedade, tendo como punições torturas e mortes (TORCATO, 2016; MACRAE, 2001).

No período das Grandes Navegações, durante a exploração das colônias americanas e asiáticas, foram descobertas novas substâncias psicoativas como tabaco, o cacau e o mate, que, gradativamente, foram sendo incorporadas no mercado de consumo europeu com aplicabilidade terapêutica, lúdica e alimentar, chegando a se configurarem como produtos de destaque na sociedade (CARNEIRO, 2019). No século XVI, foi marcado por um processo de decadência da Igreja Católica, resultado da disseminação de movimentos como o Humanismo (apregoava a racionalidade e autonomia do homem) e a Reforma Protestante (críticas ao modelo de gestão e organização da instituição católica), corroborando para o fortalecimento da liberdade humana, que porventura influenciou na ampliação do uso de substâncias psicoativas (MACRAE, 2001).

Neste período, a igreja foi perdendo paulatinamente o seu poder de influência nos hábitos da sociedade, o que permitiu abrandar o estereótipo negativo de tais substâncias no contexto social.

Embora visto de forma depreciativa pela Igreja Católica, as substâncias psicoativas não perderam o seu poder de influência na sociedade, pelo contrário, com a ampliação da liberdade humana e a decadência da instituição católica, foi ganhando cada vez mais usuários, sendo considerado um produto lucrativo na dinâmica comercial (CARNEIRO, 2019). No século XIX, por exemplo, o ópio tornou-se a principal mercadoria de exportação dos países europeus para o mercado chinês (TORCATO, 2016). Pouco a pouco tais substâncias foram ganhando notoriedade no mercado de consumo europeu, assumindo proporções macrosociais e contornos econômicos que influenciaram toda a dinâmica de funcionamento societal, com um número cada vez mais crescente de consumidores, sendo introjetadas na dinâmica constitutiva da sociedade.

Em relação ao contexto brasileiro, no séc. XVI, já eram registrados o uso de substâncias psicoativas pela população indígena, principalmente, a utilização de tabaco e folha da coca, com finalidade espiritual, recreativa e terapêutica (CARNEIRO, 2019). Esses hábitos ainda permanecem enraizados na cultura brasileira, podendo ser vislumbrados pela prática ritualística de algumas seitas ou grupos sociais como o ritual de consumo de *Cannabis* realizado por usuários na fronteira do Brasil com o Uruguai (TAVARES et al., 2019). Entretanto, em nenhum momento histórico foi tão estimulado o uso de tais substâncias quanto nos dias atuais, influenciado pela dinâmica social e meios midiáticos que mostram diariamente, por exemplo, propagandas de pessoas felizes usando álcool ou o seu uso no contexto social (ESCOHOTADO, 2018).

No contexto brasileiro, no período do século XIX, o país foi marcado pela criação de decretos com pouca efetividade para abordar assuntos como “substâncias venenosas”, embriaguez, comércio de bebidas alcoólicas, ópio, morfina e cocaína, sendo consumidas particularmente por jovens de classes de maior poder aquisitivo da sociedade. Essas medidas adotadas foram resultados do uso crescente de tais substâncias no contexto social, bem como das consequências e malefícios à saúde advindos do seu uso abusivo. Porém, tais decretos ainda eram muito incipientes e não fomentavam mudanças significativas na logística de controle do uso dessas substâncias. Em relação à dinâmica mundial, caracterizou-se por profundas mudanças sociais associadas à disseminação de guerras locais e globais que corroboraram para a ampliação do consumo de álcool e outras drogas nesse período, apresentando motivações

diversas para seu uso desde uma forma de lidar com o sofrimento, fuga da realidade, até um meio de recreação (CARNEIRO, 2019).

Até o começo do século XX, o Brasil de fato não apresentava uma legislação efetiva voltada ao controle da produção e comercialização de substâncias psicoativas (PORTO; PASSOS, 2016). No começo do século XX, o uso dessas substâncias já não era mais restrito à classe média e rica da sociedade, mas já estava presente nos hábitos de consumo da classe com menor poder aquisitivo, começando a incomodar a elite e o setor público em função da possível desordem urbana. Em 1921, criou-se a primeira lei restritiva ao uso de alguns tipos de drogas como ópio, morfina, heroína e cocaína no Brasil – ordenamento jurídico que foi influenciado pelo tratado internacional de controle de substâncias psicoativas assinado em Haia, nos Países Baixos, no ano de 1912.

A disseminação do consumo de substâncias psicoativas em larga escala na sociedade brasileira veio a partir do movimento Hippie nos anos de 1950 e 1960. Esse movimento artístico-cultural foi fruto de um descontentamento do público jovem diante do contexto sociocultural marcado por guerras, violências, ditaduras e censuras ideológicas, utilizando-se das drogas (maconha, LSD, cocaína e outros) como forma de “escape”, de busca e modificação dos sentidos das coisas, fomentando um sentido de libertação e protesto. Fez-se presente nas esferas culturais como música, moda, dança, literatura, ideologia e drogas, intensificando a conjuntura de manifestações no ordenamento nacional por diversas vias, entre elas, o uso intensivo de substâncias lícitas e ilícitas (COUTINHO, 2008).

No que diz respeito ao proibicionismo no consumo das drogas, ganhou notoriedade nas discussões internacionais a partir do século XX, cujos Estados Unidos foram os pioneiros em medidas de repressão e vigilância a esse fenômeno (CRUZ; AZEVEDO, 2015; CARNEIRO, 2019; ESCOHOTADO, 2018). Isso foi resultado de campanhas populares antidrogas realizadas no território estadunidense, a fim de pressionar o Estado para elaborar leis voltadas ao controle da produção e comercialização dessas substâncias (FIORE, 2012). O movimento antidrogas no contexto norte-americano ganhou proporções para além das fronteiras do país, chegando a influenciar todo o cenário internacional, o que implicou na criação da Convenção Única de Viena em 1961 e a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas em 1971 para tratar das questões relacionadas ao consumo e comercialização de substâncias psicoativas (ESCOHOTADO, 2018). Devido aos efeitos nocivos à saúde e à pressão popular, quase todos os países assinaram estes documentos. Esses acordos tinham como proposta talhar e extinguir, em curto ou médio

prazo, a produção, o comércio e a utilização de drogas em geral. Porém, tais acordos não tiveram resultados satisfatórios e foram paulatinamente abandonados pelos países.

Em meados do século XX, alguns setores da sociedade já sinalizavam a necessidade de criação de ordenamento jurídico para controle e vigilância do comércio de maconha no Brasil, defendendo a proibição do seu uso. Em 1932, o princípio ativo da maconha denominado de *Cannabis* foi introduzido na lista de entorpecentes proibidos. Em 1938, o Brasil adotou o Modelo Internacional de Controle às drogas, com finalidade de criar medidas restritivas e proibitivas para o uso de substâncias entorpecentes. No período dos governos militares, em 1976, foi instituída a Lei nº 6.368 voltada à redução na comercialização das drogas. Porém, somente no ano de 2006, que foi criada a Política Nacional sobre Drogas no país direcionada não apenas às ações de vigilância e controle do uso, mas também à elaboração de estratégias de promoção, prevenção de saúde e reabilitação psicossocial de usuários e dependentes.

Apesar da existência do uso de substâncias psicoativas desde a antiguidade, foi somente ao longo do século XX que se verificou ampla disseminação nos contextos sociais (MEDEIROS; TÓFOLI, 2018; ESCOHOTADO, 2018). Atualmente, tais substâncias por serem tão presentes na sociedade, assumiram contornos alarmantes, resultando em prejuízos de cunho econômico, social e sanitário, devido ao alto grau de dependência mostrado diariamente pelos dados estatísticos. Segundo o Relatório do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODOC), calcula-se que cerca de 5% da população adulta, ou 250 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos, usou ao menos algum tipo de droga em 2014. De acordo com o Ministério da Saúde (2019), a cada década o Brasil gasta em média 9,139 bilhões para o custeio do tratamento da drogadição.

Ademais, a conexão entre homem e drogas é envolto por diferentes razões de ordem cultural, religiosa, recreativa ou como meio de obtenção de prazer e de transcender a realidade que o circunda. Seja para fins religiosos, médicos, comemorativos, casuais ou comerciais, as substâncias psicoativas na contemporaneidade assumem um lugar de destaque nas discussões científicas a nível nacional e internacional, chamando a atenção de diversos setores da sociedade para as suas implicações socioeconômicas, bem como para os danos ocasionados à saúde da população. Devido à proporção que o fenômeno apresenta na configuração societal, a Organização Mundial da Saúde (2017) considera como um dos maiores problemas de saúde no século XXI.

4.2 DROGADIÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Para se compreender o fenômeno da drogadição, deve ser considerada uma série de elementos do universo macro e microsocial que circunda a vida humana, como as relações sociais, a cultura, o contexto social no qual o sujeito está inserido, as motivações de natureza individual, e tantas outras questões que rodeiam a dinâmica existencial. Na prática diagnóstica, parte-se da etiologia multicausal, em que diversos fatores interagem mutuamente na formação da patologia.

No que diz respeito às substâncias psicoativas, temos diferentes tipos de princípios ativos que atuam com padrões distintos, gerando múltiplos efeitos e consequências no organismo. Dependendo do tipo de substância, varia o grau de dependência. Entre as drogas que mais ocasionam dependência, na categoria de drogas ilícitas, temos heroína e cocaína e em relação às drogas lícitas, o álcool e tabaco como grandes males à saúde do homem – sendo muito comum o uso entre adolescentes (OMS, 2017). A gravidade no nível de dependência e abstinência varia conforme o tempo de uso, o tipo de drogas e características biológicas e psicológicas do usuário (SILVEIRA; MOREIRA, 2006).

Em relação à adolescência, a drogadição assume contornos alarmantes no sentido de ser um bloqueio para o seu desenvolvimento saudável, acarretando prejuízos biopsicossocioespirituais e fomentando implicações no cenário das experiências humanas durante a trajetória existencial. Por ser influenciada pela singularidade humana, a dependência química é configurada por tipologias diversificadas de quadros sintomatológicos (CEBRID, 2010). Tratando-se cada existência como única e irrepetível, a dimensão clínica da patologia é manifestada de forma distinta e permeada por diferentes formas de vivenciar os sintomas (FRANKL, 2005). Esse fenômeno fomenta implicações que ultrapassam a dimensão individual e biológica e atravessa contextos macro e microsociais, permeando a dinâmica vivencial que se estende em redes de significações e sentidos, com implicações na dimensão simbólica da constituição do homem.

A compreensão do fenômeno de drogadição na adolescência se dá por uma inter-relação entre três elementos: adicto, substância e contexto socio-cultural (SILVEIRA, 1996). A combinação destes três aspectos corrobora para a conceituação específica para cada caso clínico. O cenário socio-cultural delinea toda a dinâmica desenvolvimental do homem, influenciando na formação de situações preditoras para a experimentação de drogas lícitas e

ilícitas. As experiências que o adicto vai vivenciando ao longo dos anos pode facilitar a repetição do uso dessas substâncias (SELEGHIM; OLIVEIRA, 2013).

Segundo o CEBRID (2010), o período de transição da infância para a adolescência é marcado pela curiosidade e pelo início de experimentações de elementos do mundo externo, destacando o uso, principalmente, de álcool e tabaco. Dentre as substâncias psicoativas mais consumidas por adolescentes, o estudo de Costacurta, Toso e Frank (2015), com uma amostra de 563 sujeitos, mostram que a maconha lidera no ranking (65,19%), seguida de drogas lícitas como o álcool (58,08%) e o cigarro (57,54%).

Os motivos que fazem adolescentes usarem substâncias psicoativas são configurados de uma interação complexa de fatores, como busca do prazer, fuga da realidade, influência do ciclo de amizades, falta de apoio socio-familiar, fácil acesso das drogas, abandono familiar (COSTACURTA; TOSO; FRANK, 2015), contexto social de risco, amenização de preocupações e tensões, controle do humor e expansão da consciência, com alteração de seus estados ordinários (FILEV, 2015; SCHENKER; MINAYO, 2005).

Em função da presença de diferentes tipos de comportamentos de risco envoltos no processo de desenvolvimento juvenil como o uso de álcool e outras drogas, comportamentos sexuais de risco e conduta antissocial (ZAPPE; ALVES; DELL'AGLIO, 2018), que se evidenciou a necessidade de pensarem um conjunto de normas de ordenamento jurídico que atendesse às demandas peculiares desta etapa do ciclo vital. Como forma de garantir a proteção integral aos direitos das crianças e adolescentes, foi criado em 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por meio da lei Nº 8.069. Trata-se de uma política de atendimento que assegura condições favoráveis para o desenvolvimento psicossocial destes sujeitos, que estão contemplados no artigo 227 da Constituição Federal, cujo texto deste documento defende:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2016, p. 356-357).

A promulgação do ECA foi fruto de pressões populares e evidências científicas mostradas em pesquisas, que indicaram a vulnerabilidade social e familiar presente durante o processo de desenvolvimento na adolescência. Dentro da categoria de vulnerabilidade, temos o

uso abusivo de substâncias psicoativas como um dos principais problemas que afetam o público juvenil, interferindo em todas as esferas da vida do sujeito.

Costacurta, Toso e Frank (2015) evidencia a vulnerabilidade social presente durante todo o percurso da trajetória existencial. Os autores identificaram que 50% dos adolescentes que abandonaram o tratamento, faziam parte de famílias de baixa renda e contextos sociais precários. Nesse interím, faz-se necessário refletir o seguinte questionamento: “Qual a causa principal para a evasão do tratamento? Foi o tratamento que não contemplou as demandas dos sujeitos ou foi o contexto precário a qual estavam submetidos que influenciou nesse processo?” O estudo supracitado não faz menção às motivações que influenciaram no abandono do tratamento, apenas menciona que aspectos sociais foram identificados neste perfil. Diante disso, subtende-se a influência de elementos sociais na conjuntura da drogadição.

4.3 DROGADIÇÃO: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

No contexto brasileiro, os critérios diagnósticos adotados pelo Ministério da Saúde que definem a dependência química baseiam-se no CID-10, cujo Manual considera como sintomas:

- um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
- um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: a síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas (exemplos claros disto são encontrados em indivíduos dependentes de álcool e opiáceos, que podem tomar doses diárias suficientes para incapacitar ou matar usuários não tolerantes);
- abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
- persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga (CID-10, 1993, p. 74-75).

Na prática diagnóstica, para avaliar o padrão de consumo, averigua-se o tipo de droga utilizada e os seus efeitos no organismo, o tempo de uso, as condições biológicas e psicológicas do adicto e o ambiente em que ocorre o uso dessas drogas (SILVEIRA; MOREIRA, 2006). Para estabelecer o diagnóstico fidedigno e adequado de dependência química, a OMS (2017) menciona a necessidade de que o quadro de dependência química esteja atrelado a prejuízos fisiológicos, sociais, ocupacionais e psicológicos.

Sobre o adicto, é importante fazer uma triagem dos aspectos biológicos, no sentido de rastrear a influência genética no desenvolvimento do quadro de dependência. Há evidências científicas mostrando que pessoas adictas apresentam menor número de receptores de dopamina, o que possivelmente é determinado pela genética, uma vez que para compensar o déficit nesse sistema, as pessoas procuram a obtenção de prazer por meio das drogas (SILVEIRA, 1996). Os aspectos neurológicos também influenciam no processo de dependência química, visto que as drogas em geral ativam a via de recompensa cerebral, fomentando sensação de prazer, o que implica na intensificação do uso.

Como uma forma de transcender ao diagnóstico, Frankl (2005) defende a importância do encontro existencial entre profissional de saúde e paciente, apontando a necessidade de se colocar o conhecimento psicopatológico entre parênteses para compreender de forma holística a pessoa que está presente ao seu lado, a partir do seu universo singular que interpõem-se em toda dinâmica clínica. A práxis psicológica assume o compromisso de compreender a subjetividade humana e sua influência no quadro patológico, avaliando a resposta emitida pelo sujeito frente a sua sintomatologia. Para além da Psicologia, essa práxis deve ser a base para todas as áreas de atuação do campo da saúde. Entretanto, jamais deve ser desprezada a prática clínica imbuída de estratégias de mapeamento e investigação diagnóstica, pautada na compreensão concreta na forma como se delineia o processo saúde/doença e a relação entre o universo de experiências humanas e o adoecimento (PRATTA; SANTOS, 2009).

Trata-se a relação entre drogadição e sujeito por meio de uma perspectiva multifatorial, envolvendo causas de ordem biológica, social, psicológica e espiritual (PRATTA, 2009). Desta forma, a compreensão sobre o fenômeno “droga” deve partir de uma visão holística, visto que abarca uma gama de padrões diferenciados de uso, albergando graus de riscos diversos e variações no nível de comprometimento individual. A forma de reação e gravidade do quadro de dependência química é influenciado pelas diferenças individuais. As manifestações

singulares configuram a dinamicidade de formação de quadros sintomatológicos dos mais diversos possíveis, delineando a constituição de um complexo intrincado de elementos inter e intrapsíquicos que circunda toda a configuração clínica da patologia (ESTAUBER; GUIMARÃES, 2017).

Partindo dessa perspectiva, a dimensão individual fomenta implicações na forma como o quadro sintomatológico se manifesta e nas especificidades de cada patologia (PRATTA, 2009). Desta forma, essas diferenças individuais nas manifestações da patologia devem tecer todo o processo de elaboração e condução do plano terapêutico, visto que cada pessoa é única e irrepetível e, portanto, o quadro clínico é influenciado por essas peculiaridades. As intervenções devem se pautar na construção do Plano Terapêutico Individual, considerando as particularidades de cada caso clínico (BRASIL, 2003). Todas as ações devem ser pensadas e articuladas para atender as demandas e necessidades subjetivas.

O processo de confecção de estratégias terapêuticas pode ser definido como andar numa terra desconhecida ou navegar num mar inexplorado. Assim, a cada dia que vai se prosseguindo a jornada e desbravando o lugar, vai se conhecendo a dinâmica de funcionamento do ambiente e, por conseguinte, tendo maior propriedade e conhecimento a respeito da região, permitindo a elaboração de um plano de intervenção de acordo com a realidade de cada contexto. Concomitantemente, o plano de ação terapêutico se dá por meio do contato com o paciente, mediante escuta atenciosa e empática, a partir de uma anamnese adequada, tomando como parâmetro as queixas do sujeito e os dados sobre sua história pessoal e clínica (SILVEIRA; MOREIRA, 2006).

Em 2019, foi estabelecido a Política Nacional sobre Drogas (PND) pelo decreto Nº 9.761 que assegura como obrigação do Estado desenvolver estratégias de assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, acompanhamento e outros serviços assistenciais às pessoas em contexto de drogadição (BRASIL, 2019). Em se tratando de adolescentes adictos, o plano de intervenção deve comungar dos princípios norteadores do ECA (1990), que é o estatuto em defesa dos direitos desse público específico.

Neste contexto, pauta-se em ações voltadas tanto ao público juvenil quanto ao contexto familiar, visando o fortalecimento do vínculo familiar como suporte psicoemocional durante o processo de reabilitação (BRISCHILIARI; ROCHA-BRISCHILIARI; MARCON, 2016; ZERBETTO et al., 2018; PAULA et al., 2014). No que tange à conjuntura terapêutica, a prática clínica parte da logística de redução de danos e recuperação das áreas afetadas do organismo

devido à drogadição (BRASIL, 2010). Dentro das medidas possíveis, temos o treino cognitivo, utilização de fármacos para minimizar o efeito da abstinência, psicoterapia, oficinas terapêuticas, entre outras (PRATTA; SANTOS, 2009).

Por ser um fenômeno complexo e multifatorial, o tratamento da drogadição articula-se por meio de ações interdisciplinares, envolvendo profissionais de diversas áreas como Psicologia, Medicina, Fisioterapia, Enfermagem, Assistência Social, entre outros. Alicerçado por um conjunto de medidas articuladas e dialogadas entre os profissionais de saúde, a práxis interventiva corrobora para a assistência integral e holística ao paciente, engendrando em formas terapêuticas ampliadas e fundamentadas por um trabalho intersetorial (BRASIL, 2003).

4.4 FAMÍLIA NO ÂMBITO DA COMPREENSÃO MULTIFATORIAL SOBRE O FENÔMENO DA DROGADIÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Os adolescentes têm começado o uso de álcool e outras drogas cada vez mais precocemente, ampliando a vulnerabilidade ao abuso e dependência de substâncias (CARDOSO; MALBERGIER, 2014; CANAVEZ; ALVES; CANAVEZ, 2010). A pesquisa realizada pelo CEBRID em 2010 com 50.890 estudantes da rede pública e privada, evidenciou que 42,4% já haviam usado álcool na vida; 9,6% consumiram tabaco e 15,4% utilizaram outras drogas. O estudo transversal de Malta et al. (2011) com uma amostra de 60.973 estudantes do nono ano do Ensino Fundamental de escolas públicas e privadas, concluiu que 71,4% experimentaram bebida alcoólica e 8,7% usaram outro tipo de substância psicoativa. Dados mais recentes da pesquisa realizada por Paiva et al. (2018) com estudantes adolescentes mostraram que 45,6% consumiam álcool, 1,5% maconha, 0,3% cocaína e 1,7% inalantes.

O consumo indevido de drogas lícitas e ilícitas é permeado por um conjunto complexo de elementos de natureza biopsicossocioespiritual que circundam o cotidiano de milhões de adolescentes (PRATTA, 2009). Desta forma, a dependência química envolve a conjugação e a interdependência desses elementos que estão em constante interação ao longo da trajetória existencial, delineando a configuração de processos intrincados para a inicialização e gravidade desse fenômeno psicopatológico na vida humana.

No que diz respeito à etiologia de natureza biológica, evidencia-se a influência da hereditariedade mediante a transmissão da carga genética da vulnerabilidade à drogadição.

Segundo Massas (1999), a incidência da drogadição é três a quatro vezes maior em parentes de primeiro grau de adictos em comparação a população em geral. Essa contribuição de cunho genético pode ser embasada na perspectiva epigenética do desenvolvimento dessa condição psicopatológica, fundamentada na relação interdependente entre o fator genético e situações ambientais favoráveis para o delineamento da dependência química (CANAVEZ; ALVES; CANAVEZ, 2010).

Para além da dimensão biológica, existe a dimensão social que corrobora para o aumento da vulnerabilidade do sujeito ao consumo indevido de álcool e outras drogas. Tem-se a compreensão de que o universo das relações sociais está presente em todas as instâncias da vida humana. No interior desta dimensão, temos a família, a qual fomenta implicações na estruturação e organização de questões que ultrapassam o espaço social e reflete na vida do sujeito como um todo, influenciando na maneira que o mesmo pensa, sente e age.

As relações sociais que os sujeitos estabelecem com os outros podem influenciar no uso de substâncias psicoativas (CAVALCANTE et., 2012). Considerando que os adolescentes são influenciados pelos pares, o ciclo de amizade é um dos elementos preditores para a experimentação de álcool e outras drogas, evidenciados pelos estudos de Alves (2006) e Benchaya (2011). Segundo Porto e Passos (2016), adolescentes moradores de rua apresentam maior probabilidade de consumir substâncias psicoativas, uma vez que o contexto social e habitacional incide numa maior vulnerabilidade para a dependência química.

No que tange ao contexto familiar, os aspectos mais evidentes de sua participação na dinâmica de drogadição são abandono familiar, falta de apoio emocional, ausência de monitoramento dos pais na vida de seus filhos, relações familiares patogênicas (abuso de poder, dificuldades de convivência, apatia), pais que fazem uso de drogas lícitas e ilícitas, incentivos dos pais ao uso dessas substâncias, contextos parentais prejudiciais ao desenvolvimento do sujeito (brigas frequentes entre os pais, por exemplo), entre outros (ZAPPE; DAPPER, 2017; BENCHAYA, 2011; SELEGHIM; OLIVEIRA, 2013). Partindo dessa perspectiva, o contexto familiar disfuncional pode ser preditor de vulnerabilidade ao abuso de substâncias psicoativas, acarretando prejuízos no desenvolvimento saudável na adolescência (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Elicker et al. (2015) evidenciam que o uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas pelos pais influenciam no consumo dessas substâncias por parte do público juvenil. A família exerce influência na constituição humana, sendo um modelo de referência para a formação de

valores, crenças e comportamentos. Desta forma, ao observarem o uso de tais substâncias por parte dos pais, os adolescentes podem ser imbuídos do desejo ou curiosidade de experimentá-las, sendo um fator de risco para a dependência química. Dependendo do tipo de substância psicoativa consumida, o grau de dependência pode variar, destacando-se heroína, cocaína e nicotina como as mais viciantes (CEBRID, 2010).

Por meio da transmissão de valores, hábitos, costumes, crenças e atitudes, a família oferece um espaço rico de trocas intersubjetivas, exercendo papel importante no processo de aprendizagem, à qual o sujeito observando ações executadas por outrem aprendem um repertório de formas de relacionar-se com o mundo (PRATTA; SANTOS, 2007). Desta forma, o comportamento dos pais tende a ser referência na formação da subjetividade humana. É notória a tendência de os filhos seguirem determinados padrões de comportamento de seus pais, introjetando-os na sua forma de agir, perceber e ser-no-mundo. No contexto de drogadição no âmbito familiar, adolescentes apresentam maior probabilidade para o uso abusivo de substâncias psicoativas, visto que as relações sociais podem influenciar no seu comportamento (ELICKER et al., 2015).

Nessa perspectiva, a família assume uma posição de destaque no processo de desenvolvimento juvenil, visto que é a primeira instância que o sujeito tem contato assim que nasce e com ela aprende a forma humana de existir e ser-no-mundo (PRATTA; SANTOS, 2007). Por ser concebida dentro do paradigma positivista como a “célula-mãe da sociedade”, o seio familiar constitui-se como elemento primordial na formação da identidade humana. Por meio da relação familiar, adolescentes aprendem um conjunto de regras, normas, hábitos, costumes, crenças e valores que influenciam na sua constituição psicológica, sendo eixo referencial que delinea o repertório de formas específicas de relacionar-se com o meio social (SILVA et al., 2008).

Neste sentido, as trocas intersubjetivas no seio familiar contribuem na formação da constituição da subjetividade humana (SILVA et al., 2008; PRATTA; SANTOS, 2007). Dependendo das experiências vivenciadas neste contexto, o público juvenil pode assumir comportamentos de risco, dentre eles, o uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas. Constituindo-se como espaço de afeto e apoio, a família pode corroborar para a promoção e prevenção de saúde. Por outro lado, a ausência de qualquer suporte psicoemocional deste contexto pode ser um forte indicador para o aumento da vulnerabilidade em relação ao uso de substâncias psicoativas na adolescência (CAVALCANTE et al., 2012). Portanto, as trocas

intersubjetivas marcadas pela ausência de apoio psicossocial da família constituem-se como fator preponderante para o desencadeamento e agravamento do quadro de dependência química. Diante disso, a família pode configurar-se como fator tanto protetivo quanto patologizador no contexto de drogadição.

Em relação à dimensão individual, a falta de expectativas para o futuro, a curiosidade, a procura por obtenção de prazer, a fuga da realidade, o alívio para o sofrimento são fatores que influenciam no início do consumo de substâncias psicoativas. Segundo Porto e Passos (2016), as emoções e sentimentos ligados ao quadro de forte sofrimento mental como sintomatologia depressiva, ansiedade intensa e baixa autoestima, são elementos preditores para o consumo dessas substâncias.

Frankl (2005) considera a drogadição como resultado do vazio existencial. Esse vazio perpassa toda a dinâmica existencial, tornando o sujeito mais vulnerável ao uso abusivo de drogas. A drogadição é demarcada como um mecanismo de fuga da realidade e das questões que permeiam o universo intra e interpessoal que assolam a existência humana. A ausência de sentido na vida pode impulsionar o homem a procurar dispositivos que possam aliviar sua angústia ou a buscar meios de obtenção de prazer.

Um estudo conduzido por Robin et al. apud Morgado (1985), realizado com soldados que participaram da Guerra do Vietnã, mostrou que durante a fase da guerra, 43% da amostra (13.760 soldados) usava algum tipo de droga, e dentro dessa categoria, 20% tornaram-se dependentes de heroína, substância com alto nível de dependência. Por outro lado, a manutenção dessas prevalências não foi mantida após o regresso da tropa. Dentre os 20% de soldados que se tornaram dependentes, apenas 1% persistiu nessa condição psicopatológica. Esses dados estatísticos evidenciam a contribuição do cenário sociocultural para o delineamento da forma como é constituída as relações de dependência ao uso de álcool e outras drogas.

Conforme dito anteriormente por Silveira (1996), o fenômeno de drogadição na adolescência é imbuído pela inter-relação entre três aspectos: adicto, substância e contexto socio-cultural. A relação estabelecida entre sujeito e substância psicoativa é permeada não apenas por uma questão meramente biológica, mas atravessa o universo macro e micros social, sendo influenciado pelas experiências que o mesmo vai apresentando ao longo da vida. Desta forma, o contexto socio-cultural, à qual o sujeito encontra-se imbuído, atua na configuração de diferentes formas de quadro clínico de dependência química (CAVALCANTE et al., 2012).

A combinação entre os aspectos de ordem biológica, social, psicológica e espiritual articula-se na condução de diferentes formas de manifestação sintomatológica do quadro clínico de drogadição. A decisão de iniciar o consumo de qualquer substância psicoativa depende de um conjunto de questões que atravessa o universo intrapsíquico do sujeito e o mobiliza a diferentes formas de se relacionar com a drogadição (PRATTA, 2009; COSTACURTA; TOSO; FRANK, 2015; FILEV, 2015; SCHENKER; MINAYO, 2005).

O contato direto com a substância psicoativa não implica necessariamente o uso dessa substância (CEBRID, 2010). Partindo do princípio de que o sujeito é um ser eminentemente social (VIGOTSKI, 2010), a motivação que delimita o consumo de substâncias psicoativas vai além de uma interpretação meramente nosológica e médica e alberga questões que permeiam as interações intra e intersubjetivas. Diante disso, o que precisamos compreender é o sentido que mobiliza o sujeito a ingressar no contexto de drogadição e sua relação com o universo social (FRANKL, 2005).

Ademais, é inevitável analisar o fenômeno de drogadição na adolescência sem considerar a combinação complexa de aspectos de natureza biopsicossocioespiritual (OMS, 2017). Não há como dissociar essas dimensões, uma vez que elas estão entrelaçadas e exercem influências entre si. O que se procura compreender nos dias atuais é a porcentagem de contribuição de cada dimensão para o delineamento da drogadição, isto é, tentamos estabelecer um gráfico de pizza, determinando o grau de influência de cada uma.

4.5 DROGADIÇÃO: SOB O OLHAR DA LOGOTERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL

A drogadição é um fenômeno complexo e multifacetado com repercussões macro e microsociais, perfazendo o delineamento de processos intrincados de sofrimento existencial e social. Por se tratar de um fenômeno psicopatológico de natureza multifatorial, evidencia-se a configuração de uma gama de instâncias semânticas e sintáticas embaladas na manifestação do quadro clínico por uma complexa rede de fatores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais (OMS, 2017). Para analisar este fenômeno de forma integral, é necessário a adoção de uma óptica holística, mediado pela utilização de conhecimentos provenientes de diferentes perspectivas teóricas e práticas, permeando um campo amplo de formas de ensinar a tipologia clínica da dependência química. Uma das fontes teóricas com importantes contribuições para a

compreensão deste quadro psicopatológico é a Logoterapia construída por Viktor Emil Frankl, cuja visão antropológica, a Análise Existencial, compreende a drogadição como sintoma da falta de sentido da sociedade contemporânea.

O aumento do consumo abusivo de substâncias psicoativas é reflexo do comportamento atual do cidadão pós-moderno, que preconiza a busca incessante por sensações de prazer como forma de preencher o vazio existencial (FERREIRA; MARX, 2017). O desejo pelas coisas oriundas do mundo sensorial sucumbe o homem ao sofrimento, visto que à medida que o mesmo sacia seus desejos, surgem novos elementos de cobiça para substituir os anteriores, repercutindo numa busca incessante por algo inalcançável, o que implica numa falta que nunca pode ser saciada (FRANKL, 2015). Neste contexto, as substâncias psicoativas tornam-se fontes de prazer, um instrumento de escape ou simplesmente uma fuga da realidade, em que se utiliza como forma de tamponar, muitas vezes, a falta de sentido na vida.

Segundo Frankl (1991), a Logoterapia é calcada em três pilares: liberdade de vontade, sentido da vida e vontade de sentido. Este último tem sido suplantado pela rotina turbulenta do dia a dia, conduzindo o homem à frustração e, concomitantemente, ao vazio existencial. Neste contexto, a frustração da vontade de sentido pode ser um mecanismo catalisador para o abuso de substâncias psicoativas, mediante a postura em direção à satisfação imediata.

A vida frenética imposta pela lógica capitalista caracterizada pelo consumismo desenfreado, a busca incessante por sensações de prazer e a necessidade constante de preencher o vazio existencial que assola a vida humana, conduz uma existência pautada no imediatismo e focada exclusivamente em recompensas presentes no aqui-e-agora, desconsiderando, muitas vezes, as consequências futuras (BAUMAN, 2001). O imediatismo da sociedade contemporânea torna o homem refém de si mesmo e dos seus próprios desejos, aprisionando-o em experiências superficiais e frívolas, o que obscurece a percepção sobre sua realidade.

A vida humana sucumbe ao *modus operandis* e automatismo da organização social, implicando no cenário favorável para adoção de comportamentos de risco pela população como o uso abusivo de substâncias psicoativas, compensações sexuais, vícios e obsessões (VIAPIANA et al., 2018). Trata-se de uma forma de escape ou fuga da realidade adotada pelas pessoas, a fim de experienciar sensações de prazer intensos como modo de ofuscar e sublimar a falta de sentido da sua existência (FRANKL, 2005). Por ativar neurotransmissores como a dopamina capazes de fornecer fontes de prazer, proporciona uma “pseudo-felicidade” e

“pseudo-prazer”, que distancia o homem temporariamente da realidade e ofusca o seu campo visual, camuflando a falta de sentido que assola a sua existência (FERREIRA; MARX, 2017).

Momentaneamente, obtém-se satisfação pessoal com o uso da droga, mas em longo prazo a droga torna-se a pior inimiga da pessoa. Após o consumo dessa substância, o prazer que até então era experimentado, esfacela-se da mesma forma que uma vela quando é acendida; ou seja, com o curto espaço de tempo é consumida pelas chamas. Assim é a pessoa, que a cada ato de uso é dilacerado pela droga. Partindo dessa perspectiva, Frankl (2005) esclarece que a droga se configura como uma forma de escape, fuga da realidade e ofuscamento da evidência de uma vida desprovida de sentido. Durante a prática ritual do consumo dessas substâncias, o adicto é penetrado por sensações adversas de completude momentânea e realização de fantasias imaginárias por meio de ilusões e alucinações induzidas, o que corrobora para o distanciamento da realidade.

Considerando o universo de relações humanas líquidas e frágeis, os valores, hábitos e costumes sociais tendem a se constituir de forma transitória, maleável e fugaz, perpassando um constante movimento de mudança do *éthos* na sociedade, de tal forma que parece não existir uma referência de valores para nortear a vida humana. Neste contexto, percebe-se a desorganização de todas as instâncias da vida social como trabalho, política, economia, família, cultura, relações interpessoais, entre outras (BAUMAN, 2001). Diante disso, a pessoa busca constantemente saciar essa falta mediante a aquisição de sensações de prazer supérfluas, cuja superficialidade caracteriza a relação humana com os planos materiais (FRANKL, 2005).

Nessa perspectiva, a droga é uma fonte transitória de prazer, e à medida que se consome e se esgota o recurso, essa sensação é esvaecida, exigindo doses cada vez maiores para se ter a mesma sensação de gozo (FERREIRA; MARX, 2017). O uso repetitivo dessa substância desencadeia uma soma de elementos que intensificam o adoecimento existencial, fomentando prejuízos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais. Para se obter novamente o prazer até então experienciada, o adicto estabelece uma relação de dependência com a droga, o que implica na repetição do uso, de tal forma que se torna um comportamento automático, permitindo com que a droga ocupe um lugar quase que exclusivo na sua vida. A droga se torna sinônimo de paz, tranquilidade, mansidão, satisfação e júbilo, conduzindo o consumidor a uma teia de sensações opacas, frívolas e desprovidas de sentido (FRANKL, 2015).

O mecanismo de funcionamento da dependência química remete à tríade desejo-pensamento-ato, tornando a pessoa refém desse ciclo que se repete constantemente no seu

cotidiano e a conduz ao esgotamento de suas energias psíquicas, ao aprisionando na cúpula do sofrimento e ao vazio existencial. A impossibilidade de satisfação desse desejo embala a edificação de sintomas de ansiedade, angústia e fissura, impelindo o drogado a encontrar formas a todo custo para saciá-lo até a realização de práticas delituosas como furtos, assassinatos ou a venda indiscriminada do próprio corpo, com o intuito de ter recursos financeiros para obtenção das drogas (FERREIRA; MARX, 2017).

Homens e mulheres são embalados pela crença de que para ser feliz e sentir prazer é essencial a aquisição e consumo da droga, delineando condições propiciadoras para a obliteração, adoecimento e ofuscamento da existência, impossibilitando de albergar outras formas potenciais de júbilo. A droga cria uma realidade alternativa, baseada nos interesses individuais e nos desejos humanos, como forma de transpor a barreira das experiências reais e suprimir toda fonte de infortúnios para a pessoa (FRANKL, 2015). Mas a droga não resolve o problema, mas apenas o camufla e o suplanta da percepção humana. Após a finalização do efeito da droga, os problemas ressurgem como um tsunami e a realidade se mostra tal como se mostra, caracterizada por dificuldades e obstáculos que impedem diariamente respostas carregadas de sentido.

Neste sentido, a droga proporciona uma satisfação quase que imediata e embala o adicto numa redoma de prazer no aqui-e-agora, que o consome gradualmente até se tornar um ser esvaecido, marcado pelo esfacelamento da existência. Ao usar desenfreadamente a droga, o consumidor renega a sua própria liberdade de gerir sua vida, tornando-se marionete dos seus próprios desejos (FRANKL, 2019). Diante disso, a existência humana é atravessada por variáveis condicionantes como a drogadição, implicando no confisco da dimensão noética (FRANKL, 1991). Desta forma, a liberdade humana é suplantada e obliterada, em prol dos desejos supérfluos fomentados pela substância psicoativa.

O homem pós-moderno prioriza sensações de prazer momentâneo, em detrimento de recompensa de longo prazo. Neste contexto, a droga torna-se um dos possíveis recursos proporcionadores de gozo em curto intervalo de tempo, o que desencadeia a necessidade de se recorrer ao uso de forma recorrente até chegar um ponto da indissociabilidade entre o sujeito e a droga (FERREIRA; MARX, 2017). Para além do prazer no aqui-e-agora, a Logoterapia e Análise Existencial propõem um caminho mais árduo em direção à dimensão noética e ao encontro verdadeiro com o sentido da existência, reverberando em processos intrincados de

autoconhecimento, autonomia e posicionamento ativo frente aos condicionamentos sociais, econômicos e políticos (LUKAS, 1992).

O consumo abusivo de substâncias psicoativas amplifica o vazio existencial e tolhe a capacidade do homem de gerir sua vida, sendo a fonte de ofuscamento do ser-no-mundo. Para o adicto, a droga se vincula quase a uma fórmula mágica para a resolução de problemas sociais e existenciais ou simplesmente uma fuga da realidade (FRANKL, 1991). É como se usando a droga a pessoa está liberta do fardo de sua existência, criando uma realidade paralela, em que não existe sofrimento e nem problemas. Para Frankl (2005), a droga proporciona um caminho fácil para a obtenção de prazer com implicações negativas ao longo prazo em diferentes esferas da vida (família, trabalho, educação, ciclo social etc.), desencadeando cenário favorável para o sofrimento existencial e social. Por outro lado, logo se percebe que a droga em vez de tornar fonte de refúgio e satisfação, acaba virando um problema, a que o homem se encontra subjugado.

Em geral, a droga torna-se o símbolo do prazer e felicidade, porém se constitui como um prazer momentâneo, sendo necessário permanecer com o uso recorrente da mesma para obter sensações intensas de prazer e continuar na redoma alicerçada pela pseudo-realidade, arquitetada pela sensação do “eterno prazer”. Tal como o mito da caverna de Platão, a droga aprisiona o homem numa caverna, impedindo-o de enxergar a sua realidade em sua verdadeira forma. Esta situação prende o ser humano numa bolha superficial de sensações supérfluas, que o impede de enxergar a sua interioridade e encontrar algo ou alguma coisa que preencha sua vida de sentido (FRANKL, 2015).

Nesse sentido, a vida frenética imposta pela lógica capitalista e imediatista, que força o ser humano, a todo o momento, a dar conta de uma série de exigências sociais e laborais, desencadeia pensamentos de impotência e incapacidade para gerenciar e manejar todas as demandas que atravessam a sua existência (BAUMAN, 2001). Para se afastar dessa realidade que se mostra cruel e perversa, a pessoa mergulha no movimento constante e repetitivo em direção ao consumo de substâncias psicoativas, contribuindo para o seu aprisionamento gradual e permanente na categoria de dependente químico (FERREIRA; MARX, 2017). Desta forma, a frequência no consumo dessas substâncias engendra um cenário favorável para o delineamento e fixação no quadro psicopatológico denominado de dependência química ou toxicod dependência.

Neste contexto, situações estressoras do dia a dia tornam-se o gatilho para a pessoa decidir fazer uso da substância psicoativa. Perda do emprego, brigas conjugais, mortes de entes queridos, instabilidade e insegurança social, eventos como a pandemia do novo coronavírus, a rejeição de outrem, dificuldades financeiras, acometimento de condições limitantes de saúde, podem constituir alavancas que impulsionam o ser humano ao início e permanência no universo de consumo dessas substâncias (AQUINO et al., 2011). Considerando essa relação de dependência entre adicto, substância e contexto social, como se pode articular um tratamento capaz de transpor o elo que liga a pessoa às drogas?

Frankl (2005) defende a necessidade do suporte psicológico oferecido pela Logoterapia como um instrumento que permite ao ser humano se autoconhecer e descobrir situações potenciais de sentido em sua vida, corroborando para que o mesmo seja fortalecido e capacitado para o desvencilhamento gradual e consistente das drogas rumo às situações mais sublimes de sentido para a sua existência. Nessa perspectiva, ele considera a falta de sentido como uma das principais motivações para o uso indevido de substâncias psicoativas, apresentando a dependência química como um dos tipos de neurose de massa resultado do vazio existencial, somado à agressão e a depressão. Averigua-se que a falta de sentido se constitui como intermediador da relação entre depressão e dependência química (FRANKL, 2005). Nesse ínterim, o sentido da vida é um dos principais mecanismos preditivos para a prevenção do consumo indevido de substâncias psicoativas. Nesse contexto, a Logoterapia é uma importante ferramenta para permitir a sensibilização do ser humano como um ser responsável, livre e capaz de superar o vazio existencial (LUKAS, 1992).

Um dos eixos que deve se direcionar na dinâmica de tratamento da dependência química é identificar o lugar que a droga, seja ela qual for, ocupa na vida do adicto (FRANKL, 1991). Percorrendo nessa seara, torna-se possível perceber o significado pessoal dessa substância, as motivações para o seu uso, a representação tipológica e individual desse quadro psicopatológico e desvendar possibilidades de sentido na vida que até então estava sendo tamponado e camuflado pela droga (AQUINO et al., 2011). À medida que se compreende o universo inter e intrapessoal do paciente, torna-se capaz de acessar as situações motivadoras para o consumo das substâncias psicoativas e, concomitantemente, conduz um espaço para a compreensão integral da pessoa e o delineamento de intervenções assertivas em relação ao cerne do problema e à fonte que ocasiona sofrimento.

Partindo dessa perspectiva, o adicto é encorajado por Frankl a encontrar fontes verdadeiras de sentido para a sua existência, o que implica no empoderamento e posicionamento ativo de sua realidade, de tal forma que o mesmo possa traçar o caminho rumo ao desprendimento do quadro psicopatológico e aproximação das fontes de sentido em diferentes esferas (amor, trabalho, sofrimento etc.) (FERREIRA; MARX, 2017). A Logoterapia enxerga este fenômeno psicopatológico como limitante para a expressão da dimensão noética. Dessa forma, faz-se necessário fomentar a elaboração de um Plano Terapêutico Singular, conduzindo o paciente à ressignificação subjetiva e ao movimento de abertura ao mundo, em busca de sentido.

Frankl (2005) defende a necessidade de o logoterapeuta colocar a doença entre parênteses para se ter um encontro verdadeiro com o paciente, permitindo a construção de terapêuticas capazes de compreender a pessoa em sua integralidade e, concomitantemente, a identificação de suas demandas subjetivas. Neste aspecto, a Logoterapia concebe o sujeito desvinculado da doença, com o intuito de compreendê-lo não como doença e sim como uma unidade biopsicossocioespiritual, com uma bagagem histórica que o faz ser único e irrepetível. Considerando a singularidade da existência humana, a sintomatologia da dependência química pode se manifestar de diferentes formas. Desse modo, nem todos expostos aos sintomas deste quadro psicopatológico manifestam a mesma gravidade de adoecimento. Para o autor, a forma de manifestar o adoecimento é singular para cada pessoa.

Para compreender o sujeito em sua integralidade, deve-se ir além do diagnóstico e enxergar as variáveis que circundam a existência imbricadas no quadro psicopatológico (FRANKL, 2019). Partindo dessa perspectiva, a ênfase no diagnóstico enseja o reducionismo do processo terapêutico, perfazendo a construção de uma compreensão limitada sobre o fenômeno patológico, cuja prática torna o homem a-histórico e desprovido de vivências pessoais (LUKAS, 1989). Nota-se que a delimitação do diagnóstico ofusca o sujeito e seu adoecimento, o que implica na alienação do mesmo sobre seu próprio adoecimento.

Faz-se necessário compreender os determinantes sociais e individuais responsáveis pela configuração do quadro de dependência química, com o intuito de enxergar as variáveis causadoras de sofrimento existencial e social (AQUINO et al., 2011). A partir disso, podem-se adentrar os universos mais inóspitos da existência humana e, mesmo assim, o paciente pode vislumbrar formas de superar tais limitações, a fim de alcançar situações potenciais de sentido. Na prática clínica, a Logoterapia trata o sujeito como o protagonista da sua própria história e

imbuído da capacidade de gerenciar a substanciação do quadro psicopatológico, configurando a sua existência como um ser autotranscendente e aberto às possibilidades de sentido (FRANKL, 2015).

Por meio da reflexão e sensibilização sobre as questões de ordem pessoal, social e espiritual, Frankl enxerga o paciente como um ser imbuído de uma intencionalidade capaz de se posicionar diante dos determinismos e de vislumbrar possíveis soluções diante de problemas existenciais e sociais. Partindo-se dessa análise, ele é incentivado a assumir um posicionamento ativo sobre a sua realidade, perfazendo o delineamento de posturas atitudinais capazes de penetrar as situações mais limitantes de sua vida e ressignificá-las, ao ponto de contribuir para o seu amadurecimento pessoal. Mediante o contato com a dimensão noética, o sujeito é capaz de atravessar searas em busca de sentidos no decorrer de sua existência, albergando valores rumo à consumação de sua existência (FRANKL, 2005).

Por se tratar de um fenômeno multifatorial, Frankl (2015) defende a adoção de uma perspectiva holística para a compreensão da drogadição, abarcando a análise dos elementos de natureza biológica, psicológica, social e espiritual que circundam a existência humana. Nesse ínterim, convida a pessoa com problemas decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas a realizar um exame mental dos aspectos históricos, econômicos, políticos, sociais e culturais que permeiam sua existência, reverberando na compreensão holística sobre a filogênese e ontogênese de seu sofrimento existencial e social, cuja análise implica na percepção da inter-relação dos eventos macro e microsociais, que delineiam a dinâmica da vida humana (LUKAS, 1989).

Destarte, a Logoterapia e Análise Existencial são fontes ricas de pressupostos teóricos e práticos para a compreensão e tratamento da drogadição, conduzindo um espaço amplo para a identificação da relação entre o abuso de droga e a realidade subjetiva dos usuários, cujo objetivo é resgatar o sentido em cada situação da vida como eixo central do processo de recuperação dos pacientes. Dessa forma, o sujeito é encorajado a enlaçar posições críticas sobre os condicionamentos sociais que se interpõem em sua vida cotidiana, traçando trajetórias direcionadas à “libertação dos grilhões” que o prende e impede de enxergar possibilidades de sentido para a sua existência.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

A metodologia empregada na construção dessa pesquisa se fundamentou na abordagem quanti-qualitativa de natureza descritiva e exploratória, com o intuito de compreender com maior riqueza de detalhes o fenômeno estudado, a partir da aplicação de escalas, questionários e entrevistas. A integração entre método quantitativo e qualitativo mostra-se necessário para analisar o fenômeno de maneira holística, uma vez que a separação das duas abordagens limita a compreensão da realidade observada. Segundo Bruggemann e Parpinelli (2007), “a combinação dos métodos qualitativo e quantitativo produz a triangulação metodológica, que, numa relação entre opostos complementares, busca a aproximação do positivismo e do compreensivismo” (p. 564).

O método quantitativo se pautou na investigação empírico-descritiva, com a utilização de escalas, questionários e entrevistas. Desta forma, foram coletadas várias informações a partir da obtenção de um conjunto de variáveis, identificando e descrevendo o fenômeno analisado. Considerando o caráter exploratório da pesquisa, foi investigado o suporte familiar e sua relação com o delineamento da drogadição, analisando o seu poder de influência antes e durante o processo de reabilitação.

O método qualitativo foi baseado na utilização de entrevista semiestruturada, a fim de se obter um maior nível de inferência e profundidade sobre o fenômeno analisado. A partir do discurso do sujeito, foi possível acessar o seu universo inter e intrapsíquico, compreendendo a sua realidade. Essa modalidade de entrevista, fundamentada na elaboração prévia de um roteiro, corrobora para maior flexibilidade na condução do processo, permitindo a inclusão de novos questionamentos durante o diálogo com o entrevistado.

Neste sentido, as abordagens quantitativa e qualitativa contribuíram para a compreensão da realidade a partir de diferentes aspectos (BRUGGEMANN; PARPINELLI, 2007). A primeira auxiliou na produção de dados numéricos sobre a gravidade do quadro de dependência química e a percepção do usuário sobre o suporte psicossocial, utilizando-se de recursos estatísticos como porcentagem, desvio-padrão e média; e a segunda permitiu a compreensão holística das relações sociais, particularmente, relacionadas ao seio familiar, no delineamento do quadro de drogadição a partir das informações obtidas no discurso dos pesquisados. Partindo

dessa perspectiva, o método quanti-qualitativo “interpreta as informações quantitativas por meio de símbolos numéricos e os dados qualitativos mediante a observação, a interação participativa e a interpretação do discurso dos sujeitos (semântica)” (KNECHTEL, 2014, p. 106).

5.2 CARACTERIZAÇÕES DO CAMPO DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD III) com adolescentes adictos. Essa instituição fica localizada na Rua Noberto Leal, Bairro do Alto Branco, no município de Campina Grande, Paraíba. O CAPS AD III atende em média 20 usuários mensalmente no período anterior à pandemia, especificamente o público infanto-juvenil. Em decorrência do agravamento da pandemia da Covid-19, o CAPS AD III restringiu o número de pacientes atendidos para 10 usuários no período correspondente à coleta de dados da pesquisa, fundamentado em critérios de gravidade do quadro clínico. Nos dias atuais, a instituição está sob a coordenação da profissional de saúde Lara Suerda.

A dinâmica de atendimento da referida instituição pauta-se em três instâncias: medicalização, psicoterapia e orientação. Os usuários são assistidos diariamente por uma equipe multiprofissional, envolvendo profissionais de diversas áreas como médico, enfermeiro, psicólogo, técnico em enfermagem, fisioterapeuta, entre outros, cuja atuação profissional fundamenta-se numa relação colaborativa e participativa no processo de reabilitação dos usuários (BRASIL, 2002). Segundo Filho et. al (2004), o trabalho desenvolvido nas instituições de saúde mental articula-se como um sistema dinâmico e aberto, constituído por um trabalho em rede com conexões contínuas e dialógicas.

A proposta do CAPS AD III surgiu com a criação da Lei Nº 10.216 de 06 de abril de 2001, conhecida como a Lei da Saúde Mental ou Lei de Paulo Delgado, implementada com o intuito de garantir os direitos das pessoas com sofrimento mental e redirecionar os serviços em saúde mental. Trata-se de uma das modalidades de atendimento do Centro de Atenção Psicossocial que garante a proteção e os direitos das pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002). Esse serviço assistencial é pautado numa perspectiva holística de tratamento, albergando na prática interventiva todos os elementos que circundam a realidade da vida humana, que interferem no quadro sintomatológico do paciente (LEAL; ANTONI, 2013).

O CAPS AD III integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) atuando na construção de estratégias voltadas à reintegração psicossocial dos pacientes adictos. O aporte assistencial baseia-se nos princípios da integralidade do cuidado, atuação territorial e redução de riscos e danos. Fundamentado no princípio de territorialidade, os CAPS de modo geral são construídos em cada região de acordo com uma população mínima previamente estabelecida. No que diz respeito ao CAPS AD III, o atendimento é delimitado a cidades ou regiões com mais de 150 mil habitantes, oferecendo serviços de acolhimento e regime de internação 24h por dia (BRASIL, 2002).

A configuração assistencial do CAPS AD III baseia-se na assistência integral e holística, pautada na reabilitação psicossocial, articulando os diversos aspectos que circundam a dinâmica de cuidado e atenção em saúde mental a partir da perspectiva de cuidado contínuo, comunitário, interdisciplinar e multiprofissional (LEAL; ANTONI, 2013). Considerando o processo de intervenção para o público infanto-juvenil, pauta-se em estratégias de articulação entre quatro eixos: sujeito, família, escola e sociedade, cuja função é promover espaço de fortalecimento de vínculos socioafetivos e participação dos agentes sociais na dinâmica do tratamento, a fim de potencializar o processo de reabilitação (BASTOS et al., 2014). Partindo dessa perspectiva, o CAPS AD III tem como função favorecer a construção de espaço amplo de expressão da singularidade, socialização, interação, (re) abilitação, (re) construção e (re) inserção social.

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população para o desenvolvimento do trabalho e levantamento de dados foi de 06 (seis) adolescentes entre a faixa etária de 13 e 17 anos de idade atendidos pelo CAPS AD III. O número limitado de participantes foi resultado das mudanças de funcionamento da referida instituição e agravamento da pandemia da Covid-19 no cenário brasileiro.

5.4 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro e março de 2021.

5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para a realização desta pesquisa, o público-alvo foi adolescentes em contexto de drogadição atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, localizado na Rua Noberto Leal, Bairro do Alto Branco, no município de Campina Grande, Paraíba.

5.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pessoas abaixo de 12 anos e acima de 18 anos, que não têm problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas e que não são atendidos pela referida instituição.

5.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Considerando os objetivos propostos, utilizou-se inicialmente o questionário sociodemográfico (apêndice 1) para a obtenção de informações pessoais como idade, sexo, formação acadêmica, renda familiar, estado civil, religião, entre outras. Após isso, foram aplicadas duas escalas denominadas de: Escala de Emoções Vivenciadas em Ambiente Familiar (BEAF) (anexo 1) e Escala Apgar de Família (anexo 2). Por último, foi aplicada uma entrevista semiestruturada (apêndice 2), a fim de se analisar o discurso dos pesquisados acerca do fenômeno da drogadição e a influência do contexto familiar para o delineamento desse quadro clínico. Na aplicabilidade da entrevista semiestruturada, foi utilizado o recurso de gravação em áudio para posterior análise do discurso, processo esse baseado nas transcrições destas gravações, com o uso do Termo de Consentimento de Gravação de Áudio (anexo 4) assinado pelos pais e/ou responsáveis dos menores de idade. Para a garantia da participação voluntária e espontânea, os pais ou responsáveis dos pesquisados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 3), a fim de proteger juridicamente os envolvidos na pesquisa e os menores de idade assinaram o Termo de Assentimento (anexo 5).

A aplicação dos instrumentos ocorreu de forma presencial no Centro de Atenção Psicossocial destinado às crianças e adolescentes adictos na cidade de Campina Grande-PB, corroborando para o contato com a realidade institucional dos pesquisados. Durante a execução dos instrumentos, a pesquisadora preencheu as perguntas fechadas, enquanto as abertas foram

gravadas em áudio para posterior transcrição. Após cada visita à instituição, foi produzido um diário de campo para a transcrição dos discursos dos entrevistados.

5.8 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos resultados obtidos foi realizada por meio da ferramenta *Software Estatístico Livre R*, para o estudo e elaboração dos gráficos e tabelas. Sobre a interpretação das informações obtidas pela entrevista semiestruturada realizou a análise de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefevre, fundamentada na premissa de que a individualidade humana é fomentada mediante as relações sociais, isto é, a formação das crenças, valores e hábitos do indivíduo se articulam com suas vivências coletivas. Os resultados colhidos foram interpretados por meio da literatura estabelecida na construção desse projeto, a saber, a Logoterapia e Análise Existencial e a perspectiva do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefevre.

5.9 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi apreciado e aprovado pela Plataforma Brasil com parecer favorável do comitê de ética da Universidade Estadual da Paraíba, cujo registro do CAAE é 35852620.7.0000.5187. Esta pesquisa assumiu o compromisso de garantir o sigilo das informações obtidas e o respeito a todos os participantes. Para assegurar o caráter voluntário da pesquisa, os pais e/ou responsáveis dos menores de idade assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 5) e Termo de Consentimento de Gravação de Áudio (Anexo 6).

5.10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Durante o período de coleta de dados entre o mês de fevereiro e março de 2021, a presente pesquisa passou por dificuldades em sua execução, em decorrência do agravamento da pandemia da Covid-19, ficando inacessível o contato com os usuários acompanhados pelo CAPS AD III que totalizavam 20 usuários e foi reduzido para 10 assistidos. No mesmo intervalo

de tempo, concomitante à realização da pesquisa, alguns usuários ficaram maiores de idade e outros obtiveram conclusão do tratamento de reabilitação psicossocial.

Para a preservação da saúde dos usuários e profissionais, o CAPS AD III adotou as medidas sanitárias de segurança da Organização Mundial da Saúde (2020) como agendamento de consultas para acompanhamento psiquiátrico, interrupção das atividades e oficinas grupais, fornecimento de equipamentos de segurança aos profissionais, controle no fluxo de visitas de pacientes no interior da instituição. Essas medidas fomentaram um cenário limitante para a realização da coleta de dados da pesquisa, chegando ao ponto de se tornar inviável a continuidade desse processo.

As visitas dos usuários à instituição se baseavam no dia da presença do psiquiatra, cuja prática clínica ocorria nas terças e quartas-feiras apenas no turno matutino. Partindo dessa perspectiva, a instituição organizou um calendário de acompanhamento psiquiátrico entre os usuários assistidos, conforme a demanda clínica e a gravidade do quadro sintomatológico. Respeitando as medidas de segurança, a instituição delimitou dois usuários em cada dia de atendimento, totalizando 10 participantes ao longo do período de coleta de dados presencial.

Como o projeto de Trabalho de Conclusão de Curso já tinha sido submetido à Plataforma Brasil e apreciado pelo comitê de ética da UEPB em 2020, o orientador e a discente tinham a expectativa de que no ano de 2021 ocorresse a estabilização da curva de contágio da Covid-19 no cenário brasileiro. Embora tais expectativas não foram vislumbradas no cenário de 2021, os mesmos optaram por realizar a pesquisa nesse contexto limitante para as pesquisas presenciais por considerarem a importância do referido estudo nas produções científicas brasileiras.

Considerando a proibição da realização de pesquisas presenciais pela Universidade Estadual e atendendo as medidas de segurança do Ministério de Saúde (2020), o orientador e a discente optaram por finalizar a coleta de dados com um número reduzido da amostra, obedecendo as premissas dos órgãos competentes de saúde. Neste contexto, a estimativa inicial do estudo era a obtenção de 20 (vinte) participantes, mas com o agravamento da pandemia da Covid-19, a coleta de dados foi interrompida e o alcance da pesquisa se restringiu a 06 (seis) registros de respostas.

Embora as limitações de acesso ao CAPS AD III em decorrência do cenário pandêmico, a pesquisadora compareceu sete encontros à instituição, obtendo a participação de seis participantes. Em cada encontro, a pesquisadora aplicou os instrumentos da pesquisa com um

usuário durante os intervalos da consulta com o psiquiatra. No entanto, um dia que a pesquisadora compareceu a instituição não houve atendimentos clínicos, em razão de uma reunião agendada para o dia em questão com os profissionais e gestores públicos.

Dentre os 10 usuários que eram acompanhados pela instituição ao longo do mês de fevereiro e março de 2021, 06 deles participaram da pesquisa. O número de adesão de usuários correspondeu a 60% dos assistidos pela instituição. Em relação aos 40% que não fizeram parte da amostra, correspondeu ao dia que a pesquisadora não pôde comparecer ao CAPS AD III. Em obediência às medidas sanitárias de segurança para conter o avanço da Covid-19, não houve continuação da coleta de dados.

No entanto, foi considerada a quantidade de pesquisados e as experiências obtidas durante a coleta de dados como espaços fecundos para a compreensão sobre a dinâmica das variáveis familiares responsáveis pelo desencadeamento, agravamento ou redução do quadro de drogadição no público adolescente. Embora com número limitado de participantes, foi possível analisar a relação entre o suporte familiar e o contexto de drogadição juvenil, assim como identificou-se outras variáveis associadas a essa condição psicopatológica.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES

Tabela 1 – Informações sociodemográficas dos participantes e seu contexto familiar.

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	4	66,67
	Masculino	2	33,33
Etnia	Negro	2	33,33
	Pardo	4	66,67
Religião	Catolicismo	1	16,67
	Protestantismo	2	33,33
	Espiritismo	1	16,67
	Sem religião	2	33,33
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	5	83,33
	Ensino Médio Incompleto	1	16,67

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

A tabela 1 apresenta dados sociodemográficos dos participantes como sexo, etnia, escolaridade e religião. Os instrumentos foram aplicados em seis adolescentes. Destes 66,67% eram do sexo feminino e 33,33% do sexo masculino. Em relação à etnia, 66,67% eram pardos e 33,33% negros. Outrossim, 66,67% tinham práticas religiosas e 33,33% não tinham religião. No que diz respeito à escolaridade, 83,33% apresentavam o ensino fundamental incompleto e 16,67% ensino médio incompleto.

Tabela 2 – Apresentação da média desvio-padrão da variável idade, quantidade de familiares e irmãos.

Variável	Média	Desvio-padrão	Mínimo	1º Q	2º Q	3º Q	Máximo
Idade	14,83	2,14	12,00	13,00	15,00	17,00	17,00
Nº de Familiares	2,67	1,03	1,00	2,00	3,00	3,00	4,00
Nº de Irmãos	2,00	1,41	0,00	1,00	2,00	3,00	4,00

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

A média da idade dos pesquisados foi 14,83 com desvio-padrão de 2,14. A média de pessoas que compõe o núcleo família foi 2,67 com desvio-padrão de 1,03. Em relação à quantidade de irmãos, a média foi 2 com desvio-padrão de 1,41 (tabela 2).

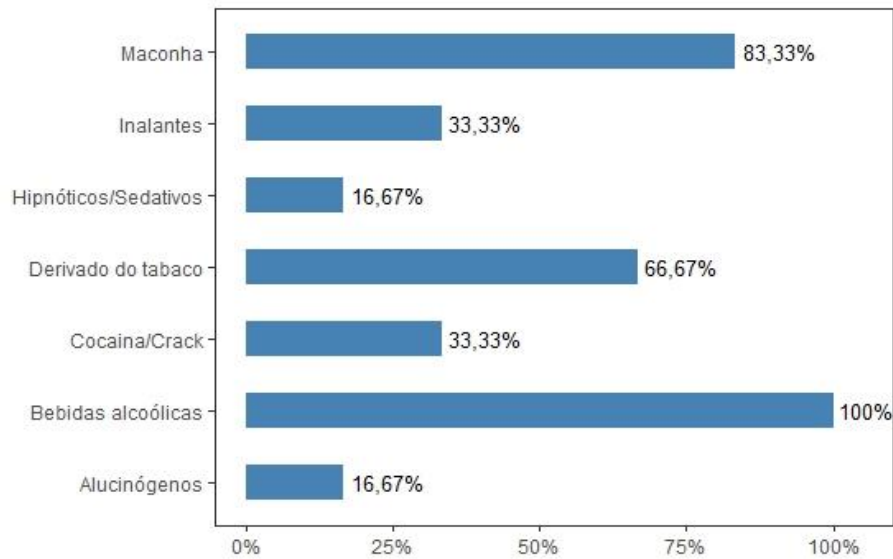
Tabela 3 – Informações sobre o contexto familiar.

Variável	Categoria	n	%
Estado civil dos pais	Casados	2	33,33
	Divorciados	4	66,67
Escolaridade do pai	Fundamental incompleto	2	33,33
	Médio completo	2	33,33
	Não informado	2	33,33
Escolaridade da mãe	Fundamental incompleto	1	16,67
	Médio completo	3	50
	Não informado	2	33,33
Renda mensal da família	Até um salário mínimo	1	16,67
	Entre um e dois salários mínimos	4	66,67
	Não foi informada	1	16,67
Tipo de imóvel	Alugado	1	16,67
	Herdado	2	33,33
	Próprio	3	50

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

A tabela 3 evidencia informações inerentes à estrutura familiar, mostrando que 66,6 % dos pais dos adolescentes são divorciados e 33,33% são casados. Em relação à escolaridade, 33,33% da categoria pai apresenta ensino fundamental incompleto, 33,33% ensino médio completo e 33% não foi informado por falta de conhecimento na ficha do adolescente. Por outro lado, 50% da categoria mãe apresenta ensino médio completo e apenas 16,67% ensino fundamental incompleto, identificando maior escolaridade da figura materna em comparação a paterna. A maioria das famílias analisadas, em torno de 66,67%, vivem em média com um a dois salários mínimos. O imóvel de moradia é aquisição própria em 50% das famílias.

Figura 1 – Substâncias psicoativas consumidas pelos familiares.



Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

A figura 1 mostra que o uso indevido de bebidas alcoólicas foi recorrente em todas as famílias. Outrossim, em segundo e terceiro respectivamente, temos a maconha e derivados do tabaco como as drogas mais consumidas pelos familiares, enquanto os alucinógenos e hipnóticos/sedativos foram as menos consumidas. Pode-se perceber elevado consumo de drogas no interior da família.

6.2 INFORMAÇÕES PRELIMINARES A RESPEITO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para resguardar o anonimato dos seis participantes, utilizou-se pseudônimos para a identificação dos mesmos durante a discussão e análise das informações coletadas pela presente pesquisa.

Caso 1: Maria, sexo feminino, solteira, estudante do oitavo ano do ensino fundamental, espírita praticante, 17 anos de idade, natural de Campina Grande/PB, tem sido acompanhada pelos profissionais de saúde do CAPS AD III por um período de 03 anos com histórico de

consumo de derivados do tabaco, bebidas alcoólicas, maconha, cocaína, crack e hipnóticos. A mesma iniciou o consumo de substâncias psicoativas aos 13 anos de idade, ingerindo pela primeira vez a maconha que foi a porta de acesso em direção ao crack e à cocaína. A família tem histórico de consumo abusivo de substâncias psicoativas como tabaco, bebidas alcoólicas, maconha, inalantes, hipnóticos/sedativos e alucinógenos. Sobre a ocupação profissional da família, a mãe é prestadora de serviço numa instituição pública e o pai é aposentado. A renda mensal da família consiste em dois salários mínimos. Ela foi encaminhada para o serviço assistencial do CAPS AD III mediante decisão da família com incumbência do Conselho Tutelar.

Caso 2: Teresa, sexo feminino, solteira, evangélica praticante, 14 anos de idade, natural de Campina Grande/PB, tem recebido assistência psicológica pelo CAPS AD III durante um ano com histórico de consumo de bebidas alcoólicas. A mesma se encontra na instituição por imposição da sua mãe e não por vontade própria. Essa medida foi acionada pela mãe, em razão de um único episódio de uso de álcool durante uma festa de aniversário de um familiar, quando a mesma tinha 13 anos de idade. Em relação ao contexto escolar, a mesma desistiu dos estudos, chegando a cursar até o segundo ano do ensino fundamental. No que diz respeito à família, ela foi abandonada pelos pais quando era uma bebê e adotada por uma senhora religiosa que a acolheu e a tratou como filha. Ela nunca conheceu os pais biológicos e até então é criada por essa senhora que a inseriu desde pequena nas cerimônias religiosas. Por outro lado, a família adotiva apresenta histórico do consumo indevido de álcool, considerado pela mesma como estímulo à drogadição. A renda mensal da família consiste em média no valor de R\$ 1.900,00.

Caso 3: Ana, sexo feminino, solteira, estudante do primeiro ano do ensino médio, sem religião, 17 anos de idade, natural de Campina Grande/PB, submetida ao tratamento CAPS AD III há 05 meses com histórico de consumo abusivo de derivados do tabaco, bebidas alcoólicas e maconha. A mesma teve o primeiro contato com as substâncias psicoativas aos 14 anos de idade com o uso da maconha. A família tem histórico de consumo de tabaco, álcool e maconha, condição agravante no quadro clínico da paciente. A sua estadia na instituição se fundamenta na imposição dos pais, não havendo espontaneidade e interesse da mesma em seu processo de reabilitação. No que diz respeito à ocupação profissional da família, tanto o pai quanto a mãe exercem funções assalariadas no setor privado de vendas. A renda mensal da família não foi informada.

Caso 4: João, sexo masculino, solteiro, evangélico não praticante, 12 anos de idade, natural de Campina Grande/PB, com histórico de evasão escolar e reincidente no segundo ano do ensino fundamental. Durante o período de dois anos, o mesmo é acompanhado por uma equipe de saúde do CAPS AD III com histórico de uso indevido de derivados de tabaco, bebidas alcoólicas e maconha. O primeiro contato com as substâncias psicoativas foi aos 06 anos de idade com a ingestão de bebidas alcoólicas e maconha. No seio familiar, há histórico de uso abusivo de tabaco pela mãe, bebidas alcoólicas pelo pai, maconha, cocaína e crack pelos tios. Outrossim, o pai tem histórico de criminalidade e atualmente é ex-presidiário, com ocupação profissional na função de mototaxista; enquanto a mãe atua como cabeleireira. A renda mensal da família consiste em dois salários mínimos.

Caso 5: Pedro, sexo masculino, solteiro, estudante do oitavo ano do ensino fundamental, católico não praticante, 16 anos de idade, natural de Recife/PE, tem recebido assistência psicossocial do CAPS AD III por um período de 04 anos, cujo histórico clínico envolve o consumo indevido de derivados de tabaco, bebidas alcoólicas, maconha, docinho, loló, crack e cocaína. O mesmo iniciou o consumo de substâncias psicoativas aos 10 anos de idade com ingestão de maconha e, posteriormente, o uso de crack e cocaína. A família tem histórico de consumo abusivo de substâncias psicoativas tais como bebidas alcoólicas, maconha, cocaína, crack, inalantes, loló, balinha e docinho. O pai tem antecedentes criminais com envolvimento em tráfico de drogas numa favela em Recife. Os pais de Pedro estão separados há 15 anos e o mesmo atualmente mora com a mãe no município de Campina Grande/PB. A sua estadia no CAPS AD III é delimitada por ordem judicial, em razão do mesmo ser indiciado por atos criminais e envolvimento com o tráfico de drogas. Por ser menor de idade e estar na condição de dependente químico, a justiça determinou a permanência do mesmo na referida instituição como forma de reabilitação psicossocial. A família passa por sérias dificuldades financeiras, em razão da mãe estar desempregada e viver majoritariamente do programa federal de Bolsa Família, cuja renda é incapaz de abarcar todas as despesas básicas de sobrevivência.

Caso 6: Madalena, sexo feminino, casada, sem religião, 16 anos de idade, natural de Campina Grande/PB, com histórico de evasão escolar e reincidente no oitavo ano do ensino fundamental. A mesma se encontra em processo de reabilitação psicossocial no CAPS AD III há 02 anos, com histórico do primeiro uso de drogas aos 09 anos de idade com ingestão de maconha e, posteriormente, cocaína, inalante, LSD, heroína, loló e crack. A família apresenta antecedentes de uso abusivo do tabaco pelo pai, bebidas alcoólicas pelo marido e maconha pelo

primo. A mesma foi encaminhada à instituição supracitada mediante iniciativa do Conselho Tutelar proporcionada pelo aval da família. Madalena mora com o marido na casa dos pais, cuja renda mensal da residência corresponde a dois salários mínimos.

Nessa perspectiva, a presente pesquisa obteve a adesão de 06 (seis) adolescentes durante o período de coleta de dados presencial. Por outro lado, não houve a participação de nenhuma criança no estudo, haja vista que a instituição no período de coleta entre fevereiro e março não recebeu esse perfil de paciente para tratamento. Em razão do agravamento da pandemia da Covid-19, o orientador e a discente se viram impelidos a interromper a coleta de dados na referida instituição mediante a adoção das medidas sanitárias de segurança apontadas pela Universidade Estadual da Paraíba e pelo Governo do mesmo Estado. Como não houve adeptos para a realização da coleta de dados de forma remota, utilizou-se apenas seis participantes para a análise dos resultados mediante a perspectiva descritiva e exploratória como recurso metodológico adequado para reunir as informações mais relevantes de forma imparcial, realizando comparações entre as hipóteses para obtenção de análise holística das respostas obtidas.

6.3 ANÁLISE DOS RELATOS DOS PARTICIPANTES MEDIANTE A METODOLOGIA DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE LEFEVRE

A metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) desenvolvida por Levefre (2010) se fundamenta na ideia de que o desenvolvimento do indivíduo se dá mediante o convívio social, tratando a coletividade como espaço de influência na forma como o mesmo pensa, sente e age. Outrossim, a interdependência entre homem e sociedade é o elo de conexão com diferentes formas de percepção da realidade, forma concreta de objetivação coletiva do mundo. Essa teoria se fundamenta na organização de quatro critérios de análise: categorias, ideias centrais, ancoragens (enraizamento social da representação) e representações sociais (ideias e crenças fundamentadas na coletividade).

Segundo Levefre (2010), a constituição humana é delineada pela interposição simultânea de elementos individuais e coletivos. Desta forma, o conjunto de crenças, valores, hábitos e costumes presentes em cada indivíduo é resultado das vivências sociais ao longo de sua trajetória existencial. Essa proposta metodológica concebe a existência de processos

intrincados de reconstituição humana ou entidade coletiva mediante a expressão do discurso construído na primeira pessoa do singular reverberado pelo funcionamento das representações sociais.

Partindo dessa perspectiva, a presente pesquisa adotou a perspectiva metodológica de Lefevre, em razão do grau de eficiência para analisar a relação entre suporte familiar e o contexto de drogadição na adolescência. Trata-se de uma abordagem eficiente para o processamento das diferentes formas de expressão coletiva obtidas nos discursos dos pesquisados. Para análise dos resultados de natureza qualitativa, organizou-se um quadro dividido em quatro itens: categorias, expressões-chave, ideias centrais e ancoragens (quadro 1), com o intuito de analisar integralmente cada categoria sob a dimensão humana em suas diferentes facetas, considerando os aspectos de natureza biológica, psicológica, social e espiritual na práxis interpretativa dos conteúdos discutidos.

Quadro 1 - Análise da relação entre o suporte psicossocial da família e a drogadição na adolescência

Categorias	Expressões-chave	Ideias Centrais	Ancoragens
I. Processo de drogadição	<p>Caso 1: <i>“Eu comecei aos 13 anos, usando a maconha e depois acabei usando pedra”.</i></p> <p>Caso 2: <i>“Eu tinha 13 anos quando usei álcool”.</i></p> <p>Caso 3: <i>“Usei maconha com 14 anos”.</i></p> <p>Caso 4: <i>“Eu usei pela primeira vez o cigarro com 6 anos e depois fui para a maconha e álcool”.</i></p> <p>Caso 5: <i>“Eu usei primeiro a maconha aos 10 anos de idade e depois usei crack e cocaína”.</i></p> <p>Caso 6: <i>“Assim, primeiro usei maconha, depois fui pra loló até chegar na pedra”.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Primeira droga consumida; - Idade; - História pessoal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Maconha como porta de acesso para a drogadição (Casos 1, 3, 5 e 6). - Entrada precoce no contexto de drogadição (média de 10 anos entre os entrevistados). - Drogas lícitas (cigarro e álcool) frequentemente utilizadas pelos adolescentes.
II. Fatores associados ao consumo de drogas	<p>Caso 1: <i>“Fui influenciada por amizade. Um amigo veio e me ofereceu e experimentei. Achei bom e fiquei usando várias vezes até chegar a um ponto que não consegui mais parar. É como se minha vida dependesse do uso diário da</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Família; - Amizade; - Relacionamentos amorosos; - Contexto social; - Localização geográfica da moradia; - Falta de sentido 	<ul style="list-style-type: none"> - O uso de substâncias psicoativas na família aumenta o risco para o uso precoce de drogas entre o público adolescente. - Curiosidade para experimentar a droga

	<p><i>droga para eu ter condições de suportar os problemas do dia a dia”.</i></p> <p>Caso 2: <i>“Eu fui pra uma festa na casa de um parente e lá me ofereceu bebida e acabei usando, sabe?”</i></p> <p>Caso 3: <i>“Eu tinha curiosidade e comecei a namorar com uma pessoa que usava. Aí uniu o útil e o agradável. Ele me ofereceu e experimentei. Depois disso comecei a usar muitas outras vezes”.</i></p> <p>Caso 4: <i>“Eu usei em busca de prazer e pra esquecer os problemas de casa”.</i></p> <p>Caso 5: <i>“Meu pai usa maconha, meu primo usa pedra e meu irmão usa todo tipo de droga. Ele me deu maconha quando tinha 10 anos, acabei usando o bagulho e fiquei usando até hoje. Também tem meus amigos aqui da comunidade que usa e vende pedra”.</i></p> <p>Caso 6: <i>“Eu usei pela primeira vez por conta do meu marido que me deu pedra pra usar e também minha família de algum modo contribuiu pra isso.”</i></p>	<p>existencial.</p>	<p>(Caso 3).</p> <ul style="list-style-type: none"> - As relações interpessoais e o contexto social (amizades, por exemplo) a qual está inserido influencia na drogadição (Casos 1 e 4) - Implicação do relacionamento familiar no uso de drogas. (Casos 2, 3,5 e 6) - A busca incessante por sensações de prazer e a falta de sentido da vida influenciaram no consumo de substâncias psicoativas entre os adolescentes. (Casos 1, 4 e 5). - Influência do contexto de moradia para o uso de droga (Caso 5).
<p>III. Compreensão das consequências da drogadição</p>	<p>Caso 1: <i>“Eu sei que faz mal mesmo assim continuo usando”.</i></p> <p>Caso 2: <i>“Eu não consigo deixar de usar maconha”.</i></p> <p>Caso 3: <i>“sei que esse negócio faz mal, já tive muitos problemas com isso, mas sempre aparece o desejo de usar e acabo me entregando ao vício”.</i></p> <p>Caso 4: <i>“Toda vez que eu uso fico meio doido, mas mano é muito bom. Depois que passa o efeito sinto um vazio e já fico com vontade de usar de novo”.</i></p> <p>Caso 5: <i>“Eu já passei por várias vezes overdose e já fui internado muitas vezes, mas mesmo não consigo deixar de usar o crack e cocaína”.</i></p> <p>Caso 6: <i>“Eu percebo que é</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Malefícios das drogas no organismo - Identificação do conhecimento acerca das drogas anterior ao uso; - Meio de propagação das informações inerentes ao uso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consciência dos prejuízos desencadeados pelas drogas no organismo do público juvenil. - Embora tenham acesso às informações sobre o uso de drogas, os adolescentes continuam a consumindo de forma indevida.

	<i>ruim pra mim, mas é difícil sair disso, sabe?"</i>		
IV. Posicionamento da família sobre o consumo abusivo de substâncias psicoativas entre o público adolescente	<p>Caso 3: <i>"Meu pai pegou o meu celular e viu umas conversas minhas que eu falava de maconha com meu namorado. Ele ficou muito brabo e brigou comigo"</i>.</p> <p>Caso 4: <i>"Meus pais vieram saber depois de 3 meses que eu estava usando."</i></p> <p>Caso 5: <i>"Pegaram eu traficando, fumando um baseado. Minha mãe me deu uma pisa, mas não serviu de nada"</i>.</p> <p>Caso 6: <i>"Desde sempre tinha costume de ir pra festas e demorar pra voltar pra casa. Um dia eu voltei muito drogada e meus pais perceberam isso e me deu uma bronca"</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Período que a família teve conhecimento do consumo de drogas. - Reação dos pais e/ou responsáveis. - Postura impositiva da família. - Fator protetivo ou agravante para o quadro de drogadição. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reação negativa dos pais. - Demora para identificação do consumo de drogas. - Falta de preparo dos pais para lidar com a dependência química.
V. Responsabilidade e da família	<p>Caso 4: <i>"Boa parte da minha família usa drogas"</i>.</p> <p>Caso 5: <i>"Eu usei porque vi meu irmão usando e achei bom o bagulho e até hoje uso"</i>.</p> <p>Caso 6: <i>"O ambiente da minha família é muito ruim. Acabei procurando a droga para fugir da realidade que me encontrava"</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Percepção dos participantes sobre o grau de influência da família na inicialização do uso de drogas. - Uso de drogas pelos familiares. - Cenário familiar de vulnerabilidade para a dependência química. - Contexto social de risco. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação da influência da família no desencadeamento e agravamento do quadro de dependência química na adolescência.
VI. Percepção da responsabilidade individual	<p>Caso 1: <i>"Boa parte da responsabilidade é minha, pois fui eu que decidi usar para saber como era a droga"</i>.</p> <p>Caso 2: <i>"Eu sei que tenho culpa pela situação que me encontro"</i>.</p> <p>Caso 5: <i>"Eu usei a droga também porque eu queria"</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atribuição da influência do comportamento individual para o processo de uso de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilização do indivíduo sobre sua situação clínica foi evidenciado em todos os posicionamentos. - Reconhecimento da responsabilidade individual, mas não é a prerrogativa suficiente para mudança comportamental.

VII. Responsável pela inserção do adolescente na instituição	<p>Caso 1: <i>“Fui trazida pelos meus pais com ajuda do conselho tutelar”</i>.</p> <p>Caso 2: <i>“Foi minha mãe”</i>.</p> <p>Caso 3: <i>“Foi minha avó”</i>.</p> <p>Caso 4: <i>“Foi minha avó”</i>.</p> <p>Caso 5: <i>“Foi por conta do juiz”</i>.</p> <p>Caso 6: <i>“Foi o conselho tutelar que fez meu marido me trazer pra cá”</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ordem judicial. - Pais. - Avós. - Conselho Tutelar. - Cônjuge ou companheiro. 	<ul style="list-style-type: none"> - A maioria dos adolescentes se encontram na instituição por determinação de familiares (pais e avós), e outra parte foi por indicativo de ações do Conselho Tutelar e Ordem Judicial. - Falta de espontaneidade e ausência de iniciativa pessoal dos adolescentes sobre sua condição clínica.
VIII. Suporte psicossocial no tratamento	<p>Caso 1: <i>“Eu me sinto mais aberta pra conversar com minhas amigas do que com meus pais”</i>.</p> <p>Caso 2: <i>“Tenho meu grupo que é geração de adoradores da igreja”</i>.</p> <p>Caso 3: <i>“Meus amigos”</i>.</p> <p>Caso 4: <i>“Só tenho minha avó mesmo”</i>.</p> <p>Caso 5: <i>“Só tenho minha mãe, porque meu pai não tá nem aí pra mim”</i>.</p> <p>Caso 6: <i>“Tenho alguns amigos aí”</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rede de apoio emocional para o enfrentamento das dificuldades no processo de reabilitação psicossocial. 	<ul style="list-style-type: none"> - A rede de apoio mais evidenciada pelos adolescentes foi o ciclo social (amizades). (Caso 1, 3, 6). - Mas houve a inclusão de membros específicos da família, identificados como avó e mãe (caso 4 e 5). - A inclusão da igreja como espaços de suporte psicossocial. (Caso 2)
IX. Participação da família na vida dos adolescentes	<p>Caso 3: <i>“Meus pais não estão nem aí pra mim”</i>.</p> <p>Caso 4: <i>“Eu não posso contar com ninguém”</i>.</p> <p>Caso 5: <i>“Eu me viro sozinho na vida, não conto com ninguém”</i>.</p> <p>Caso 6: <i>“Família é apenas de aparência mesmo”</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Família como fator agravante 	<ul style="list-style-type: none"> - O distanciamento emocional da família provoca sentimentos de desamparo entre os adolescentes. - A falta de abertura para diálogo facilita a inserção do jovem no contexto de drogadição. - A ausência da participação da família afeta negativamente o quadro clínico do paciente.
X. Sentido/razão de continuar o tratamento	<p>Caso 1: <i>“Para ter uma vida melhor e me afastar do mundo das drogas”</i>.</p> <p>Caso 2: <i>“Buscar minha melhora nè?”</i></p> <p>Caso 3: <i>“Obrigação mesmo. Não tenho vontade de estar”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de sentido. - Estadia na instituição por imposição de outrem. - Indicativo para 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão diluída e incipiente acerca do sentido que mobiliza a permanência no tratamento.

	<p><i>aqui</i>".</p> <p>Caso 4: <i>"Não tenho nenhum sentido para vim para cá"</i>.</p> <p>Caso 5: <i>"Minha mãe está me obrigando a ficar aqui"</i>.</p> <p>Caso 6: <i>"Eu não tenho motivo nem para estar aqui. Não gosto do tratamento e prefiro ficar na rua"</i>.</p>	<p>bem-estar e perspectivas e projeções para um futuro melhor.</p>	
XI. Percepção do suporte familiar no tratamento	<p>Caso 1: <i>"Para ver minha melhora e me ajudar a enfrentar as dificuldades do tratamento"</i>.</p> <p>Caso 2: <i>"Sim, porque ela vai saber pelo que eu estou passando. Perceber que eu estou melhorando"</i>.</p> <p>Caso 3: <i>"Sim, porque se não fosse eles não estaria aqui"</i>.</p> <p>Caso 4: <i>"Não ajudam em nada"</i>.</p> <p>Caso 5: <i>"Só tenho minha mãe por mim e com meu pai não posso contar para nada"</i>.</p> <p>Caso 6: <i>"Acho que sim. É mais para não ficar entediada aqui"</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação positiva. - Avaliação negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Espaço de apoio emocional necessário à efetivação da reabilitação psicossocial. - Ausência de suporte familiar pode dificultar o processo de tratamento.

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

I. PROCESSO DE DROGADIÇÃO

Identificou-se que os adolescentes iniciaram precocemente o uso indevido de substâncias psicoativas, com idade média de 10 anos entre os entrevistados, ampliando a vulnerabilidade para dependência química. As drogas ilícitas mais consumidas foram maconha, loló, crack e cocaína, enquanto as ilícitas reportamos tabaco e álcool. Foi averiguado que a maconha se constituiu como a porta de entrada para a drogadição e facilitador do caminho em direção ao consumo de drogas com maior grau de dependência como crack, cocaína e heroína. Como podemos identificar no relato de Caso 5: *"Eu usei primeiro a maconha aos 10 anos de idade e depois usei crack e cocaína"*.

As vivências pessoais com carga simbólica negativa (experiências traumáticas, perda de entes queridos, separação dos pais, abuso de poder no seio familiar) ligadas ao contexto de drogadição se articulam na configuração de processos intrincados de sofrimento existencial e

social, delineando um contexto favorável para a iniciação do uso de drogas. A história pessoal e clínica dos participantes se delinearam na seara etimológica e nosológica de elementos pluridimensionais para o adoecimento da dimensão noética concretizada pelos problemas existenciais e sociais, influenciando no processo de drogadição. Trata-se da articulação de eventos macro e microsociais no encadeamento de elementos propulsores para ampliação da vulnerabilidade à dependência química.

II. FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE DROGAS

No que diz respeito aos fatores de risco associados à drogadição, observou-se a existência de cenário familiar disfuncional (brigas constantes, separações parentais mal resolvidas, histórico de criminalidade, comportamento abusivo dos pais, falta de diálogo e ausência de apoio psicoemocional), curiosidade para experimentar as sensações desencadeadas pelas drogas, influência dos relacionamentos interpessoais (amigos e companheiro afetivo), vulnerabilidade habitacional (favelas e habitações situadas em lugares violentos e inseguros) e vazio existencial atrelado à ausência do sentido existencial. Esses fatores repercutiram negativamente no quadro clínico dos participantes.

Outrossim, o consumo abusivo de substâncias psicoativas na família aumentou o risco para o uso precoce de drogas entre o público infanto-juvenil, assim como se constituiu como variável preditora para manutenção e agravamento do quadro de drogadição. Como ficou demonstrado no relato do Caso 5: *“Meu pai usa maconha, meu primo usa pedra e meu irmão usa todo tipo de droga. Ele me deu maconha quando tinha 10 anos, acabei usando o bagulho e fiquei usando até hoje”*.

A obtenção do prazer momentâneo, forma de escape e fuga da realidade foram frequentemente relatados como razões para a manutenção do uso abusivo de substâncias psicoativas. Como se verifica no relato do Caso 3: *“Continuo usando porque é bom e me dá prazer, quando uso sinto relaxada”*. Por conseguinte, a droga torna-se fonte do prazer e felicidade, recurso que permite satisfazer as necessidades de gozo das pessoas de forma rápida e instantânea. Na sociedade imediatista, o prazer se tornou o recurso de maior necessidade humana, reverberado pelo contexto social em que o vazio existencial penetra as existências desprovidas de sentido e desencadeia crises existenciais. O Caso 5 menciona: *“quando uso a*

maconha, eu esqueço das coisas, vou para outro mundo”. Outrossim, a droga tem se constituído como instrumento de escape ou simplesmente uma fuga da realidade, recurso utilizado para suplantar a ausência de sentido da vida. O uso recorrente de drogas fomenta o aprisionamento do indivíduo, que renega a sua própria liberdade de gerir sua vida, tornando-se marionete dos seus próprios desejos.

À medida que o tempo passa, os participantes relataram o aumento na necessidade de usar doses cada vez maiores para obter *a priori* a mesma sensação de prazer, como no Caso 6: *“Sinto a necessidade de usar várias vezes no dia e não consigo parar de pensar na droga”*. À proporção que a droga se esgota, a sensação de prazer é esvaecida, exigindo doses cada vez maiores para se ter a mesma sensação, impulsionando o homem numa redoma de prazer no aqui-e-agora, que o dilacera gradualmente até se tornar um ser esvaecido e totalmente dependente dessa substância.

Ficou evidente que a drogadição na adolescência é um fenômeno complexo e multicausal, articulada pela combinação de aspectos de natureza biológica, psicológica, social e espiritual, perfazendo o dinamismo e a subjetivação da existência humana, enquanto ser irrepitível e singular. Trata-se de um fenômeno permeado por um conjunto de vivências pessoais e coletivas com implicações na dimensão noética, em que diversos fatores de risco interagem mutuamente na formação da patologia, perfazendo conflito existencial e implicação social.

III. COMPREENSÃO DAS CONSEQUÊNCIAS DA DROGADIÇÃO

Embora os adolescentes tivessem conhecimento dos prejuízos desencadeados pela drogadição, os mesmos ainda permaneciam no hábito do consumo recorrente das drogas; como ficou evidenciado no relato do Caso 1: *“Eu sei que faz mal mesmo assim continuo usando”*; Caso 2: *“Eu não consigo deixar de usar maconha”*; Caso 3: *“sei que esse negócio faz mal, já tive muitos problemas com isso, mas sempre aparece o desejo de usar e acabo me entregando ao vício”*; Caso 4: *“Toda vez que eu uso fico meio doido, mas mano é muito bom. Depois que passo o efeito sinto um vazio e já fico com vontade de usar de novo”*; Caso 5: *“Eu já passei por várias vezes overdose e já fui internado muitas vezes, mas mesmo não consigo deixar de usar a pedra e cocaína”*; e, por último, o caso 6: *“Eu percebo que é ruim pra mim, mas é difícil sair*

disso, sabe?" A negação das evidências de comprometimento clínico gerado pelas drogas no organismo foi a posição adotada pelos mesmos como forma de justificar o seu comportamento. Partindo dessa perspectiva, podemos nos questionar: Qual a motivação que influencia o adolescente a utilizar determinada substância psicoativa, embora reconheça os seus malefícios para a saúde? Segundo Frankl (1989) a drogadição é resultado do vazio existencial, delineado pela falta de um sentido que fundamenta a vida humana. Essa perspectiva teórica foi evidenciada nos discursos dos seis participantes em relação à utilização da droga como forma de suprimir a ausência do sentido para sua existência.

IV. POSICIONAMENTO DA FAMÍLIA SOBRE O CONSUMO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE O PÚBLICO ADOLESCENTE

A forma como se concretiza a postura da família diante da drogadição influenciou na maneira como se delineou o grau de impacto do reconhecimento da problemática no seio familiar. A maioria das famílias reagiu negativamente com o uso abusivo de drogas pelos adolescentes, adotando posturas punitivas e com ausência de aconselhamento pessoal, resultado da falta de conhecimento de como manejar adequadamente a situação. Dependendo da reação da família, o adicto pode se sentir coagido, influenciando na piora do quadro de dependência química.

A adoção de atitudes coercitivas por parte da família e inclusão automática do adolescente para uma instituição de reabilitação foram fatores prejudiciais para o reconhecimento dos adictos sobre a sua condição clínica, que participaram do tratamento no CAPS AD III por atitudes meramente impositivas e sem nenhum grau de reflexão da importância desse processo para sua recuperação, como ficou evidenciado no relato do Caso 6: *“Eu estou aqui por obrigação dos meus pais e não é uma vontade minha”*. Essa falta de iniciativa pessoal e desinteresse repercutiram negativamente para o progresso do tratamento.

Por outro lado, em famílias com alto grau de disfuncionalidade (Escala Apgar Familiar) e com uso recorrente e abusivo de drogas, a reação dos mesmos foi de maior naturalidade e sem interferência com a situação de drogadição dos adolescentes, não tomando nenhuma medida cabível para lidar com a problemática, sendo necessário a incumbência de ordem judicial e

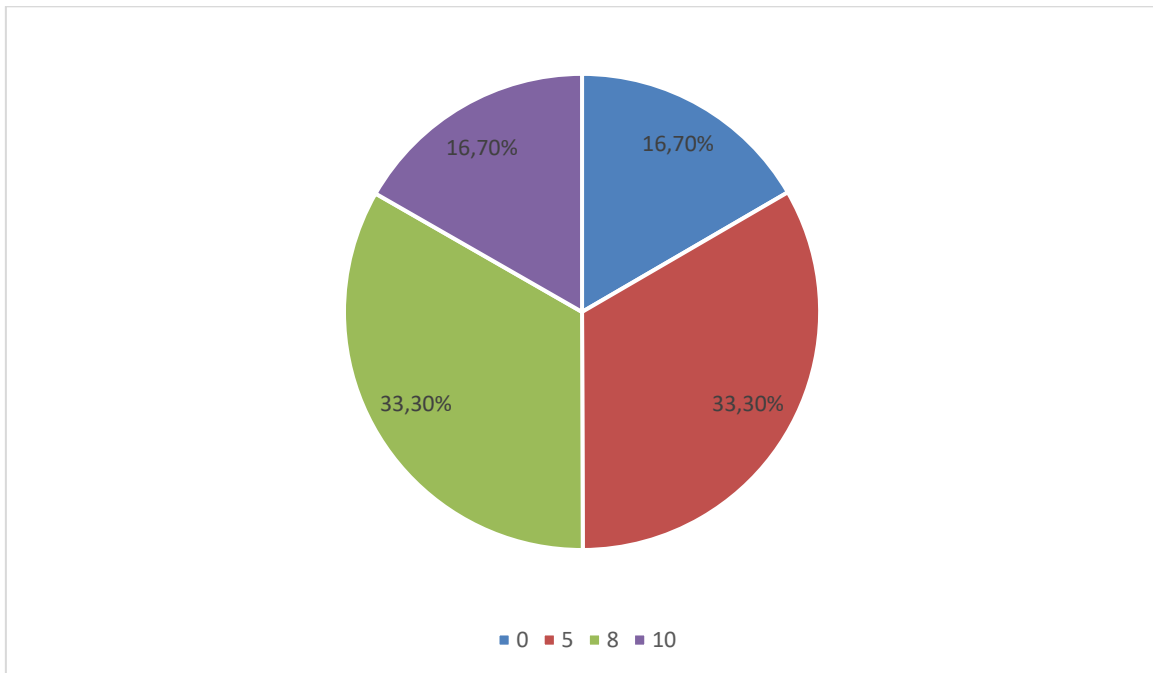
intervenção do Conselho Tutelar para encaminhamento ao tratamento no CAPS AD III. Esse cenário favoreceu o aumento da vulnerabilidade social para a dependência química.

Os pais tiveram dificuldades em tomar ciência do uso abusivo de drogas por parte dos seus filhos, em decorrência da falta de monitoramento e diálogo com as questões que norteiam a vida dos seus dependentes. Ficou evidente, que à medida que a família tende a negligenciar as demandas dos adolescentes, aumenta a probabilidade para ocorrência de comportamentos de risco como a drogadição. A ausência de apoio psicossocial e falta de abertura para expressão dos pensamentos e emoções no seio familiar geram prejuízos para o desenvolvimento saudável dos adolescentes, que muitas vezes procuram a droga como mecanismo de escape e fuga da realidade à qual estão inseridos. Em todos os casos analisados, os pais descobriram a utilização de drogas pelos filhos, quando a dependência química estava instalada em um nível mais avançado de acometimento. Esse fator foi agravante para o atraso na busca de tratamento adequado para esse fenômeno patológico. Ademais, averiguou-se a falta de preparo instrucional da família para lidar com a dependência química no público adolescente.

V. RESPONSABILIDADE DA FAMÍLIA

No que diz respeito à percepção sobre o grau de influência da família no processo de drogadição, os participantes relataram que o ambiente familiar exerceu contribuição para a tomada de iniciativa de utilizar-se da droga, que se constituiu como recurso de fuga da realidade à qual se encontravam. Esse ambiente foi concebido como espaço de adoecimento e desencadeador de emoções negativas como tristeza, melancolia, ansiedade e desesperança. Frankl (1989) esclarece que ambientes disfuncionais e com carga intensa de estresse (brigas e separações mal resolvidas na família, por exemplo) podem ser o gatilho para o ser humano buscar formas de fugir dessa realidade, encontrando a droga como recurso viável para camuflar esse sofrimento.

Figura 2 – Percepção dos adolescentes sobre a influência do contexto familiar no seu quadro de drogadição.



Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

Para identificar o grau de influência da participação da família no contexto de drogadição, foi pedido que cada participante atribuisse uma nota de 0 à 10, sendo 0 (pontuação mínima) a 10 (pontuação máxima). Dentre as seis respostas obtidas, foi identificado uma média de 07 pontos, apontando forte influência da família para o processo de drogadição (figura 2). Esse resultado evidenciou a participação do ambiente familiar como fator preditor e agravante para esse fenômeno patológico.

Como fator agravante no contexto familiar para a drogadição, foi identificado a falta de diálogo e apoio psicoemocional da família com os adolescentes, conflitos constantes entre os pais, separações parentais mal resolvidas, o consumo recorrente e abusivo de drogas pelos familiares. Segundo Elicker (2015), a família é o modelo de referência para a formação de valores, crenças e comportamentos adotados pelos adolescentes, podendo exercer tanto função protetiva quanto agravante para o quadro de dependência química. Neste sentido, identificou-se a família como principal modelo de influência para a constituição humana, uma vez que a pessoa já nasce inserida em um contexto familiar, cuja construção da rede de relacionamentos no interior dessa instituição pode estimular ou favorecer a prática de comportamentos de risco como a drogadição.

À medida que os familiares utilizam de substâncias psicoativas, aumenta a curiosidade dos adolescentes em fazer o uso dessas mesmas substâncias, haja vista que a família é o modelo social que influencia no comportamento humano (ELICKER et al., 2015). Partindo dessa prerrogativa, os relatos dos participantes associaram o primeiro uso das substâncias psicoativas à influência de algum familiar em contexto de drogadição, dentre as categorias citadas, foram pais, irmãos, tios e primos vinculados ao uso de drogas lícitas (tabaco e álcool) e ilícitas (maconha, crack, heroína e cocaína). Como se evidenciou no relato Caso 4: “*Boa parte da minha família usa drogas*”. Outro relato do Caso 5 enfatiza “*eu usei pela primeira vez com vontade de saber como era, eu via meu irmão usando e na hora ele ficava muito feliz, eu usei a droga para ver se ficava feliz também*”. Destarte, foi identificada influência do contexto familiar para o desencadeamento e agravamento do quadro de drogadição pelo perfil analisado.

VI. PERCEPÇÃO DA RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL

Os participantes assumiram sua responsabilidade individual perante o uso de substâncias psicoativas. No entanto, o reconhecimento da responsabilidade diante dessa questão não foi suficiente para mudança comportamental e implicação no processo terapêutico. O movimento de responsabilização nem sempre se associa à mudança de postura diante do problema. Embora reconhecesse sua participação em relação à sua condição clínica, os adolescentes se mostraram incapazes de assumir uma postura ativa para o enfrentamento das intempéries presentes no processo de reabilitação ou se desvincular do contexto de drogadição. Ainda que estivesse sob efeito do tratamento, os adolescentes ainda continuavam consumindo substâncias psicoativas. Como se evidenciou no relato de Caso 6: “*Quando saio do CAPS, vou pra rua usar pedra. Não consigo deixar de usar*”. Durante a participação na presente pesquisa, foi averiguado grau elevado de dependência química da referida participante, quando a mesma solicitou para a pesquisadora parar um momento da aplicação dos instrumentos para que pudesse fumar na entrada da instituição.

Nessa perspectiva, podemos fomentar o seguinte questionamento: Por que as pessoas continuam usando drogas mesmo reconhecendo a sua responsabilidade diante da sua condição atual? Para Frankl (2006), a dependência química é o resultado do elo estabelecido entre homem e droga, aprisionando o mesmo a sensações opacas, frívolas e, aparentemente, desprovidas de sentido, cuja repercussão parece tolher a liberdade humana de gerir sua própria vida. Desta

forma, o ser humano se torna, muitas vezes, incapaz de assumir uma mudança comportamental significativa. Esse movimento voltado à desvinculação das drogas é árduo e desafiante para os adictos, sendo necessário resiliência e capacidade de se posicionar ativamente diante dos condicionamentos provocados pela drogadição, caminhando em direção à autonomia, responsabilidade e autotranscendência.

VII. RESPONSÁVEL PELA INSERÇÃO DO ADOLESCENTE NA INSTITUIÇÃO

A integração dos adolescentes ao contexto institucional foi resultado de iniciativas familiares, determinações judiciais e conselhos tutelares. Dentre os seis participantes, quatro se encontram em tratamento no CAPS AD III mediante determinação de familiares (pais, companheiros e avós); enquanto os demais foram em decorrência de via judicial e iniciativa do conselho tutelar. Essa ação que partiu de órgãos públicos foi resultado da adoção de comportamento infrator pelo adolescente em contexto de drogadição, condição de vulnerabilidade social e falta de amparo familiar. Nessas ocasiões, autoridades públicas tiveram que assumir um posicionamento efetivo diante dessa situação que até era de cunho familiar, mas pelo fato da família se eximir de sua responsabilidade, houve a necessidade de uma postura de setores públicos.

No que diz respeito à iniciativa da família na inserção dos adolescentes na instituição, ficou evidente que esse processo foi marcadamente difícil e delicado para as partes envolvidas, confluindo em dificuldades adaptativas à dinâmica de funcionamento do CAPS AD III. Não houve iniciativa pessoal do adolescente de procurar um serviço assistencial para tratamento da dependência química, cuja decisão partiu exclusivamente da família ou de setores públicos.

VIII. SUPORTE PSICOSSOCIAL NO TRATAMENTO

Durante o tratamento na instituição, a família foi pouco atuante na promoção de apoio psicossocial efetivo para o processo de reabilitação dos adolescentes. Os mesmos relataram que a rede de suporte psicoemocional com maior participação em sua vida foram a igreja e os relacionamentos interpessoais, tais como amigos e companheiros afetivos. Ao serem questionados a respeito da forma como eram esses relacionamentos, os adolescentes afirmaram

que conseguiam se abrir mais com os amigos do que a família, porque se sentiam mais compreendidos pelo seu ciclo social. Desta forma, foi identificada uma dificuldade de comunicação e abertura de expressão de sentimentos no seio familiar, implicando em uma barreira para efetividade do suporte familiar no tratamento. Destarte, a família se constituiu como elemento pouco atuante e efetivo na promoção de apoio emocional para os adolescentes no processo de reabilitação.

Embora, a maioria dos adolescentes fossem acompanhados por algum familiar durante o atendimento na instituição, essa presença física não foi suficiente para a formação de acolhimento efetivo para a recuperação do quadro clínico, mostrando que o suporte psicoemocional se dá mediante a condução de espaço de apoio psicoemocional, delineado pela empatia, abertura para diálogo e expressão de sentimentos no interior da família. Dentre os seis participantes, quatro adolescentes relataram ser acompanhados pelos pais toda vez que se deslocavam até a instituição, mas não foi identificada uma melhoria do seu quadro clínico por conta dessa variável. Esse cenário nos permite refletir a importância da inclusão da família no processo terapêutico para o quadro de drogadição como recurso necessário para o suporte psicossocial no tratamento.

IX. PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA VIDA DOS ADOLESCENTES

Identificou-se que a participação da família na vida dos adolescentes tanto pode ser fator protetivo quanto fator agravante para o quadro de drogadição. Os participantes relataram pouca ou nenhuma presença da família na sua vida, configurando em processos intrincados negativos para o seu desenvolvimento biopsicossocioespiritual. Ao serem questionados quais os critérios para ter uma participação efetiva em sua vida, os mesmos relataram a necessidade do diálogo, acompanhamento de eventos e aspectos importantes na sua trajetória existencial e apoio emocional.

O distanciamento emocional da família desencadeou sentimentos de desamparo entre os adolescentes. A falta de abertura para diálogo se tornou uma variável importante para a inserção dos mesmos ao contexto de drogadição, cuja ausência de apoio psicossocial é prejudicial para seu desenvolvimento. Nesse ínterim, foi identificado que o papel da família é

essencial para a prevenção da adoção de comportamentos de risco por parte dos adolescentes tais como a dependência química.

X. SENTIDO/RAZÃO DE CONTINUAR O TRATAMENTO

Evidenciou-se nos discursos dos participantes reflexão diluída e incipiente acerca do sentido que mobiliza a permanência no tratamento. Segundo Frankl (1989), quando o sujeito não tem uma razão que o motive a enfrentar as intempéries da vida, o mesmo tende a fracassar e se tornar menos resiliente diante das adversidades. No discurso da usuária 6, a mesma relata: *“Eu não tenho motivo nem para estar aqui. Não gosto do tratamento e prefiro ficar na rua”*. Vivenciando situação similar em sua família, o usuário 5 aborda: *“Minha mãe está me obrigando a ficar aqui”*. Esses relatos evidenciam uma falta de implicação dos pacientes em relação à sua condição clínica, dificultando a efetividade do tratamento. Como ficou evidente no discurso da usuária 3: *Obrigação mesmo. Não tenho vontade de estar aqui”*. Uma vida desprovida de sentido atrelado ao vazio existencial repercute na configuração de processos intrincados de sofrimento existencial e social (FRANKL, 2010). Partindo dessa perspectiva, os discursos dos participantes evidenciaram a ausência de um sentido para a permanência no tratamento, fomentando implicações negativas para a melhoria do quadro clínico dos pacientes.

XI. PERCEPÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR NO TRATAMENTO

Os participantes tiveram percepções distintas quanto à percepção da importância do suporte familiar no tratamento. Dentre os seis adolescentes, cinco reconheceram a importância da família atuar em parceria com a instituição no processo de reabilitação, atribuindo valor positivo a essa variável. Um dos participantes desconsiderou a necessidade da família participar do tratamento, possivelmente influenciado pelas experiências traumáticas no seio familiar de abandono e exclusão.

Apesar da maioria dos participantes reconhecerem a importância da inclusão da família no tratamento, não foram observados nas experiências pessoais dos mesmos evidências de suporte psicoemocional da família no processo de reabilitação psicossocial. Destacando-se,

assim, a importância de construção do projeto terapêutico com a inserção da família como suporte psicossocial para efetividade do tratamento da drogadição.

Tabela 4 – Satisfação dos adolescentes em relação à vida.

Satisfação em relação à vida	n	%
Satisfeito (a)	1	16,67
Insatisfeito (a)	3	50
Indiferente	2	33,33

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

A tabela 4 mostra o nível de satisfação dos adolescentes em relação à vida, identificando que 50% estão insatisfeitos, 33,33% indiferentes e apenas 16,67% estão satisfeitos. Esses dados evidenciam uma elevada insatisfação dos pesquisados, no que diz respeito à sua vida, cujo contexto familiar se constitui como fator agravante para esse processo.

Quadro 2 - Análise do suporte familiar no contexto de drogadição do público adolescente.

Variável nominal	Número de participantes	Discurso do sujeito coletivo	Frequência (%)
Fator protetivo e Suporte emocional no tratamento	2	Caso 1: <i>“Eles me incentivam bastante a vim. Me apoiam muito”</i> . Caso 2: <i>“Minha mãe participa muito das coisas. Eu só posso contar com ela. Meus pais biológicos me abandonaram. Ela me adotou quando eu era muito nova e hoje ela é a pessoa mais importante para mim. Ela me ajuda muito no que eu preciso”</i> .	33,3
Fator desencadeador ou agravante para a drogadição infanto-juvenil	4	Caso 3: <i>“Não ajudam muito, eles poderiam participar mais. Eles me criticam muito, em vez de me dar apoio. Às vezes me sinto sozinha aqui no CAPS”</i> . Caso 4: <i>“Meus pais não ajudam em nada. Às vezes me sinto sozinho e sem apoio nenhum”</i> .	66,7

		<p>Caso 5: <i>“Meus pais não ajudam em muita coisa. Minha mãe só faz me criticar”.</i></p> <p>Caso 6: <i>“Não, minha família só piora as coisas, porque não me compreende”.</i></p>	
--	--	---	--

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

Concluiu-se que, na maioria dos casos analisados, aproximadamente 66,7% da amostra (quadro 2), a família foi fator responsável pelo desencadeamento e agravamento para a drogadição na adolescência, resultado da falta de apoio psicossocial, negligência, abandono e contexto de relacionamentos disfuncionais (brigas constantes, comportamento autoritário dos pais, falta de acolhimento e dificuldades de manutenção de diálogo). Neste sentido, a falta de suporte psicossocial da família configurou como espaço de adoecimento existencial e social na adolescência.

Por outro lado, dois participantes visualizaram a família como instituição de apoio psicoemocional, evidenciado pelo relato do Caso 1: *“Eles me incentivam bastante a vim. Me apoiam muito”*; e Caso 2: *“Minha mãe participa muito das coisas. Eu só posso contar com ela. Meus pais biológicos me abandonaram. Ela me adotou quando eu era muito nova e hoje ela é a pessoa mais importante para mim. Ela me ajuda muito no que eu preciso”*. Embora nesses dois casos a percepção da família foi de caráter positivo, em alguns momentos da entrevista, foi percebido dificuldades inerentes à manutenção do relacionamento entre os adolescentes e seus familiares, particularmente com os pais, por falta de abertura para expressão dos pensamentos e sentimentos no interior dessa instituição.

6.4 ESCALA APGAR DE FAMÍLIA

Quadro 3 – Itens da escala Apgar de Família.

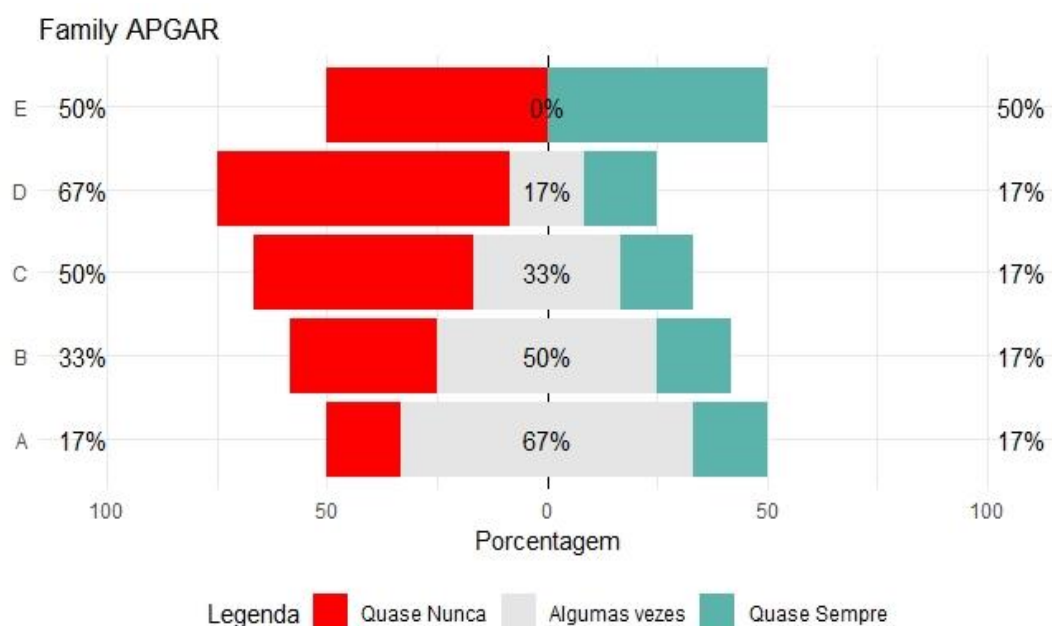
A.	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.
B.	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.
C.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos.

D.	Estou satisfeito (a) com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como raiva, mágoa e amor.
E.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

O quadro 3 mostra a distribuição dos itens que compõem a escala Apgar Family desenvolvida em 1978 pelo pesquisador Smilkstein e validada no Brasil por Duarte em 2001, passando a ser conceituada como Apgar de Família. O termo “Apgar” é oriundo do idioma inglês e cada sigla significa, respectivamente, Adaptation (Adaptação), Partnership (Companheirismo), Growth (Desenvolvimento), Affection (Afetividade) e resoluteness (Capacidade resolutiva). Essa escala tem como objetivo avaliar o nível de funcionalidade familiar mediante a adoção de cinco itens considerados básicos para a funcionalidade do seio familiar. O item A se pauta na percepção do pesquisado quanto aos recursos familiares oferecidos para seu desenvolvimento. Em relação ao item B, se estrutura por meio do nível de reciprocidade existente nas comunicações estabelecidas entre os familiares e na resolução de problemas. No item C, tem como propósito de analisar o nível de apoio emocional da família e sua disponibilidade de manejar mudanças de papéis. O item D se fundamenta na compreensão das interações afetivas no ambiente familiar. Por último, o item E visa analisar a satisfação com a disponibilidade de tempo presente nas relações familiares.

Figura 3 – Avaliação da frequência obtida nos cinco itens que compõe a escala Apgar de Família.



Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

A figura 3 apresenta a frequência das respostas obtidas nos cinco itens da escala (A, B, C, D, E), categorizados em três possibilidades de resposta: quase nunca, algumas vezes e quase sempre. A categoria quase nunca apareceu com maior frequência nos itens C, D e E, apontando indicação para disfuncionalidade familiar. Em relação aos itens A e B, a maior frequência de respostas foi na categoria denominada “algumas vezes”, indicando uma influência moderada da falta de assistência familiar no desenvolvimento psicossocial dos adolescentes.

Tabela 5 – Avaliação do nível de funcionalidade da família baseada na escala Apgar de Família.

Nível de funcionalidade	Pontuações	n	%
Família altamente funcional	0 a 3	2	33,4
Família com moderação disfunção	4 a 6	1	16,6
Família com disfunção acentuada	7 a 10	3	50

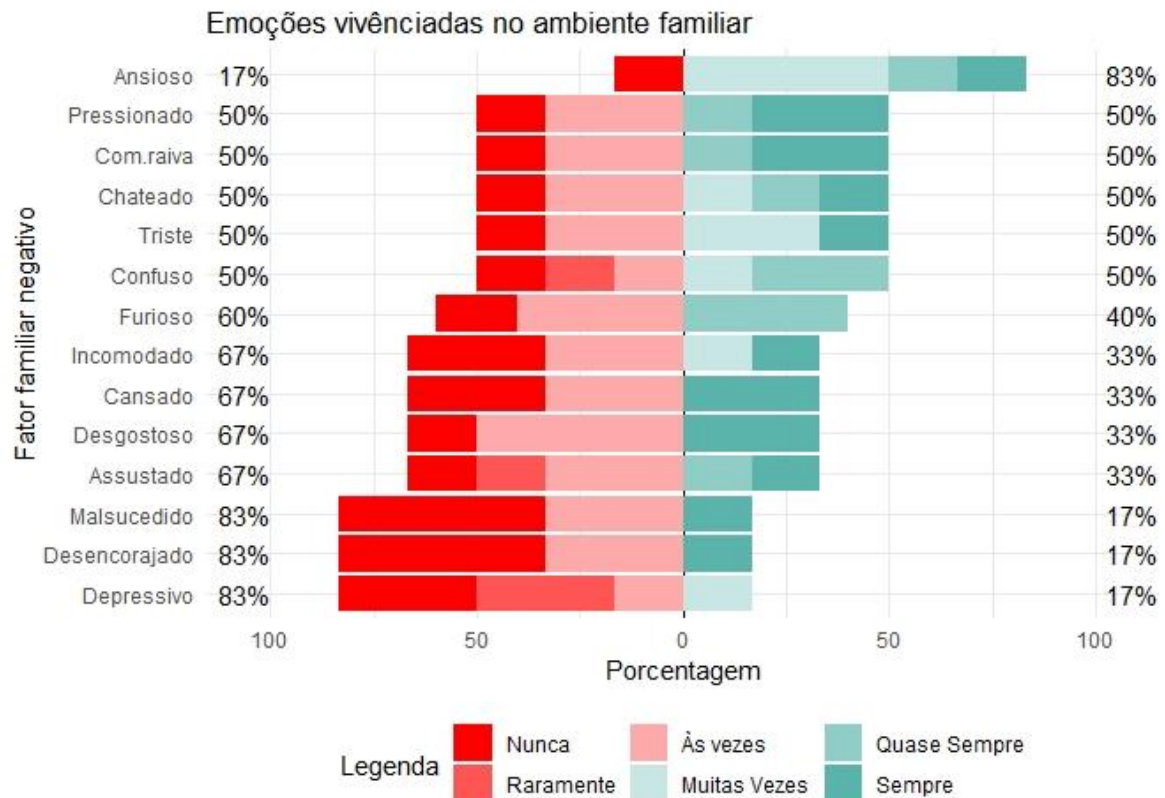
Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

Com relação ao grau de funcionalidade na estrutura familiar, a tabela 5 mostra que 50% dos pesquisados vivem em ambiente familiar altamente disfuncional, 16,6% em contexto familiar com moderada disfunção e 33,4% vivem em família altamente funcional. Dessa forma, pode-se perceber o nível de disfuncionalidade familiar nos adolescentes em contexto de drogadição.

6.5 ESCALA DE EMOÇÕES VIVENCIADAS NO AMBIENTE FAMILIAR

A escala de emoções vivenciadas no ambiente familiar, desenvolvida pelos pesquisadores Lins, Nunes e Oliveira (2010), cuja finalidade é analisar aspectos afetivos positivos e negativos associados às relações familiares.

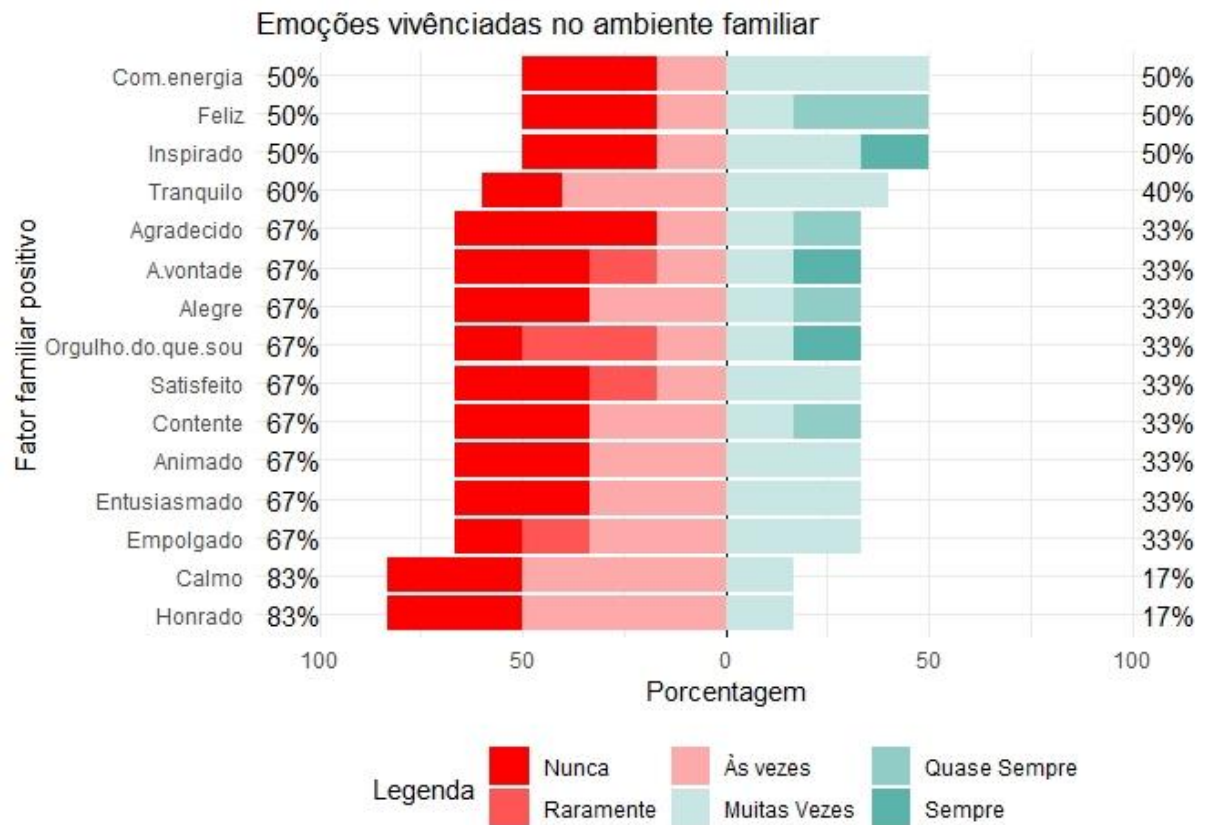
Figura 4 – Frequência de emoções negativas vivenciadas no ambiente familiar.



Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

A figura 4 apresenta os indicadores de emoções negativas presentes nas relações entre os adolescentes e família. As emoções negativas mais vivenciadas em ambiente familiar pelos adolescentes foram ansiedade, pressão emocional, tristeza, chateação, confusão e raiva, enquanto os estados emocionais como depressivo, desencorajado, mal-sucedido, assustado, cansado e incomodado foram categorias afetivas menos vivenciadas pelos pesquisados.

Figura 5 – Frequência de emoções positivas vivenciadas no ambiente familiar.



Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

Por outro lado, a figura 5 mostra os indicadores de emoções positivas vivenciadas pelos adolescentes no contexto familiar. Os afetos positivos como felicidade, inspiração e com energia apresentaram similaridade na proporção das categorias entre quase sempre e nunca. Em relação às emoções vivenciadas às vezes pelos adolescentes, temos honra e calma, enquanto agradecimento foi a emoção menos presente no seio familiar. Partindo dessa perspectiva, foi evidenciado a expressão de poucas emoções positivas dos adolescentes em seu convívio com a família.

6.6 EVIDÊNCIAS DA INFLUÊNCIA DO CONTEXTO FAMILIAR NA DROGADIÇÃO

Quadro 4 - Problemáticas inerentes ao papel da família no contexto de drogadição na adolescência.

Problemática	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
Falta de apoio psicossocial da família no tratamento.	<i>“Meus pais não ajudam em nada. Me sinto totalmente sozinho”</i> (Caso 4)
Falta de implicação do indivíduo no tratamento.	<i>“Eu não tenho motivo nem para estar aqui. Eu estou aqui mais por uma obrigação. Minha família me trouxe pra cá. Eu continuo usando maconha e pedra. Não tô nem ligando pra esse tratamento. Continuo usando droga do mesmo jeito”</i> (Caso 6).
Família como fator desencadeador e agravante para a drogadição.	<i>“O povo aqui em casa não liga em me ajudar e só pensa em trabalhar. Me sinto muito sozinho, Acabei procurando a droga para esquecer meus problemas”</i> (Caso 3)
Uso recorrente e abusivo de substâncias psicoativas entre os familiares.	<i>“Meu pai usa maconha, meu primo usa pedra e meu irmão usa todo tipo de droga. Ele me deu maconha quando tinha 10 anos, acabei usando o bagulho e fiquei usando até hoje”</i> (Caso 5)
Ambiente familiar adoecedor para o desenvolvimento dos adolescentes (brigas constantes entre os pais, separações parentais mal resolvidas, comportamento disciplinar e abusivo da família).	<i>“Não gosto de ficar em casa, meus pais brigam muito e prefiro sair com os amigos e curtir as noites. Aí eu uso pedra pra relaxar. Tomo umas com a galera.”</i> (Caso 4)
Pouca ou ausência de participação da família na vida dos adolescentes.	<i>“Meus pais não tem tempo pra nada e não tão nem aí comigo”</i> (Caso 3)
Ausência de abertura para o diálogo entre os pais e adolescente.	<i>“Não consigo me abrir para meus pais, porque eles só fazem me criticar”</i> (Caso 5).
Desconhecimento da família sobre as demandas e necessidades intrínsecas dos adolescentes.	<i>“Minha família só piora as coisas e também não me compreende”</i> (Caso 2).
Falta de acompanhamento e monitoramento dos pais sobre os ciclos de amizade dos filhos.	<i>“Meus pais nunca pararam pra saber quem era meus amigos. Eu ia pra festas e eles não estavam nem aí”</i> (Caso 6)
Família com histórico de atos criminais.	<i>“Ah... Meu pai é traficante, vende droga para toda a comunidade. Eu entendo o bagulho e também vendo e ganho um trocado com os manos”</i> (Caso 5).

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

A presente pesquisa averiguou diferentes problemáticas que perpassam a relação entre a família e o contexto de drogadição na adolescência. Considerando o seio familiar como fator desencadeador e agravante para a drogadição, foi observado a falta de apoio psicossocial no tratamento, separações parentais mal resolvidas, comportamento disciplinar e abusivo dos pais, falta de acompanhamento e monitoramento sobre os ciclos de amizade dos filhos, desconhecimento acerca demandas individuais, histórico de atos criminais e uso recorrente e abusivo de substâncias psicoativas entre os familiares (quadro 4). Essas problemáticas foram

resultados da ausência do suporte psicossocial da família, perfazendo caminho favorável para a inicialização de uso de substâncias psicoativas no público pesquisado.

Partindo dessa perspectiva, ficou evidente a contribuição da família como um dos fatores responsáveis pelo desencadeamento e agravamento do quadro de drogadição na adolescência. Outrossim, foi identificado também a participação de outras variáveis como influência de amigos e companheiros afetivos, contexto habitacional localizado em regiões violentas e inseguras, falta de sentido existencial, iniciativa individual fundamentada pela curiosidade de experimentação da droga. Por conseguinte, reitera-se que a drogadição é resultado da combinação complexa de fatores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, que se interagem mutuamente no delineamento desse quadro clínico.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família é a primeira instância que a pessoa tem contato assim que nasce, cujo papel se mostra fundamental na constituição humana. Por meio das relações estabelecidas no seio familiar, os adolescentes aprendem um conjunto de regras, normas, hábitos, costumes, crenças e valores que influenciam na sua personalidade. Desta forma, o ambiente familiar tende a influenciar a respeito do modo como o adolescente responde à oferta de substâncias psicoativas no cenário social. Partindo desse pressuposto, concluiu-se que a família atuou como fator desencadeador e agravante para o quadro de drogadição na adolescência.

Nesse ínterim, a participação da família para o desencadeamento e agravamento da dependência química no público adolescente se desenhou mediante a falta de apoio psicossocial no tratamento, separações parentais mal resolvidas, comportamento disciplinar e abusivo dos pais, dificuldades de manutenção de diálogo e expressão de pensamentos e sentimentos, falta de acompanhamento e monitoramento sobre os ciclos de amizade e relacionamentos interpessoais, desconhecimento acerca das demandas individuais, histórico de atos criminais e uso recorrente e abusivo de substâncias psicoativas entre os familiares. Esta última variável aumentou significativamente a vulnerabilidade para o uso precoce de drogas pelo público juvenil.

Em relação ao grau de funcionalidade do cenário familiar para o desenvolvimento dos adolescentes baseada na escala Apgar de Família, foi observado que 50% dos pesquisados coabitam em ambiente altamente disfuncional, 16,6% em contexto familiar com moderada disfunção e 33,4% vivem em família altamente funcional. O cenário familiar disfuncional se tornou uma variável comprometedora para adoção de comportamento de risco na adolescência tais como a dependência química. A percepção do adolescente em relação ao ambiente familiar foi associada às emoções negativas tais como ansiedade, pressão emocional, tristeza, chateação, confusão, raiva e desamparo. Dessa forma, relações familiares funcionais tendem a constituir-se como fator protetivo para esse fenômeno patológico, enquanto relações disfuncionais favorecem o adoecimento existencial e social, tornando-se o gatilho para o processo de drogadição na adolescência.

A integração dos adolescentes ao contexto institucional foi resultado de iniciativas familiares, determinações judiciais e conselhos tutelares. Nos casos analisados, foi evidenciado que os pais descobriram tardiamente a utilização de drogas pelos filhos, quando de fato a dependência química estava instalada em um nível mais avançado de acometimento. Esse fator

foi prejudicial para o atraso na busca de tratamento adequado para esse fenômeno patológico, e, conseqüentemente, delineando um pior prognóstico.

Além da contribuição da família no acometimento da drogadição no público juvenil, foi observado a influência de outras variáveis como influência dos pares (amizades), relacionamentos afetivos, contexto habitacional de risco (favelas e lugares com tráfico de drogas em atividade), curiosidade para experimentar os efeitos das drogas e iniciativa pessoal em busca de fontes de sensações de prazer. Este último aspecto foi associado ao vazio existencial, haja vista que o consumo de substâncias psicoativas foi relatado como uma fonte de escape e fuga da realidade, forma de preencher a falta de sentido da vida. Outrossim, a ausência de um sentido para a permanência no tratamento foi considerada como fator agravante para a evolução do quadro clínico.

Neste sentido, foi identificado que o consumo abusivo de substâncias psicoativas assumiu a função de preencher o vazio existencial que assola a existência desses adolescentes, influenciado, muitas vezes, pelos contextos familiares disfuncionais. Dessa forma, faz-se necessário intervenções também dirigidas a condução de cenários potencializadores de sentido existencial para o florescimento da dimensão noética, reverberando em processos intrincados de autoconhecimento, autonomia, responsabilidade e autotrancendência, esta reverberando-se em posicionamento ativo frente aos condicionamentos sociais, familiares, econômicos e políticos.

Como limitação da presente pesquisa, foi averiguado o número reduzido de participantes para a análise dos dados, em decorrência da suspensão das visitas presenciais ao CAPS AD III mediante o avanço da curva de contágio pela Covid-19 no cenário brasileiro e a necessidade de preservação da saúde dos envolvidos no estudo. Em geral, a estimativa inicial da amostra era de 20 participantes, porém com o agravamento da pandemia da Covid-19 e suspensão da coleta de dados presencial, o alcance da pesquisa se restringiu a 06 (seis) registros de respostas. Embora com número limitado de participantes na amostra, foi possível determinar a relação entre o suporte familiar e o contexto de drogadição na adolescência.

Por conseguinte, a drogadição na adolescência tem se tornado um dos maiores desafios sanitários do século XXI com repercussões em diferentes instâncias da vida humana (família, educação, integração comunitária). No tocante à família, foi averiguado como uma das variáveis fundamentais para o desencadeamento e agravamento do quadro de dependência química na adolescência. Neste sentido, faz-se necessário a construção de um projeto terapêutico que inclua a família como um dos eixos essenciais para a efetividade do tratamento.

Por se tratar de um fenômeno patológico multifatorial, a drogadição deve ser concebida por uma ótica holística, considerando a interação mútua dos aspectos de natureza biológica, psicológica, social e espiritual no desenvolvimento humano. Nesse ínterim, para se pensar em estratégias de promoção, prevenção e tratamento, deve-se coexistir no plano de intervenção uma teia de variáveis e atores sociais (família, escola, instituições de saúde) na configuração de políticas públicas que atendam as demandas individuais desse público e a implicação da família no processo do cuidado psicossocial necessário para o desenvolvimento saudável dos adolescentes.

Com o reconhecimento da influência da família no desencadeamento e agravamento no quadro de drogadição, a presente pesquisa contribuiu no sentido de trazer à tona aspectos do contexto sócio-familiar que podem corroborar para o estreitamento da relação entre sujeito e substâncias psicoativas, para além da dimensão biológica e psicológica, chegando a alcançar questões ligadas ao universo macro e microssocial da existência humana. Destarte, os resultados deste estudo podem auxiliar na elaboração de planos de intervenção terapêutica com a inclusão da família como um dos eixos centrais para a promoção, prevenção e reabilitação psicossocial dos adolescentes em contexto de drogadição.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, Thiago Antonio Avellar de et al. Avaliação de uma proposta de prevenção do vazio existencial com adolescentes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 31, n. 1, p. 146-159, 2011.
- ALVES, Flávia Maria. O Tratamento da Drogadição em uma Perspectiva Psicossocial. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 1, n. 2, São João del-Rei, dez. 2006.
- BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida**. São Paulo: Zahar; 1ª Edição, 2001. 280 p.
- BASTOS, Isabella Teixeira et al. Identity of care in a Psychosocial Care Center for Children and Adolescents who uses drugs. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 48, n. 2, p.116-122, dez. 2014.
- BENCHAYA, Mariana C. et al. Pais não autoritativos e o impacto no uso de drogas: a percepção dos filhos adolescentes. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 87, n. 3, p. 238-244, jun. 2011.
- BRASIL. **Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br / ccivil_03 / LEIS/L8069.htm#art266](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266). Acesso em: 10 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002**. Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
- BRASIL. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas** / Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.
- BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Política Nacional Sobre Drogas. 70-A. ed. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2019.
- BRUGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Ângela. Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 42, n. 3, p. 563-568, set. 2008.
- BRISCHILIARI, Adriano; ROCHA-BRISCHILIARI, Sheila Cristina; MARCON, Sonia Silva. Necessidades de cuidados de adolescentes usuários de drogas segundo seus familiares. **Revista Enfermagem Uerj**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.1-7, 27 jun. 2016.

CANAVEZ, Márcia Figueira; ALVES, Alisson Rubson; CANAVEZ, Luciano Simões. Fatores Predisponentes Para O Uso Precoce De Drogas Por Adolescentes. **Cadernos Unifoa**, Volta Redonda, v. 5, n. 14, p.57-63, 2010.

CARDOSO, Luciana Roberta Donola; MALBERGIER, André. Problemas escolares e o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes. **Psicologia Escolar e Educacional**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.27-34, jun. 2014.

CARNEIRO, Henrique; VENÂNCIO, Renato Pinto. **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda, 2005.

CARNEIRO, Henrique. **Drogas: a história do proibicionismo**. São Paulo: Autonomia Literária, 2019.

CAVALCANTE, Layana de Paula et al. Rede de apoio social ao dependente químico: ecomapa como instrumental na assistência em saúde. **Revista Rene**, n. 2, v.13, p. 321-331, 2012.

CEBRID. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010/** E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010.

CONCEIÇÃO, Déborah Santos et al. Atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2008-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 27, n. 2, p.1-12, maio 2018.

COSTACURTA, Rossana; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; FRANK, Bruna Regina Bratti. Perfil de crianças e adolescentes atendidos em Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 9, n. 7, p.8976-8984, ago. 2015.

COUTINHO, Tiago. O Uso do Corpo nos Festivais de Música Eletrônica. In: LABATE, Beatriz Caiuby et al (Org.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba, 2008. p. 411-428.

CRUZ, Jorge Henrique Tatim da; AZEVEDO, Guilherme da. A política proibicionista e o mercado ilícito de drogas. **Revista Brasileira de Sociologia do Direito**, Porto Alegre, ABraSD, v. 2, n. 1, p. 99-108, jan./jun., 2015.

Duarte, Yeda Aparecida de Oliveira. **Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares** [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2001.

ELICKER, Eliane et al. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 399-410, jul/set 2015.

ESCOHOTADO, Antonio. **Historia general de las drogas**. Madrid: Independently Published, 2018. p. 668.

ESTAUBER, Andressa; GUIMARÃES, Cristian Fabiano. A produção de subjetividade dependente nos capsad: problematizando as práticas de cuidado dos usuários de álcool e outras drogas. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 3, n. 3, p.273-283, 2017.

FERREIRA, Flávia Neves; MARX, Roseana Barone. O vazio existencial em interface com o uso de drogas sob a ótica da logoterapia e análise existencial. **Faculdade Sant'Ana em Revista, Ponta Grossa**, v. 1, p. 86-98, 2017.

FILEV, Renato. Como você se comporta? Dilemas sobre as dependências de substâncias. In: BOKANY, Vilma (Org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça – proximidades e opiniões**. São Paulo: FPA, 2015.

FILHO, Nilson Gomes Vieira; NOBRÉGA, Sheva Maia da. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, 2004, v. 9, n. 2, p. 373-379.

IORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos - CEBRAP**, [s.l.], n. 92, p.9-21, mar. 2012.

FRANKL, Viktor Emil. **A psicoterapia na prática** (C. M. Caon, trad.). Campinas, SP: Papyrus, 1991.

FRANKL, Viktor Emil. **Um sentido para a vida: psicoterapia e humanismo** (17 Aufl., V. H. S. Lapenta, trad.). Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2005.

FRANKL, Viktor Emil. **Sede de sentido**. São Paulo: Quadrante, 2015.

FRANKL, Viktor Emil. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração** (Walter O. Schlupp e Carlos C. Aveline). 47. ed. - São Leopoldo: Sinodal; Vozes: Petrópolis, 2019.

HENRIQUE, IARA FERRAZ SILVA et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 50, p.199-206, 2004.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 59, n. 6, p.734-739, dez. 2006.

KNECHTEL, Maria do Rosário. **Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada**. Curitiba: Intersaberes, 2014.

LEAL, Bruna Molina; ANTONI, Clarissa de. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, Canoas, v. 1, n. 40, p.87-101, 2013.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. Discurso do Sujeito Coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Revista Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.23, n.2, p.502-507, abr-jun, 2014.

LINS, Samuel Lincoln Bezerra; NUNES, Aline Vieira de Lima; OLIVEIRA, Isabel Cristina de Vasconcelos. Escala de emoções vivenciadas em ambiente familiar – BEAF. **Arquivos Brasileiros de Psicologia (UFRJ- 2003)**, v.62, p.156 - 168, 2010.

LUKAS, Elizabeth. **Logoterapia: a Força Desafiadora do Espírito - Métodos de Logoterapia**. Santos: Leopoldianum/edições Loyola, 1989.

LUKAS, Elizabeth. **Assistência Logoterapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1992.

MACRAE, Edward. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: Seibel, S. D.; Sérgio Dário; TOSCANO, Antônio Júnior. Dependência de Drogas. São Paulo: **Atheneu**, 2001. p. 25-34.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.136-146, set. 2011.

MEDEIROS, Débora; TÓFOLI, Luís Fernando. Mitos e Evidências na Construção das Políticas sobre Drogas. **Boletim de Análise Político-Institucional**, Dez 2018.

MESSAS, Guilherme Peres. A participação da genética nas dependências químicas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, [s. l], n. 2, v. 21, p. 33-40, out. 1999.

MORGADO, Anastácio Ferreira. O incansável adiamento do conceito de dependência, inclusive de drogas. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 26, p.92-102, 1985.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. ONU. **Relatório do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC)**. 2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/29-milhoes-de-adultos-dependem-de-drogas-aponta-relatorio-do-unodc/>. Acesso em: 10 fev. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10** Décima revisão. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders**. Março 2017. Disponível em: https://www.who.int/substance_abuse/activities/msb_treatment_standards.pdf. Acesso em: 10 fev. 2021.

PAIVA, Haroldo Neves de et al. Associação do uso de drogas lícitas e ilícitas, sexo e condição socioeconômica entre adolescentes de 12 anos de idade. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 26, n. 2, p.153-159, jun. 2018.

PAULA, Milena Lima de et al. Usuário de crack em situações de tratamento: experiências, significados e sentidos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 118-130, mar. 2014.

PORTO, Kelly; PASSOS, Rachel Gouveia. O uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes: a experiência de um acolhimento institucional no município do Rio de Janeiro. **O Social em Questão**, p. 171-192, 2016.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, Jun 2009.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, [s.l.], v. 12, n. 2, p. 247-256, ago. 2007.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 10, n. 3, p.707-717, set. 2005.

SELEGHIM, Maycon Rogério; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Influência do ambiente familiar no consumo de crack em usuários. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 26, n. 3, p. 263-268, 2013.

SILVA, Maria Josefina da et al. Analysis of psychometric properties of family APGAR with elderly in northeast Brazil. Escola Anna Nery - **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 527-532, 2014.

SILVA, Nancy Capretz Batista da et al. Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v.16 n. 2, 2008.

SILVEIRA, Dartiu Xavier da. Dependências: de que estamos falando, afinal? In: SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier da; GORGULHO, Mônica. **Dependência: uma compreensão e assistência às toxicomanias**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p. 1-13.

SILVEIRA, Dartiu Xavier; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.

TAVARES, Diogo Henrique et al. Rituais de consumo de cannabis por usuários na fronteira entre o Brasil e o Uruguai. **Rev. Enferm. UFSM**. v. 1 p. 1-20, 2019.

TORCATO, Carlos Eduardo Martins. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República**. 2016. 371 f. Tese (Doutorado) - Curso de História Social, Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

VIAPIANA, Vitória Nassar; GOMES, Rogério Miranda; ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 42, n. 4, p. 175-186, dez. 2018.

VIGOTSKI, Lev Semenovich. **Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem**. In: Alexander Romanovich Luria, Alex N. Leontiev; Tradução de: Maria da Pena Villalobos. 11ª edição. São Paulo: ícone, 2010.

ZAPPE, Jana Gonçalves; ALVES, Cássia Ferrazza; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Comportamentos de risco na adolescência: Revisão sistemática de estudos empíricos. **Psicologia em Revista**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.79-100, 21 dez. 2018.

ZAPPE, Jana Gonçalves; DAPPER, Fabiana. Drogadição na Adolescência: Família como Fator de Risco ou Proteção. **Revista de Psicologia da Imed**, [s.l.], v. 9, n. 1, p.140-158, 14 nov. 2017.

ZERBETTO, Sonia Regina et al. **As relações familiares com adolescentes usuários de substâncias psicoativas: percepção dos pais**. Revista Eletrônica de Enfermagem, [s.l.], v. 20, p.1-10, 27 ago. 2018. Universidade Federal de Goiás.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

CÓDIGO DO PARTICIPANTE: _____ DATA ____/____/____

NOME _____ Sexo: () F () M

NATURALIDADE: _____ UF: _____ Data de nascimento: ____/____/____

1. Qual a sua Religião?

(0) Sem religião (1) Protestantismo (2) Espiritismo (3) Afro-brasileira

(4) Orientais/budismo (5) Judaísmo (6) Islamismo (7) Catolicismo

(8) Outra. Especificar: _____

2. Você pratica a sua religião?

(0) Não tenho prática religiosa (3) Freqüento pelo menos 2x/mês

(1) Não freqüento, porém oro/rezo ou acredito (4) Freqüento 1x/semana

(2) Freqüento menos que 1x/por mês (5) Freqüento 2x/semana ou mais

3. Você se considera?

(1) Branco(a) (2) Negro(a) (3) Pardo(a)

(4) Indígena (5) Amarelo(a) de origem asiática

(6) Outra. Especificar: _____

4. Qual o seu grau de escolaridade?

(0) Não alfabetizado

(1) Ensino Fundamental I Incompleto- Até 5º ano

(2) Ensino Fundamental I Completo

(3) Ensino Fundamental II Incompleto –Do 6º ao 9º ano

(4) Ensino Fundamental II Completo(5) Ensino Médio Incompleto

(6) Ensino Médio Completo

(7) Outro. Especificar: _____

Observação: Especificar série: _____

5. Marque as características que melhor descrevem a sua casa. Pode marcar mais de uma opção
(1) Residência com acabamento. (2) Residência sem acabamento (sem reboco, pintura, piso, banheiros inacabados, etc.)
Possui: (1) Rede de Esgoto (2) Fossa (3) Banheiro (4) Chuveiro (5) Água (6) Luz
Cobertura: (1) Laje (2) Telha (3) Outros
Piso: (1) Cimento (2) Taco (3) Cerâmica (4) Outros.
Número de Cômodos: _____

6. Indique o nível de escolaridade de seus pais:

PAI		MÃE	
Escolaridade		Escolaridade	
Analfabeto		Analfabeto	
Fundamental incompleto		Fundamental incompleto	
Fundamental I (1 ^a a 4 ^a) completo		Fundamental I (1 ^a a 4 ^a) completo	
Fundamental II (5 ^a a 8 ^a) incompleto		Fundamental II (5 ^a a 8 ^a) incompleto	
² Fundamental II (5 ^a a 8 ^a) completo		Fundamental II (5 ^a a 8 ^a) completo	
³ Médio incompleto		Médio incompleto	
Médio completo		Médio completo	
Superior incompleto		Superior incompleto	
Superior completo		Superior completo	
Nunca estudou		Nunca estudou	

❖ De acordo com sua família, responda a seguir:

7. Você e sua família residem?

(1) Zona Urbana (2) Zona Rural

8. Você e sua família residem?

(1) Imóvel próprio (2) Imóvel Alugado (3) Herdado

9. Com quem mora atualmente? _____

10. Quantos membros da sua família moram com você?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () mais de 5

12. Quantos irmãos você tem:

() 1 () 2 () 3 () 4 ou mais () nenhum

13. Qual é a renda mensal de sua família? R\$ _____

14. Seus pais vivem juntos?

(0) Não (1) Sim

15. Caso seus pais estejam separados, especifique aproximadamente o tempo de separação:

(1) Até 1 ano (2) De 2 a 5 anos (3) De 6 a 10 anos
(4) De 11 a 15 anos (5) De 16 a 20 anos (6) Mais de 21 anos.

16. Como é o seu relacionamento com a sua mãe?

(1) Bom (2) Regular (3) Ruim
(4) Não tenho contato com minha mãe (5) Não conheço minha mãe

17. Como é o seu relacionamento com o seu pai?

(1) Bom (2) Regular (3) Ruim
(4) Não tenho contato com meu pai (5) Não conheço meu pai

18. Como é o relacionamento entre os seus pais?

(1) Bom (2) Regular (3) Ruim (4) Não vivem juntos

19. Algum membro da sua família faz uso de algum tipo de substância psicoativa?

(0) Não (1) Sim

20. Atualmente, como se sente em relação à vida?

(1) Satisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente

21. Você acha que sua família tem responsabilidade por você ter iniciado o uso de substâncias psicoativas? Em uma escala de 0 a 10, qual o grau de influência da sua família? _____.

22. Qual(is) a(s) substância(s) psicoativas utilizadas pelo(s) seu(s) familiar(es)?

Substâncias psicoativas	Marque com X
derivados do tabaco	
bebidas alcoólicas	
Maconha	
cocaína, crack	
anfetaminas ou êxtase	
Inalantes	
hipnóticos/sedativos	
Alucinógenos	
Opióides	
outras, especificar	

Sobre o tratamento na instituição, responda:

Tempo de permanência na instituição: _____.

23. Estou conseguindo observar melhoras no meu quadro clínico.				
(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase Sempre	(4) Sempre
24. Estou tendo muita dificuldade para me adaptar à dinâmica da instituição.				
(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase Sempre	(4) Sempre
25. Estou recebendo apoio da minha família durante o tratamento.				

(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase Sempre	(4) Sempre
26. Sinto que posso me abrir com meus pais para contar minhas dúvidas, angústias e dificuldades durante o processo de tratamento.				
(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase Sempre	(4) Sempre
27. Acredito que o apoio emocional dos meus pais está me ajudando no meu processo de reabilitação.				
(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase Sempre	(4) Sempre
28. Estou percebendo que o tratamento oferecido pela instituição está dando conta das minhas demandas.				
(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase sempre	(3) Sempre
29. Meus pais e/ou familiares estão presentes durante o tratamento.				
(0) Nunca	(1) Raramente	(2) Às vezes	(3) Quase Sempre	(4) Sempre

APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Com que idade você começou a fazer o primeiro uso de substâncias psicoativas? E quais foram as drogas?
2. Qual(is) o(s) motivo(s) que você acha que lhe influenciou a fazer o primeiro uso das substâncias psicoativas?
3. Antes de começar a usar as substâncias psicoativas, você sabia os malefícios e consequências de seu uso? Se sim, como ficou ciente?
4. Como seus pais souberam que você fazia uso de drogas? De que forma reagiram?
5. Conte um pouco mais sobre o seu relacionamento com sua família.
6. De que forma você avalia sua responsabilidade diante do seu quadro de dependência química?
7. Quem viu a necessidade de você procurar um serviço assistencial de reabilitação para dependentes químicos? Explique.
8. Você tem uma rede de apoio (amigos, família, profissionais da instituição) a quem pode contar para lidar com suas dificuldades, anseios e sentimentos negativos? Quem faz parte dessa rede?
9. Como você avalia a participação da sua família no seu processo de reabilitação?
10. Qual o sentido que lhe move a continuar no tratamento?
11. Você considera o suporte da sua família essencial ao seu tratamento? Por quê?

**ANEXO A - ESCALA DE EMOÇÕES VIVENCIADAS EM AMBIENTE FAMILIAR –
BEAF**

Abaixo estão algumas afirmações que mostram emoções diferentes que a família pode fazer a pessoa sentir. Por gentileza, leia atentamente cada uma das frases abaixo. Para cada item use a seguinte tabela.

0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Muitas vezes	4 Quase Sempre	5 Sempre
------------	----------------	---------------	-------------------	-------------------	-------------

Por favor, marque **UMA** resposta para cada item que melhor indique qual a frequência que você tem experimentado cada emoção na sua família durante **os últimos 30 dias**

Fator Familiar Positivo	1.	Minha família me faz sentir empolgado	0	1	2	3	4	5
	2.	Minha família me faz sentir entusiasmado	0	1	2	3	4	5
	3.	Minha família me faz sentir animado	0	1	2	3	4	5
	4.	Minha família me faz sentir com energia	0	1	2	3	4	5
	5.	Minha família me faz sentir inspirado	0	1	2	3	4	5
	6.	Minha família me faz sentir contente	0	1	2	3	4	5
	7.	Minha família me faz sentir satisfeito	0	1	2	3	4	5
	8.	Minha família me faz sentir honrado	0	1	2	3	4	5
	9.	Minha família me faz sentir orgulho do que sou	0	1	2	3	4	5
	10.	Minha família me faz sentir alegre	0	1	2	3	4	5
	11.	Minha família me faz sentir feliz	0	1	2	3	4	5
	12.	Minha família me faz sentir tranquilo	0	1	2	3	4	5
	13.	Minha família me faz sentir calmo	0	1	2	3	4	5
	14.	Minha família me faz sentir a vontade	0	1	2	3	4	5
	15.	Minha família me faz sentir agradecido	0	1	2	3	4	5
Fator Familiar Negativo	16.	Minha família me faz sentir assustado	0	1	2	3	4	5
	17.	Minha família me faz sentir confuso	0	1	2	3	4	5
	18.	Minha família me faz sentir triste	0	1	2	3	4	5
	19.	Minha família me faz sentir depressivo	0	1	2	3	4	5
	20.	Minha família me faz sentir desgostoso	0	1	2	3	4	5
	21.	Minha família me faz sentir cansado	0	1	2	3	4	5
	22.	Minha família me faz sentir chateado	0	1	2	3	4	5
	23.	Minha família me faz sentir incomodado	0	1	2	3	4	5
	24.	Minha família me faz sentir furioso	0	1	2	3	4	5
	25.	Minha família me faz sentir ansioso	0	1	2	3	4	5
	26.	Minha família me faz sentir com raiva	0	1	2	3	4	5

27.	Minha família me faz sentir pressionado	0	1	2	3	4	5
28.	Minha família me faz sentir desencorajado	0	1	2	3	4	5
29.	Minha família me faz sentir malsucedido	0	1	2	3	4	5

ANEXO B – ESCALA APGAR DE FAMÍLIA (SMILKSTEIN)

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
C	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
D	Estou satisfeito (a) com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como raiva, mágoa e amor.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
E	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.	Quase Sempre	2
		Algumas Vezes	1
		Quase Nunca	0
Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional. Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção. Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada.			

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**HISTÓRIAS DE RISCOS E INICIAÇÃO: ANALISANDO A RELAÇÃO ENTRE
SUPORTE FAMILIAR E A DROGADIÇÃO NA ADOLESCÊNCIA**

Responsáveis: Angélica Vanessa de Andrade Araújo Lira (graduanda em psicologia) e Prof.
Dr. Gilvan de Melo Santos (orientador)

Prezado (a),

O senhor (a) está sendo convidado (a) a autorizar a participação do(a) seu(ua) filho(a) na pesquisa intitulada: “**Histórias de riscos e iniciação: analisando a relação entre suporte familiar e a drogadição na adolescência**”, sob a responsabilidade da pesquisadora **Angélica Vanessa de Andrade Araújo Lira** e do orientador **Gilvan de Melo Silva**, de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação do(a) filho(a) na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

O objetivo da pesquisa é analisar a relação existente entre o grau de suporte psicossocial proveniente do seio familiar e a prevenção, desencadeamento, agravamento ou redução do quadro de dependência química na adolescência. O referido estudo será realizado no Centro de Atenção Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD III) do município de Campina Grande e apenas com sua autorização realizaremos a aplicação da pesquisa.

Durante o estudo, o adolescente responderá a um questionário sociodemográfico, a Escala de Emoções Vivenciadas em Ambiente Familiar (BEAF) e a Escala Apgar de Família. Por último, uma entrevista semiestruturada. A participação na pesquisa é voluntária e não haverá nenhuma vantagem financeira. Apenas com sua autorização realizaremos a coleta dos dados.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: Inicialmente, será aplicado um questionário sociodemográfico, com o intuito de obter informações pessoais como idade, sexo, escolaridade, renda, habitação, religião, família e tratamento. Após isso, serão aplicadas duas escalas denominadas de: Escala de Emoções Vivenciadas em Ambiente Familiar (BEAF) e Escala Apgar de Família. Por último, será aplicada uma entrevista semiestruturada, a fim de se analisar o discurso dos pesquisados acerca do fenômeno da drogadição e a influência do contexto familiar para o delineamento desse quadro clínico. Na aplicabilidade da entrevista semiestruturada, será utilizado o recurso de gravação em áudio para posterior análise do discurso, processo esse que será baseado nas transcrições destas gravações, com o uso do Termo de Consentimento de Gravação de Áudio assinado pelos pais e/ou responsáveis dos menores de idade.

“Toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco.” (Resolução CNS 196/96-V). A participação neste estudo pode causar constrangimentos por trazer à tona traumas psicológicos, situações familiares mal-resolvidas, tristezas, medos, angústias, vazios existenciais, entre outros. Desta forma, as respostas aos instrumentos poderão fomentar a aparição de lembranças e sentimentos com intensa carga emotiva. Neste sentido, a pesquisadora no final da coleta de dados divulgará serviços de assistência psicológica como a escuta psicológica em instituições públicas, disponíveis ao público em geral. Partindo dessa perspectiva, o participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

A pesquisa ajudará o participante a clarificar os fatores associados à dinâmica do consumo abusivo de substâncias psicoativas, corroborando para o desenvolvimento do autoconhecimento. Partindo dessa perspectiva, os participantes podem ser beneficiados, no sentido de serem compreendidos em sua condição biopsicossocioespiritual, possibilitando que o sujeito possa se autoconhecer e autotranscender em sua capacidade de agir frente às intempéries presentes durante o tratamento da dependência química. Além disso, a presente pesquisa possibilitará a identificação da relação existente entre o grau de suporte psicossocial

proveniente do seio familiar e a drogadição na adolescência, corroborando para a construção de estratégias de intervenção para o fortalecimento da rede de apoio psicossocial da família.

Durante a pesquisa haverá a garantia de receber esclarecimento em qualquer momento que julgar pertinente, antes e durante a participação no estudo. O voluntário poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por e-mail.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, **poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares**, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os participantes da pesquisa estão protegidos legalmente e munidos do direito de processar os responsáveis pela pesquisa, desde que sejam detectados o descumprimento dos itens expostos pela Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, que orienta os procedimentos adotados em pesquisas com seres humanos. Desta forma, reitera-se a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa mediante o processo jurídico e fundamentado na Constituição de 1988. Cabe aos pesquisadores a responsabilidade pelo manejo adequado dos instrumentos, a assistência aos participantes durante a coleta de dados, a garantia do sigilo das informações obtidas e esclarecimento de eventuais dúvidas durante e após a execução dos instrumentos.

A participação nessa pesquisa é voluntária e não haverá nenhuma vantagem financeira. Entretanto, caso haja alguma despesa por parte do participante em decorrência da pesquisa, os pesquisadores garantirão o ressarcimento das eventuais despesas, através do pagamento de indenização de eventuais danos decorrentes da pesquisa, desde que as mesmas sejam devidamente comprovadas.

Para a realização da pesquisa, os pesquisadores terão as despesas estimadas no valor de R\$ 250,00 relacionados aos materiais de expediente (resmas de papel, cartuchos de tinta e

impressão dos instrumentos de coleta de dados) e compra de materiais bibliográficos (livros), cujo custeio será de inteira responsabilidade da pesquisadora.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV. 3. g. e. h.)

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Angélica Vanessa de Andrade Araújo Lira através do telefone (83) 987509964 ou através do e-mail: angelicavanessa14@gmail.com, ou do endereço: Rua Petronila Margarida de Lacerda, nº 67, bairro Centro, Itatuba-PB. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone 3315 3373, e-mail: cep@uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente). e da CONEP (quando pertinente).

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS PELO MENOR DE IDADE

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa : **“Histórias de riscos e iniciação: analisando a relação entre suporte familiar e a drogadição na adolescência”**, e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ autorizo a participação do(s) filho(s) no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos. Eu declaro que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

II- DADOS DO PESQUISADOR

Nome: Angélica Vanessa de Andrade Araújo Lira

Graduanda em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba.

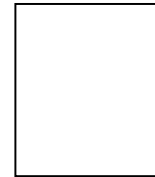
III- DADOS DO ORIENTADOR.

Nome: Gilvan de Melo Santos

Professor Adjunto da Universidade Estadual da Paraíba

Campina Grande/PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do pai/ mãe ou responsável pelo menor de idade



Assinatura do Pesquisador

Impressão dactiloscópica

ANEXO D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____ depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada : “**Histórias de riscos e iniciação: analisando a relação entre suporte familiar e a drogadição na adolescência**”, poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação da entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, a pesquisadora **Angélica Vanessa de Andrade Araújo Lira**, a realizar a gravação da entrevista do(a) meu(inha) filho(a) _____ sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição da gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. A identificação do entrevistado não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;

4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. Os dados coletados serão guardados por 05 (cinco) anos, sob a responsabilidade da pesquisadora Angélica Vanessa de Andrade Araújo Lira e orientador coordenador Gilvan de Melo, e após esse período, serão destruídos e,
6. O participante será livre para interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição da entrevista.
7. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a identidade do(a) filho(a) não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Angélica Vanessa de Andrade Araújo Lira através do telefone (83) 987509964 ou através do e-mail: angelicavanessa14@gmail.com, ou do endereço: Rua Petronila Margarida de Lacerda, nº 67, bairro Centro, Itatuba-PB. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone 3315 3373, e-mail: cep@uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente). e da CONEP (quando pertinente).

Campina Grande/PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

ANEXO E – TERMO DE ASSENTIMENTO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

TERMO DE ASSENTIMENTO (TA)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “**Histórias de riscos e iniciação: analisando a relação entre suporte familiar e a drogadição na adolescência**”, sob a responsabilidade de: **Angélica Vanessa de Andrade Araújo Lira** e do orientador **Gilvan de Melo Santos**, de forma totalmente voluntária.

Para realizar essa pesquisa, investigaremos a relação existente entre o grau de suporte psicossocial proveniente do seio familiar e a prevenção, desencadeamento, agravamento ou redução do quadro de dependência química na adolescência. Partindo dessa perspectiva, o referido estudo será realizado no Centro de Atenção Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD III) do município de Campina Grande e apenas com sua autorização realizaremos a aplicação da pesquisa.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: Inicialmente, será aplicado um questionário sociodemográfico, com o intuito de obter informações pessoais como idade, sexo, escolaridade, renda, habitação, religião, família e tratamento. Após isso, serão aplicadas duas escalas denominadas de: Escala de Emoções Vivenciadas em Ambiente Familiar (BEAF) e Escala Apgar de Família. Por último, será aplicada uma entrevista semiestruturada, a fim de se analisar o discurso dos pesquisados acerca do fenômeno da drogadição e a influência do contexto familiar para o delineamento desse quadro clínico. Na aplicabilidade da entrevista semiestruturada, será utilizado o recurso de gravação em áudio para posterior análise do discurso, processo esse que será baseado nas transcrições destas gravações, com o uso do Termo de Consentimento de Gravação de Áudio assinado pelos pais e/ou responsáveis dos menores de

idade. Para a garantia da participação voluntária e espontânea, os pais ou responsáveis dos pesquisados assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a fim de proteger juridicamente os envolvidos na pesquisa.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento.

Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação.

“Toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco.” (Resolução CNS 196/96-V). A participação neste estudo pode causar constrangimentos por trazer à tona traumas psicológicos, situações familiares mal-resolvidas, tristezas, medos, angústias, vazios existenciais entre outros. Desta forma, as respostas aos instrumentos poderão fomentar a aparição de lembranças e sentimentos com intensa carga emotiva. Considerando o risco supracitado, o pesquisador estará atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto, buscando minimizá-los, garantindo a preservação da saúde mental dos participantes.

Os participantes da pesquisa estão protegidos legalmente e munidos do direito de processar os responsáveis pela pesquisa, desde que sejam detectados o descumprimento dos itens expostos pela Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, que orienta os procedimentos adotados em pesquisas com seres humanos. Desta forma, reitera-se a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa mediante o processo jurídico e fundamentado na Constituição de 1988. Cabe aos pesquisadores a responsabilidade pelo manejo adequado dos instrumentos, a assistência aos participantes durante a coleta de dados, a garantia do sigilo das informações obtidas e esclarecimento de eventuais dúvidas durante e após a execução dos instrumentos. A participação nessa pesquisa é voluntária e não haverá nenhuma vantagem

financeira. Para a realização da pesquisa, os pesquisadores terão as despesas estimadas no valor de R\$ 250,00 relacionados à impressão dos instrumentos e compra de materiais bibliográficos, cujo custeio será de inteira responsabilidade dos responsáveis pela pesquisa.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto, antes, durante e após a finalização do estudo. Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada, sendo que seu nome ou o material que indique sua participação será mantido em sigilo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Este termo foi elaborado em conformidade com o Art. 228 da Constituição Federal de 1988; Arts. 2º e 104 do Estatuto da Criança e do Adolescente; e Art. 27 do Código Penal Brasileiro; sem prejuízo dos Arts. 3º, 4º e 5º do Código Civil Brasileiro.

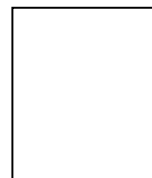
Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Angélica Vanessa de Andrade Araújo Lira, através do telefone (83) 987509964 ou através do e-mail: angelicavanessa14@gmail.com, ou do endereço: Rua Petronila Margarida de Lacerda, bairro centro, Itatuba-PB. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone 3315 3373, e-mail: cep@uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente).

Eu, _____,
fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações junto ao pesquisador responsável. Estou ciente que o meu responsável poderá modificar a decisão da minha participação na pesquisa, se assim desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Campina Grande/PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador



Impressão dactiloscópica