



**Marceli de Souza Rosa-Pereira**

## **Impacto das relações proximais no uso de drogas**

### **Dissertação de Mestrado**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Luciana Fontes Pessôa

Rio de Janeiro,  
Março de 2025



**Marceli de Souza Rosa-Pereira**

## **Impacto das relações proximais no uso de drogas**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo:

**Prof.<sup>a</sup> Luciana Fontes Pessôa**

Orientadora  
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

**Prof. Leonardo Fernandes Martins**

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

**Prof.<sup>a</sup> Dandara de Oliveira Ramos**

Instituto de Saúde Coletiva - UFBA

Rio de Janeiro, 19 de março de 2025.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, do autor e da orientadora.

### **Marceli de Souza Rosa-Pereira**

Graduou-se em Psicologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Especialização em Saúde Mental (Faculdade Unyleya); Especialização em Neuropsicologia (CRP-RJ). Membro do Grupo de Pesquisa Desenvolvimento, Biologia e Cultura da PUC-Rio, vinculado ao Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq, onde desenvolve projetos relacionados à saúde e desenvolvimento de usuários de álcool e outras drogas. Professora no Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM), onde coordena o projeto de extensão Caminhos do Cuidado, que oferece suporte a usuários de álcool e drogas, orientação e avaliação psicológica para crianças e famílias atípicas em situação de vulnerabilidade social.

#### Ficha Catalográfica

Rosa-Pereira, Marceli de Souza

Impacto das relações proximais no uso de drogas / Marceli de Souza Rosa-Pereira ; orientadora: Luciana Fontes Pessôa. Rio de Janeiro PUC, Departamento de Psicologia, 2025.

148 f. : il. color. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)—Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2025.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Uso de drogas. 3. Relações proximais.  
4. Comunidades terapêuticas. 5. Desenvolvimento humano. I. Pessôa, Luciana Fontes. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

“Pois dEle, por Ele e para Ele são todas as coisas. A Ele  
seja a glória para sempre! Amém.”

Romanos 11:36

A Deus, meu único e suficiente salvador.

Ao meu esposo querido, que me apoia incondicionalmente, sendo paciente e acolhedor em cada momento de insegurança e medo durante esta pesquisa.

A minha filha Carolina, que mesmo não estando mais aqui, me ensina todos os dias a ser alguém melhor. Saudades Carol <3

A minha família que me direcionou nos caminhos da fé e sempre me incentivou a estudar.

A minha orientadora, Luciana Fontes Pessôa, que acreditou em mim e no meu trabalho, mesmo eu estando há muitos anos sem estudar.

Aos amigos que me apoiaram nesse projeto, cada palavra de apoio me fez acreditar mais que seria possível concluir esta etapa da minha vida.

A Pra. Camila Miguel, diretora do Instituto Assistencial Atitude, que flexibilizou meus horários para que eu pudesse concluir o Mestrado.

Ao Douglas Manassés, Superintendente Terapêutico na Subsecretaria de Políticas Inclusivas da Casa Civil no Governo do Estado do Rio de Janeiro que viabilizou o contato com as Comunidades Terapêuticas conveniadas ao Governo do Estado do Rio de Janeiro.

Aos responsáveis técnicos das Comunidades Terapêuticas C. Amor, Por Amor e Projeto Alcançando Vidas pelo apoio e participação nesta pesquisa.

Ao CNPq e à PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Rosa-Pereira, Marcell de Souza; Pessôa, Luciana Fontes. **Impacto das relações proximais no uso de drogas**. Rio de Janeiro, 2025. 148 p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O consumo de drogas é uma prática antiga na história, variando em função dos contextos sociais. Este estudo investiga o impacto dos processos proximais, tanto na infância/adolescência quanto na vida adulta no uso de substâncias, considerando o papel das Comunidades Terapêuticas (CTs) no acolhimento e recuperação dos indivíduos. A pesquisa qualitativa foi realizada com acolhidos(as) em CTs no estado do Rio de Janeiro. Os instrumentos utilizados incluíram o *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) e um inventário sociodemográfico, os resultados foram tratados descritivamente. Os dados coletados nas entrevistas semiestruturadas foram analisados no software *requalify.ai*. A análise categorial incluiu fatores ambientais, familiares e individuais relacionados ao uso de substâncias. Os resultados indicam que a maior parte dos participantes iniciou o uso de drogas na adolescência, sendo fatores de risco a influência de pares, ambiente familiar disfuncional e histórico familiar de uso de drogas. O suporte social emergiu como um fator de proteção nas CTs, contribuindo para a redução da reincidência no uso de substâncias. Observou-se uma sobre-representação de indivíduos pretos e pardos na amostra, reforçando o atravessamento racial na história do uso de drogas no Brasil. Também foi identificada a escassez de CTs voltadas às mulheres e o uso frequente de práticas religiosas como recurso terapêutico. A pesquisa sugere que as relações proximais são determinantes no desenvolvimento dos transtornos por uso de substâncias. Ambientes familiares disfuncionais e a transmissão geracional da violência são fatores de risco. O acolhimento em CT pode atuar como fator de proteção. O estudo destaca a necessidade de políticas públicas inclusivas e baseadas em evidências para o tratamento e prevenção do uso de drogas no Brasil.

### **Palavras-chave**

uso de drogas; relações proximais; comunidades terapêuticas; desenvolvimento humano.

Rosa-Pereira, Marcell de Souza; Pessôa, Luciana Fontes. (Advisor) **Impact of proximal relationships on drug use.** Rio de Janeiro, 2025. 148 p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Drug use is an ancient practice in human history, varying according to social contexts. This study investigates the impact of proximal processes during both childhood/adolescence and adulthood on substance use, considering the role of Therapeutic Communities (TCs) in the reception and recovery of individuals. The qualitative research was conducted with residents of TCs in the state of Rio de Janeiro. The instruments used included the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and a sociodemographic inventory, with results analyzed descriptively. Data collected through semi-structured interviews were analyzed using the requalify.ai software. The categorical analysis included environmental, familial, and individual factors related to substance use. The results indicate that most participants began using drugs during adolescence, with risk factors including peer influence, dysfunctional family environments, and a family history of drug use. Social support emerged as a protective factor within TCs, contributing to the reduction of relapse in substance use. The sample showed an overrepresentation of Black and Brown individuals, highlighting the racial dimension in the history of drug use in Brazil. The study also identified a shortage of TCs focused on women and the frequent use of religious practices as a therapeutic resource. The research suggests that proximal relationships are decisive in the development of substance use disorders. Dysfunctional family environments and the generational transmission of violence are risk factors. Reception in TCs can act as a protective factor. The study emphasizes the need for inclusive, evidence-based public policies for the treatment and prevention of drug use in Brazil.

### **Keywords**

drug use; proximal relationships; therapeutic communities; human development.

## SUMÁRIO

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| LISTA DE TABELAS .....                                      | 10 |
| LISTA DE FIGURAS .....                                      | 11 |
| LISTA DE ANEXOS .....                                       | 12 |
| Apresentação.....                                           | 13 |
| 1    Introdução .....                                       | 15 |
| 2    Objetivos.....                                         | 17 |
| 2.1    Objetivo geral .....                                 | 17 |
| 2.2    Objetivos específicos.....                           | 17 |
| 3    História do consumo de drogas .....                    | 18 |
| 4    Fatores de risco e proteção para o uso de drogas ..... | 27 |
| 5    Teoria Contextual do desenvolvimento humano.....       | 30 |
| 5.1    Relações proximais .....                             | 32 |
| EIXO I – INFÂNCIA e ADOLESCÊNCIA .....                      | 35 |
| 6    Início do uso de drogas.....                           | 35 |
| 7    O cuidado parental e o uso de drogas.....              | 38 |
| 7.1    Transmissão geracional da violência.....             | 40 |
| EIXO II – VIDA ADULTA.....                                  | 44 |
| 8    Políticas sobre drogas: o contexto brasileiro.....     | 44 |
| 8.1    Rede de Atenção Psicossocial.....                    | 45 |
| 8.2    Tratamento em Comunidades Terapêuticas.....          | 47 |
| 8.2.1    Programa terapêutico das CTs .....                 | 49 |
| 8.2.2    Viabilidade do tratamento nas CTs .....            | 51 |
| 9    Justificativa.....                                     | 57 |
| 10   Hipóteses.....                                         | 60 |
| 11   Método.....                                            | 61 |



|        |                                                                                 |     |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 11.1   | Delineamento.....                                                               | 61  |
| 11.2   | Participantes .....                                                             | 61  |
| 11.3   | Documentos.....                                                                 | 61  |
| 11.4   | Instrumentos .....                                                              | 62  |
| 11.5   | Aspectos Éticos .....                                                           | 62  |
| 11.6   | Procedimentos .....                                                             | 62  |
| 12     | Resultados e discussão.....                                                     | 64  |
| 12.1   | Caracterização da amostra .....                                                 | 64  |
| 12.1.1 | Comunidades Terapêuticas Femininas .....                                        | 66  |
| 12.1.2 | Religião nas comunidades terapêuticas .....                                     | 67  |
| 12.1.3 | Raça/ cor no uso de drogas.....                                                 | 68  |
| 12.2   | <i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)</i> ..... | 70  |
| 12.3   | Análise de conteúdo das entrevistas .....                                       | 72  |
| 12.3.1 | Categorias ambientais.....                                                      | 77  |
| 12.3.2 | Categorias familiares.....                                                      | 87  |
| 12.3.3 | Categorias individuais .....                                                    | 94  |
| 12.3.4 | Dendograma das categorias de análise .....                                      | 111 |
| 12.3.5 | Rede de similaridade .....                                                      | 114 |
| 12.4   | Limitações e vieses do estudo .....                                             | 116 |
| 13     | Considerações Finais .....                                                      | 118 |
| 14     | Referências Bibliográficas .....                                                | 120 |

## LISTA DE TABELAS

|                 |                                                                            |    |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabela 1</b> | Características sociodemográficas da amostra feminina.....                 | 65 |
| <b>Tabela 2</b> | Características sociodemográficas da amostra masculina .....               | 66 |
| <b>Tabela 3</b> | ASSIST - Frequência de envolvimento com as substâncias .....               | 71 |
| <b>Tabela 4</b> | ASSIST - Grau de risco e tipo de intervenção indicada por substância ..... | 71 |
| <b>Tabela 5</b> | Tags - Categorias de análise de conteúdo requalify.ai.....                 | 74 |

|                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Figura 1</b> Primeiro rótulo da Coca-Cola .....                                             | 21  |
| <b>Figura 2</b> Rótulo de pastilha para dor de dente a base de cocaína.....                    | 21  |
| <b>Figura 3</b> Rótulo de perfume à base de cocaína .....                                      | 22  |
| <b>Figura 4</b> Rótulo de heroína fabricada pela farmacêutica Bayer .....                      | 23  |
| <b>Figura 5</b> <i>Crack house</i> em Baltimore - foto 1 .....                                 | 24  |
| <b>Figura 6</b> <i>Crack house</i> em Baltimore - foto 2 .....                                 | 25  |
| <b>Figura 7</b> "Cracolândia" em São Paulo - março de 2023 .....                               | 26  |
| <b>Figura 8</b> Diagrama da Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner .....                        | 32  |
| <b>Figura 9</b> Frequência das <i>tags</i> nos documentos .....                                | 75  |
| <b>Figura 10</b> Rede de conhecimento - Importância do apoio social no acolhimento .....       | 77  |
| <b>Figura 11</b> Rede de conhecimento - Espiritualidade na recuperação.....                    | 80  |
| <b>Figura 12</b> Rede de conhecimento - Influência dos pares e da comunidade.....              | 83  |
| <b>Figura 13</b> Rede de conhecimento - Desinteresse pela escola.....                          | 85  |
| <b>Figura 14</b> Rede de conhecimento - Ambiente familiar disfuncional.....                    | 87  |
| <b>Figura 15</b> Rede de conhecimento - Apoio familiar na recuperação .....                    | 90  |
| <b>Figura 16</b> Rede de conhecimento - Histórico familiar de uso de substâncias.....          | 92  |
| <b>Figura 17</b> Rede de conhecimento - Mudanças positivas após acolhimento.....               | 94  |
| <b>Figura 18</b> Rede de conhecimento - Consequências do uso de drogas.....                    | 97  |
| <b>Figura 19</b> Rede de conhecimento - Busca por ajuda e reconhecimento do problema.....      | 99  |
| <b>Figura 20</b> Rede de conhecimento - Compreensão dos transtornos por uso de substâncias ... | 101 |
| <b>Figura 21</b> Rede de conhecimento - Início precoce do uso de drogas.....                   | 103 |
| <b>Figura 22</b> Rede de Conhecimento - Impacto emocional e trauma .....                       | 105 |
| <b>Figura 23</b> Rede de conhecimento - Fatores individuais .....                              | 108 |
| <b>Figura 24</b> Rede de conhecimento - Ceticismo em relação à recuperação.....                | 110 |
| <b>Figura 25</b> Dendograma das categorias de análise .....                                    | 112 |
| <b>Figura 26</b> Rede de similaridade das categorias de análise.....                           | 114 |

|                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>ANEXO A</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....                   | 132 |
| <b>ANEXO B</b> Inventário de Dados Sociodemográficos .....                              | 135 |
| <b>ANEXO C</b> Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) ..... | 137 |
| <b>ANEXO D</b> Roteiro entrevista semiestruturada.....                                  | 139 |
| <b>ANEXO E</b> Parecer Consubstanciado CEP .....                                        | 140 |

Este estudo é decorrente da minha trajetória como psicóloga em instituições voltadas ao acolhimento institucional de homens com histórico de uso de substâncias químicas.

Desde a graduação em Psicologia (2009-2014), já estava muito claro que desejava estar inserida em projetos sociais para assistir pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade e risco social.

Em 2014, iniciei minha carreira profissional no Programa Delegacia Legal na Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro, uma iniciativa do Governo do Estado para humanizar o atendimento nas delegacias do estado. Para tanto, contratavam psicólogos e assistentes sociais para trabalhar como Técnicos de Atendimento Social. A ideia de rede, as divisões por território, as garantias de direitos socioassistenciais da população e como ajudar a conquistá-los foram algumas lições desse trabalho.

Em 2018, fui voluntária em um projeto para acolhimento residencial de homens com histórico de uso/ abuso de entorpecentes, a famigerada comunidade terapêutica (CT). Estudei muito para ajudar o projeto a se consolidar tecnicamente. No mesmo ano, minha filha de 1 ano e 5 meses faleceu, o que me atravessou (e atravessa) profundamente até hoje. Passei a questionar os cuidados parentais nos contextos de vulnerabilidade, especialmente entre dependentes de drogas e qual o impacto desses cuidados na drogadição.

No início de 2019, comecei a trabalhar na Junta de Missões Nacionais (JMN), organização missionária nacional da Convenção Batista Brasileira (CBB) responsável por, dentre outros objetivos, implementar projetos de Assistência Social em todo território brasileiro. Na ocasião, compunha a equipe técnica e, junto com uma assistente social, cuidava de nove unidades de projetos de Assistência Social no estado do Rio de Janeiro. Há muito a ser dito sobre essa experiência, pontos positivos e negativos. Mas, pessoalmente, foi um período muito especial, um exercício enorme de superação, já que assumi esse compromisso menos de um ano depois da morte da minha filha.

Em 2021, graças aos resultados positivos desse trabalho, fui convidada para assumir a responsabilidade técnica do Projeto Mais que Vencedores do Instituto Assistencial Atitude, onde estou trabalhando até hoje. Uma Comunidade Terapêutica incipiente no município de Itaboraí. Nesse momento, concretizou-se a entrada definitiva da temática do uso de drogas na minha trajetória profissional.

Ao olhar para as trajetórias de desenvolvimento das pessoas que tive o privilégio de conhecer nesses projetos, me intrigava a forma como o cuidado parental pode ter sido questionável. Havia muito sendo dito sobre os dependentes de álcool e outras drogas e suas famílias, mas e o que eles tinham a dizer sobre isso? Eu quis ouvir e entender o que pensam sobre sua família de origem e sobre os possíveis impactos de um ambiente de convivência saudável em seu estado clínico atual.

Ao retomar o contato com a teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner no Mestrado, percebi que seus estudos, contrapostos com a minha experiência em campo, poderiam trazer muitas respostas e novas questões a esta temática. Especialmente sobre as relações humanas e contextuais mais próximas.

Por isso, investiguei, em um primeiro eixo, como o cuidado parental pode ter sido um fator de risco para o uso de drogas e avaliei, num segundo eixo, se o acolhimento em uma CT, tendo como principal ferramenta de tratamento o suporte social de pares, promoveria alguma mudança no seu quadro clínico atual, contribuindo como fator de proteção e diminuindo a possibilidade de recidiva dos transtornos por uso de substâncias psicoativas.

Ambos os eixos envolvem uma discussão demasiadamente ampla para um projeto de Mestrado, entretanto, não consigo imaginar escrever sobre as relações proximais do usuário de drogas, sem levar em conta o contexto político e social em que ele está inserido e sem pensar em como seria uma proposta de tratamento.

Espero que este trabalho possa fundamentar intervenções e políticas públicas nas áreas da saúde e assistência social.

# 1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história, as drogas vêm sendo consumidas em contextos diversos, com objetivos igualmente distintos. A visão do consumo de substâncias foi assumindo diferentes contornos com múltiplas interpretações, sendo percebidas como benéficas ou nocivas em função da sua época, cultura, padrão e motivos de consumo (Nunes & Jólluskin, 2007).

De acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas de 2021, divulgado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (*United Nations Office on Drugs and Crime* [UNODC], 2022), cerca de 275 milhões de pessoas usaram drogas no mundo em 2020, enquanto mais de 36 milhões sofreram de transtornos associados ao uso de drogas. Com base nas mudanças demográficas, as projeções atuais sugerem um aumento de 11% no número de pessoas que usam drogas globalmente até 2030.

No Brasil, o III Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas pela população Brasileira, dados anteriores a pandemia de COVID-19, aponta que 66,4% da população teve episódios com álcool em 2017. Já em relação ao cigarro industrializado, em torno de 33,5% da população relata ter feito uso no período da pesquisa. A maconha e a cocaína aparecem sendo usadas por 7,7 e 3,1% da população, respectivamente (Fundação Oswaldo Cruz [FIOCRUZ], 2018).

Dalgalarro (2019) afirma que a categoria “transtorno por uso de substâncias” no DSM-5 é a que caracteriza os indivíduos com baixo controle sobre o uso de substâncias psicoativas. Nesses sujeitos há um alto investimento de tempo e dinheiro para obter a droga, necessidade intensa de usar, prejuízo psicossocial pelas dificuldades em cumprir as obrigações da vida cotidiana, contínuo uso da droga apesar dos problemas interpessoais e sociais relacionados ao consumo. O indivíduo não consegue manter-se abstinente.

O profissional de saúde mental que se depara com os transtornos por uso de substância, ao longo de seu percurso profissional, busca respostas quanto ao que leva alguém a chegar a esse lugar de não ser capaz de manter-se abstinente.

Para alcançar essas explicações, extremamente relevantes hoje, principalmente para a promoção de políticas públicas de enfrentamento à questão das drogas, foi realizado um estudo de campo para ouvir os usuários diagnosticados com transtornos por uso de substâncias.

Como um esforço a fim de evitar a estigmatização no uso dos termos utilizados na área de álcool e outras drogas (Chagas, Paula & Galduróz, 2021), neste trabalho os termos “transtornos por uso de substâncias” e “dependência de álcool e outras drogas” foram utilizados

como sinônimos. Foram observados também como sinônimos os termos “pessoas que fazem uso de drogas”, “pessoas dependente de drogas” e “pessoas com transtorno por uso de substâncias”. Ao longo do estudo, foram consideradas drogas as substâncias psicoativas com potencial para dependência física, psicológica e social, sejam elas lícitas ou ilícitas.

Para iniciar esta pesquisa foi realizada uma revisão histórica narrativa do uso de substâncias psicoativas pela humanidade. Em seguida, foram destacados os fatores de risco e proteção que contribuem para o entendimento a respeito das escolhas que envolvem o início do uso das substâncias psicoativas.

Considerando o impacto das relações proximais ao longo do desenvolvimento humano e o início do uso de drogas ser na maior parte dos casos na adolescência, foi abordada, em um eixo denominado infância e adolescência, a caracterização geral desta etapa e a percepção em relação às práticas de cuidado parental, além de como elas podem afetar diretamente o sujeito, sendo entendidas como fatores de proteção ou risco e até preditoras dos transtornos por uso de substâncias, levando também em conta a ideia de transmissão geracional da violência (Benghozi, 2001).

Em um segundo eixo, a proposta de tratamento a partir do suporte social de pares, de intervenção direta no microssistema do usuário de drogas e largamente utilizada no Brasil, foi apresentada e discutida a partir da perspectiva dos usuários.

Por ser essa a principal metodologia de tratamento utilizada em Comunidades Terapêuticas (CTs), o posicionamento dessas instituições também foi abordado, levando-se em consideração a história das políticas sobre drogas no Brasil, tendo como pano de fundo a Reforma Psiquiátrica e o contexto político de polarização nacional, além do caráter iatrogênico de muitas destas instituições.

Foi realizada uma pesquisa de campo de caráter qualitativo. Os dados foram analisados descritivamente e a partir de seu conteúdo. Os resultados e a discussão foram embasados na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner, que propõe a interrelação entre o ambiente e o sujeito em desenvolvimento.

O atravessamento racial foi indiscutível, já que cerca de 95% dos sujeitos envolvidos na pesquisa autodeclararam-se pretos ou pardos. Além disso, observou-se a escassez de instituições para acolhimento de mulheres no estado do Rio de Janeiro e o uso de práticas religiosas como terapia, o que levou a uma discussão a respeito das questões de gênero, raça e religião entre os usuários de drogas acolhidos em comunidades terapêuticas.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Investigar o impacto dos processos proximais, na infância/ adolescência e na vida adulta, em sujeitos diagnosticados com transtornos por uso de substâncias, acolhidos em Comunidades Terapêuticas no estado do Rio de Janeiro.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Analisar a relação entre a percepção das práticas de cuidado parental na infância/ adolescência e o início do uso de drogas.
- Avaliar o suporte social de pares enquanto processo proximal e metodologia de tratamento para os transtornos por uso de substâncias.
- Identificar se há relação entre a percepção de melhora nos transtornos por uso substâncias e o acolhimento em Comunidades Terapêuticas.

### 3 HISTÓRIA DO CONSUMO DE DROGAS

As primeiras substâncias psicoativas apareceram em plantas como resultado de defesas químicas contra a voracidade animal e, desde o início da vida humana, lendas foram criadas em torno do consumo de determinados frutos, associando o transe que eles provocavam a manifestações sobrenaturais. A cultura de caçadores-coletores, mais antiga do planeta, assume a existência de uma pluralidade de deuses. Sabe-se, hoje, que parte dessa crença passa pela experiência com alguma droga. Ao longo do tempo, foi distinguindo-se o uso de drogas entre festa, medicina, magia e religião (Escohotado, 2004).

É possível que produtos da papoula tenham sido colhidos e apreciados desde tempos pré-históricos. Há indícios de que as propriedades do ópio eram conhecidas há mais de cinco mil anos, no delta do rio Eufrates, tido como o primeiro local conhecido da civilização humana. Por volta de 330 a.C., Alexandre Magno levou ópio para a Pérsia e a Índia onde o cultivo espalhou-se, chegando na China por volta do século VII (Couteur & Burreson, 2006).

Registros remotos como o Papiro de *Ebers* (1500 a.C.) indicam que o cânhamo era usado pelos egípcios para esquecerem as preocupações, a fadiga e a fome, enquanto os assírios usavam a mesma substância durante os seus rituais religiosos ou como anestésico (Nunes & Jóluskin, 2007).

Na Grécia antiga é possível identificar o registro da dualidade ligada ao consumo de drogas, quando o termo *phármaka*, que significa veneno e remédio ao mesmo tempo, é utilizado para descrevê-las. Platão reafirma esta ambivalência ao definir que uso de substâncias pode ser ao mesmo tempo bom e penoso (Sequeira, 2003).

O uso de cocaína teve raízes nas grandes civilizações pré-colombianas dos Andes que, há mais de quatro mil e quinhentos anos, já conheciam e utilizavam a folha extraída da planta *Erythroxylon coca*, cujo nome deriva de uma palavra aimará, *khoka*. Para os incas, a planta era sagrada, relacionada à lenda do filho do sol, que desceu do céu sobre as águas do lago Titicaca para ensinar aos homens as artes, a agricultura e para presentear-lhes com a coca. Até a chegada dos espanhóis à América, seu uso era privilégio da nobreza Inca (Ferreira & Martini, 2001).

Na Idade Média, ainda se identifica uma farmacologia ocidental pobre, que se limitava praticamente aos jardins cultivados nos mosteiros e a algumas ordens religiosas que começavam a produzir cerveja. Algumas das substâncias retiradas das plantas eram associadas a exorcismos ou a práticas demoníacas. No mesmo período, começou-se a suspeitar da existência de rituais pagãos coletivos com uso de drogas (Nunes & Jóluskin, 2007).

Em 1277, já existiam publicações nas quais se assegurava que um terço das mulheres francesas praticava “bruxaria”, havendo conhecimento de um uso considerável de substâncias com origem nas plantas (Escohotado, 2004). Nos mosteiros, os fins eram de cuidado e de tratamento espiritual, já entre os pagãos, era tido como mágico e condenável. Desde então, a religião vem atuando ativamente na interpretação dos sentidos ligados ao uso de substâncias.

Décadas mais tarde, na segunda metade do século XVIII, a importação do ópio pela China foi expandida pelos portugueses, depois pelos franceses e finalmente pelos ingleses, quando a quantidade importada chegou a dez mil toneladas. O governo chinês preocupado os efeitos resultantes dessa importação exagerada, publicou um edito em 1800, que proibia a importação de ópio. Como parte do controle proposto, foi destruído um depósito de ópio pertencente à Companhia das Índias Ocidentais, o que precipitou as “guerras do ópio” entre a Inglaterra e a China. A China foi derrotada e, como resultado, houve a celebração do Tratado de Nanquim, onde Hong-Kong foi cedido à Inglaterra (Duarte, 2005). Só nas décadas de 80 e 90 do século XX que foi oficializado o retorno do território para a China, porém até hoje existem conflitos na região ligados à soberania e independência de Hong-Kong.

Já a nicotina, segundo alcaloide associado às Guerras do Ópio, era desconhecida na Europa quando Cristóvão Colombo chegou às Américas. Fumar, cheirar rapé (inalar tabaco em pó) e mascar folha de plantas do gênero era um hábito entre os indígenas na América do Sul, México e Caribe. O uso do tabaco difundiu-se rapidamente por toda a Europa, e a isso logo se seguiu o cultivo e comercialização da planta (Couteur & Burreson, 2006), o que também gerou diversos conflitos comerciais entre as potências e suas colônias.

No período colonial no Brasil, o consumo de coca entre os indígenas popularizou-se, apesar da oposição da Igreja Católica. Muitas tribos da Bacia Amazônica, na fronteira com os atuais países da Venezuela e Colômbia, mantinham o hábito de mascar o *epadu* ou *ipadu*, um preparado de folhas torradas de coca misturadas com elementos alcalinos, transformadas em pó e agrupadas em pequenas bolinhas. Além do valor nutritivo, esses indígenas buscavam o bem-estar e a ação estimulante que fazia parte de seu cotidiano. Esse uso está intimamente integrado à cosmovisão dessas tribos (Ferreira & Martini, 2001).

Até o início do século XIX, o tráfico de escravos negros era o maior de todos os negócios do mundo, envolvendo milhares de pessoas, incluindo comerciantes, contadores, uma estrutura de fornecimento de água e comida e até instituições religiosas para catequizar os cativos (Gomes, 2019). De acordo com Saad (2018), após a abolição da escravatura no Brasil, o uso da maconha passou a ser associado aos negros, sendo considerado um “mau hábito que levava a

degeneração” (p.80). Nos jornais da época, o adjetivo “africana” era utilizado para referir-se a planta, mesmo cientes que sua origem era asiática. Conhecida como *diamba*, sempre se fazia questão de informar que havia chegado em terras brasileiras através dos esforços dos “negros africanos”. Sendo eles responsáveis pelas consequências de seu uso aos trabalhadores que sob efeito da droga seriam capazes dos “maiores desvarios”.

A maconha foi criminalizada no Brasil em 1932, através do *Decreto 20.930*, passando a integrar a lista de “substâncias tóxicas” junto com outras drogas. A lei proibia fabricar, importar, exportar, reexportar, vender, trocar, ceder, expor ou ter maconha. A pesquisa sobre o processo de proibição da maconha indica o uso da planta nos ritos de origem africana. Os pesquisadores da época, aderindo à conceitos evolucionistas e racialistas, ignoravam a possibilidade de o uso ritualístico da planta ser mais antigo do que as práticas religiosas em si, os levando a considerá-las como prejudiciais a sociedade pelo fato de as religiões de matriz africana não serem “compatíveis” com a República incipiente. Além disso, a maconha era utilizada pelas camadas pobres, em sua grande maioria pretos e pardos, o que levava ao medo de que esse vício alcançasse outros setores e aumentava sua conotação negativa (Saad, 2018).

A criminalização do uso de drogas no Brasil é profundamente racializada, já que se associa desde seu início à população negra até muito pouco tempo escravizada. Nery Filho et al. (2012) afirma que ao se posicionar sob o efeito do imperativo categórico de que “todo uso de droga ilegal é crime”, são rejeitados os motivos que conduziram ao uso. “A lei que criminaliza, que reforça a alienação, não deixa alternativa ou condição de possibilidade” (p.245). Dessa maneira, o uso de substâncias e sua criminalização no contexto brasileiro é estrutural e historicamente ligado ao preconceito racial, sendo identificada até mesmo uma sobrerrepresentação de pretos e pardos nos processos por tráfico de drogas no Brasil (Soares & Maciel, 2023).

Em 1860, a cocaína foi sintetizada em laboratório pela primeira vez. Sigmund Freud na Alemanha começou a estudar suas propriedades, provocando um aumento de seu uso para o tratamento da ansiedade e depressão. A cocaína acabou tornando-se moda, entrando na composição de bebidas, medicamentos e até perfumes. A mais famosa destas bebidas, a Coca-Cola, foi inventada em 1886 por John Pemberton, um farmacêutico, utilizando como ingredientes a noz de cola e cocaína (Nunes & Jólluskin, 2007).

Figura 1

Primeiro rótulo da Coca-Cola



Fonte: <https://largodoscorreios.wordpress.com/2021/05/08/coca-cola-desde-1886/>

Figura 2

Rótulo de pastilha para dor de dente a base de cocaína



Fonte: <https://hypescience.com/10-inacreditaveis-propagandas-antigas-de-cocaina-e-outras-drogas/>

**Figura 3**

*Rótulo de perfume à base de cocaína*



**Fonte:** Google Imagens

Em 1816 houve a descoberta da morfina, anos mais tarde da codeína (metil-morfina) e da tebaína (dimetil-morfina) derivadas do ópio e utilizadas para diversos fins médicos. Depois que foi estabelecida a estrutura química dos derivados naturais do ópio, vários derivados semissintéticos foram obtidos por modificações relativamente simples na molécula da morfina a mais popular é a diacetilmorfina (heroína) (Duarte, 2005).

No início do século XX, a morfina já era amplamente difundida, especialmente pelo seu uso durante as grandes guerras. Tendo em vista seus resultados, que apontavam para quadros de tolerância e dependência, foi difundido que a heroína seria a substância que poderia substituir a morfina. Essa insistência na distribuição de heroína persistiu por doze anos, até ser constatado que era um dos alcaloides que mais rapidamente promove dependência (Duarte, 2005).



**Figura 4**

*Rótulo de heroína fabricada pela farmacêutica Bayer*



**Fonte:** <https://hypescience.com/10-inacreditaveis-propagandas-antigas-de-cocaína-e-outras-drogas/>

Na década de 1930, as anfetaminas começaram a ser comercializadas, sendo muito divulgadas no decorrer da II Guerra Mundial (1939/1945). Dez anos mais tarde, foi descoberto o ácido lisérgico (LSD). O movimento hippie, na década de sessenta, acabou por dar lugar ao uso generalizado das drogas psicodélicas que foram atravessando as distintas classes sociais e proliferando-se entre os jovens. Na década de oitenta, a produção de drogas sintéticas foi impulsionada. Os laboratórios ilegais produziam a um ritmo cada vez mais acelerado (Nunes & Jóluskin, 2007).

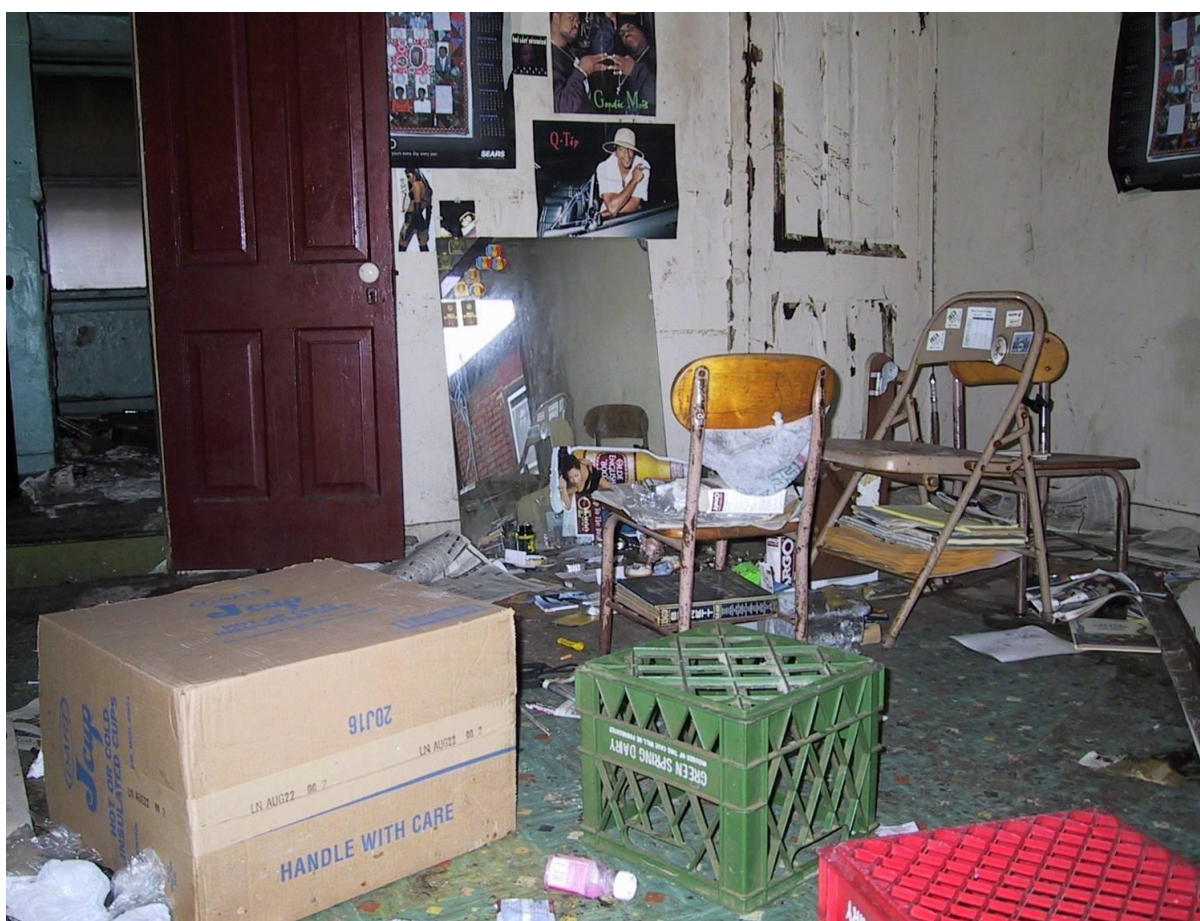
Depois da onda de *proibicionismo* na maior parte dos países nas décadas de 1920 e 1930, a cocaína foi esquecida por algum tempo, mas voltou a estar em evidência nos anos oitenta com a ideia de que melhoraria a performance, sendo *glamourizada* nos grandes centros urbanos (Alves, Ribeiro & Castro, 2011). A maior disponibilidade e a queda dos preços nos últimos anos possibilitaram que a cocaína fosse usada abusivamente por um número crescente de pessoas, trazendo consequências assustadoras para a saúde do indivíduo e para a sociedade como um todo (Ferreira & Martini, 2001).

No fim dos anos oitenta e início dos anos noventa, a pasta base de coca (sulfato de cocaína) obtida pela maceração das folhas com solvente (álcool, benzina, parafina ou

querosene), mais ácido sulfúrico e carbonato de sódio, com efeitos prolongados e valor inferior ao da cocaína refinada, foi um dos precursores do *crack* nos Estados Unidos. O *crack* teria surgido nos bairros pobres de Los Angeles, Nova York e Miami. Por sua produção simples, era possível ser produzida nas precárias casas (*crack houses*) dos moradores de regiões habitadas por negros e hispânicos acometidos pela pobreza e desemprego. A queima da droga em cachimbos estalava quando queimada (*cracking*), daí a popularização do nome *crack* (Alves, Ribeiro & Castro, 2011).

### Figura 5

*Crack house em Baltimore - foto 1*



Fonte: <https://copinthehood.com/baltimore-crack-house-2/>



**Figura 6**

*Crack house em Baltimore - foto 2*



**Fonte:** <https://copinthehood.com/baltimore-crack-house-2/>

No Brasil, o crack surgiu em 1988 na periferia de São Paulo (Raupp & Adorno, 2011). Registros de apreensão da droga no país datam de 1990, quando se difundido e modificado drasticamente o perfil de venda e usuários de drogas no país (Alves, Ribeiro & Castro, 2011). Observou-se um alargamento da faixa de idades dos consumidores, que se iniciavam cada vez mais cedo. A droga saiu dos salões e dos clubes elitistas para invadir as ruas das cidades (Nunes & Jólluskin, 2007). Em 1991, já se podia observar uma intensa procura pela droga. Entre 1995 e 1997 a prevalência de uso aumentava, tornando o crack e a cocaína as principais drogas consumidas. (Raupp & Adorno, 2011).

A presença do *crack* trouxe maior complexidade e dificuldades adicionais pela disseminação do seu uso. Da segurança pública aos programas de atenção, o uso de crack gerou desafios que ainda esperam respostas capazes de fornecer orientações mais efetivas que a repressão (Raupp & Adorno, 2011).

**Figura 7**

*“Cracolândia” em São Paulo - março de 2023*



**Fonte:** <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2023/03/um-ano-apos-dispersao-cracolandia-retoma-rotina-e-se-fixa-em-novo-ponto-em-sao-paulo.shtml>

O consumo de substâncias psicoativas atravessa a história das civilizações humanas e aparece até antes da constituição delas. O uso de drogas atinge, atualmente, números alarmantes no Brasil e no mundo (UNODC, 2022; FIOCRUZ, 2018), com esse panorama, faz-se necessária a busca de explicações para o contínuo aumento de usuários. Por que, mesmo com a difusão dos sistemas informacionais e entendendo os prejuízos do consumo abusivo dessas substâncias, ainda há números tão significativos de pessoas que usam drogas ao redor do mundo?

#### **4 FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA O USO DE DROGAS**

O porquê se passa a usar drogas ou em que momento esse uso se torna destrutivo para o indivíduo não é claro. Porém, o início do uso de substâncias está relacionado a fatores como: curiosidade, convivência e pressão de pares, tentativa de ser aceito pelo grupo, excitação por estar fazendo algo ilegal, secreto, expressão de hostilidade e independência em relação aos pais e tentativa de reduzir sensações desagradáveis (Dalgalarondo, 2019).

Sendo uma questão de etiologia multifatorial, para entender o uso de drogas e seu caráter psicopatológico, é necessário avaliar os diferentes fatores, de risco ou proteção, que estão relacionados ao início do consumo.

De acordo com Schenker e Minayo (2005), o risco é resultado da livre e consciente decisão de se expor a uma situação na qual se busca uma realização, mesmo que o percurso inclua a possibilidade de perda ou dano físico, material ou psicológico. As autoras, influenciadas pelos trabalhos de Heidegger, afirmam que o ato de viver já está imbuído da ideia de correr risco e por isso a incerteza é um componente essencial da existência.

Já na área de saúde, o risco é um conceito que envolve conhecimento e experiência sobre o perigo de doenças e seus agravos. A expressão “fatores de risco” designa condições ou variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos para a saúde. Alguns desses fatores se referem a características dos indivíduos e outros, ao seu meio e a condições estruturais e socioculturais mais amplas (Schenker & Minayo, 2005).

De acordo com Ramos (2017), comportamentos de risco são aqueles que aumentam a chance de um desfecho danoso ao indivíduo ocorrer. Haveria evidências da influência dos pares, da falta de controle parental, de conflitos familiares, do cérebro adolescente ainda não ter alcançado sua forma final, do baixo nível socioeconômico e, de forma indireta, do temperamento e dos traços de personalidade. Ainda segundo a autora, embora já se tenha alcançado consenso sobre a importância dos Determinantes Sociais na Saúde, pouco tem sido investigado a respeito do papel de variáveis contextuais como preditoras dos comportamentos de risco na adolescência.

Pechansky et al. (2017) lista diversos fatores de risco para o uso de drogas e os classifica em: ambientais, familiares e individuais. Os fatores ambientais estariam relacionados a disponibilidade de drogas e normas sociais favoráveis ao uso de determinadas substâncias. Já em relação aos fatores familiares, o uso de álcool e outras drogas pelos pais, conflitos, estrutura familiar precária, pouca supervisão dos pais, dificuldade dos pais em colocar limites aos filhos

e situações estressantes. Os fatores individuais incluiriam: filosofia de vida, características de personalidade, transtornos psiquiátricos, características genéticas e familiares, além de outros fatores como sexualidade precoce, início de consumo de álcool e tabaco na infância, amigos com alto consumo de outras drogas, baixo desempenho na escola etc.

Como um contraponto a ideia de risco, está o conceito de proteção, uma noção que faz parte do universo semântico das políticas sociais (Schenker & Minayo, 2005). Na década de oitenta, diante dos efeitos das crises fiscais, países centrais começam as suas políticas de seguridade social. A concepção de “proteção social” assume múltiplos significados, passando a ser utilizada tanto para serviços e benefícios assegurados como direitos, quanto para programas e ações dirigidos ao enfrentamento de situações de risco e vulnerabilidade, prestados por instituições públicas ou privadas (Vaitsman, Andrade & Farias, 2009).

No Brasil, com a promulgação da Constituição Federal em 1988, os impactos das políticas de ajuste sobre o sistema de proteção social foram residuais, com aumento de gasto público e incorporação de novas clientela (Vaitsman, Andrade & Farias, 2009). Em 1991 é promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) com a doutrina da proteção integral, em que crianças e adolescentes passam a ser consideradas cidadãos, sujeitos de direitos, capazes de protagonismo, merecedores de prioridade de atenção e de cuidados (Schenker & Minayo, 2005).

Fatores de proteção seriam, portanto, aqueles que podem ser evidenciados como relevantes para promover o crescimento saudável e evitar os riscos. A ideia é que se busque dar ênfase aos elementos positivos que levam um indivíduo a superar as adversidades. É um paradigma mais otimista, pois acredita que é possível, por meio de ações e programas, promover o bem-estar do adolescente, atuando no fortalecimento e no desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais (Schenker & Minayo, 2005).

Alguns fatores de proteção contra o uso de drogas são conhecidos, especialmente em relação à família, entre eles estão o bom relacionamento familiar, a supervisão ou monitoramento dos pais em relação aos filhos e as noções claras de limites, bem como os valores familiares de religiosidade ou espiritualidade. Outros fatores de proteção estão relacionados à escola, como o envolvimento em atividades escolares e esportivas e bom desempenho acadêmico (Pechansky et al., 2017).

Quando se discute os fatores de proteção, Schenker e Minayo (2005) afirmam que a ideia de resiliência é bastante enfatizada. Embora existam diferentes definições de resiliência, toda a discussão sobre esse conceito está ligada a processos intrapsíquicos e sociais que



possibilitam o desenvolvimento de uma vida sadia, apesar de experiências de vida traumáticas. Envolve o entendimento da interação entre a adversidade, e eventualmente, os riscos a ela associados e os fatores de proteção internos e externos ao sujeito, permitindo o desenvolvimento de competências que permitam a uma pessoa obter sucesso diante da adversidade

O risco de um adolescente abusar de drogas envolve o balanço entre o número e o tipo de fatores de risco e de fatores de proteção (Vaitsman, Andrade & Farias, 2009). É importante ter como panorama que os fatores de risco e de proteção devem ser tratados como variáveis independentes, pois podem afetar o comportamento sem que haja, necessariamente, uma complementaridade entre eles (Schenker & Minayo, 2005).

Para entender essa relação entre os fatores de risco e proteção, é necessário observar o contexto no qual sujeito está inserido. Enfatizar os fatores contextuais no desenvolvimento humano é o que a Teoria de Bronfenbrenner faz, como é possível ver adiante.

## 5      **TEORIA CONTEXTUAL DO DESENVOLVIMENTO HUMANO**

Urie Bronfenbrenner formulou sua teoria de desenvolvimento humano, publicada no final da década de 70, expondo ao campo científico importantes premissas para o planejamento e desenvolvimento de pesquisas em ambientes naturais. Bronfenbrenner (1996) criticava o modo tradicional de se estudar o desenvolvimento, referindo-se à grande quantidade de pesquisas concluídas “fora do contexto”. Essas investigações, para ele, focalizavam somente a pessoa dentro de um ambiente restrito, sem considerar as influências dos contextos em que os sujeitos viviam. O autor trabalhou na reformulação de sua abordagem até o fim de sua vida e trouxe a consideração da bidirecionalidade em relação à pessoa e ao ambiente em que ela está inserida.

Bronfenbrenner era filho de um médico neuropatologista e naturalista de campo, cresceu dentro de uma instituição para portadores de sofrimento psíquico, onde seu pai trabalhava. Esse espaço de crescimento forneceu informações sobre a questão social e biológica que viriam influenciar seu trabalho mais tarde. Por sempre pensar nas implicações da comunidade na saúde mental, suas ideias articulam pesquisa e políticas públicas (Narvaz & Koller, 2004).

Em sua juventude, Bronfenbrenner envolveu-se com práticas de políticas públicas, aprofundando seus estudos sobre personalidade e pesquisas transculturais, especialmente com estudos comparativos entre as sociedades estadunidense e soviética. Ao longo de sua carreira, o autor escreveu 14 livros e mais de 300 artigos, com um trabalho de pesquisa vasto. Seu trabalho serviu de base para aplicações diversas nas áreas da Saúde e da Educação. Sendo um dos autores mais citados em estudos sobre parentalidade (Barreto, 2016).

Em 1996, o autor consolida suas ideias na proposta do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano, onde coloca os processos psicológicos dentro de sistemas, em que a pessoa é apenas um dos elementos, o foco principal passa a ser os processos e as interações (Barreto, 2016).

Nessa perspectiva, o desenvolvimento consiste em um processo de interação recíproca entre a pessoa e seu contexto, que vai se complexificando a partir das forças de múltiplos contextos e das relações entre eles através do tempo. A ideia é que seja estudado através da relação os quatro núcleos interrelacionados: processo, pessoa, contexto e tempo (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

De acordo com Bronfenbrenner e Morris (2006), os núcleos a serem estudados na Teoria Bioecológica podem ser definidos como:

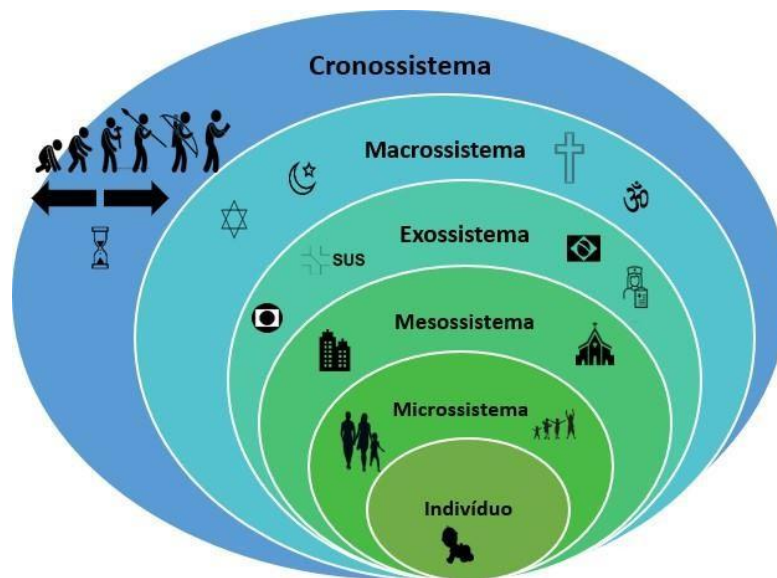
- Pessoa: são constâncias e mudanças na vida do ser humano em desenvolvimento, no decorrer de sua existência, além de características pessoais, como gênero, cor da pele, valores e expectativas, que também devem ser consideradas.
- Processo: são as ligações entre os diferentes níveis e se acha constituído pelos papéis e atividades diárias da pessoa em desenvolvimento
- Contexto: é o meio ambiente global em que o indivíduo está inserido e onde se desenrolam os processos de desenvolvimento. Abrange tanto os ambientes mais imediatos, como os mais remotos, mas que se relacionam e têm o poder de influenciar o curso do desenvolvimento.
- Tempo: é o desenvolvimento no sentido histórico, como ocorrem as mudanças nos eventos no decorrer da história e como eles impactam a pessoa em desenvolvimento.

Ao abordar o ambiente em que o sujeito se desenvolve, o autor aponta que deve ser concebido topologicamente, como uma organização de estruturas concêntricas, que parece um jogo de bonecas russas, onde encaixadas uma dentro da outra, interferem mutuamente entre si e afetam conjuntamente o desenvolvimento. A essas estruturas Bronfenbrenner (1996), deu o nome de *microsistema*, *mesossistema*, *exossistema* e *macrossistema*.

O *microsistema* é o conjunto padronizado de relações experienciados pelas pessoas em desenvolvimento em um ambiente, como em sua própria casa ou na creche. São interações que persistem através do tempo e conduzem a mudanças no comportamento. O *mesossistema* são as interações entre dois ou mais ambientes nos quais uma pessoa está inserida ativamente e se relaciona. O *exossistema* não tem relação direta com a pessoa, ela não participa ativamente, mas acontecimentos podem ocorrer e afetar seu crescimento e desenvolvimento, e vice-versa. O *macrossistema* são os demais ambientes, onde se incluem a cultura, as crenças, instituições políticas, sociais etc. Já o *cronossistema* é a dimensão temporal, o tempo pode levar a mudanças nos diversos sistemas e as relações podem ser alteradas (Bronfenbrenner, 1996).

**Figura 8**

*Diagrama da Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner*



Nota-se que ao serem definidos os sistemas, fala-se em “pessoas em desenvolvimento”, pois nesse modelo não é apenas a criança que está em desenvolvimento, mas todos os participantes das interações. No microsistema, assim como a professora interage com a criança na creche, ela é influenciada por essa relação, que pode, por exemplo, levá-la a uma mudança de comportamento em relação aos seus próprios filhos na sua casa.

### **5.1 Relações proximais**

Uma característica importante na definição do modelo bioecológico é a experiência, que indica que os aspectos cientificamente relevantes de um ambiente para o desenvolvimento humano incluem não apenas suas propriedades objetivas, mas também a maneira como essas propriedades são subjetivamente vivenciadas pela pessoa que vive nesse ambiente (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Nas fases iniciais, mas também ao longo do curso de vida, o desenvolvimento ocorre por meio de processos de interação progressivamente mais complexos entre o ser humano em evolução e as pessoas, objetos e símbolos em seu ambiente externo imediato. Para ser eficaz, a interação deve ocorrer de forma bastante regular ao longo de períodos prolongados. Essas formas duradouras de interação no ambiente imediato são referidas como *processos proximais*. Como exemplo de relações proximais duradouras estão: ato de alimentar ou acalmar um bebê, brincar com uma criança pequena, atividades entre crianças, brincadeiras em grupo ou



solitárias, leitura, aprendizado de novas habilidades, atividades esportivas, resolução de problemas, cuidar dos outros em situações de angústia, fazer planos, realizar tarefas complexas e adquirir novos conhecimentos e habilidades práticas (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Um processo proximal envolve a transferência de energia entre o ser humano em desenvolvimento e as pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato. A transferência pode ocorrer em ambas as direções; ou seja, do indivíduo em desenvolvimento para características do ambiente, de características do ambiente para o indivíduo em desenvolvimento, ou em ambas as direções, separadamente ou simultaneamente. Em resumo, os processos proximais funcionam como os motores do desenvolvimento (Bronfenbrenner & Evans, 2000).

A participação nos processos proximais ao longo do tempo gera motivação, conhecimento e habilidade para se envolver em atividades tanto com os outros quanto por conta própria. Por exemplo, por meio de interações progressivamente mais complexas com seus pais, as crianças se tornam cada vez mais agentes de seu próprio desenvolvimento (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

As relações proximais podem ter dois tipos de resultados: competência ou disfunção. A competência é a aquisição demonstrada e o desenvolvimento adicional de conhecimento, habilidade ou capacidade para conduzir e orientar seu próprio comportamento em diferentes situações e domínios do desenvolvimento. Disfunção refere-se à manifestação recorrente de dificuldades em manter o controle e a integração do comportamento em diferentes situações e domínios de desenvolvimento (Bronfenbrenner & Evans, 2000).

Para compreender a relação do indivíduo com o ambiente, é preciso levar em conta sua exposição ao contato com os processos proximais. Essa exposição acontece através das dimensões: duração, frequência, intensidade, momento ou *timing* e a estabilidade do contato (Bronfenbrenner & Evans, 2000).

Para Bronfenbrenner e Evans (2000), o caos também é um fator que integra os vários elementos envolvidos na exposição aos processos proximais e seu papel no modelo bioecológico são os "sistemas caóticos". Tais sistemas são caracterizados por atividade frenética, falta de estrutura, imprevisibilidade nas atividades cotidianas e altos níveis de estimulação ambiente, onde há uma falta geral de *rotinização* e estrutura na vida diária. O caos pode interferir nos processos proximais que geram competência e produzir processos proximais que, por si só, levam à disfunção.

A partir dos pressupostos teóricos da Teoria Bioecológica do desenvolvimento de Bronfenbrenner, identifica-se um modelo que pode trazer explicações de como, num nível proximal, as interações do sujeito com seu ambiente podem influenciar seu comportamento.

## EIXO I – INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

### 6 INÍCIO DO USO DE DROGAS

Apesar de não poder se identificar o porquê usa-se drogas e falar-se apenas de fatores de risco e proteção, é sabido que é na adolescência que, na maioria das vezes, começam as experiências com substâncias psicoativas.

Terroso e Argimon (2013) afirmam que pode ser encontrado na literatura vários fatores associados ao uso de drogas por adolescentes e o conhecimento acerca deste tema constitui uma importante ferramenta para prevenção e tratamento desta problemática.

O Relatório Mundial sobre Drogas de 2021, divulgado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2022), em 2020 cerca de 5,5% da população entre 15 e 64 anos já usou drogas pelo menos uma vez. Com o alargamento da faixa de idade dos consumidores na década de noventa, os jovens passaram a usar drogas cada vez mais cedo (Nunes & Jóluskin, 2007).

É uma tarefa árdua definir o que é adolescência. Desse modo, não se pretende aqui definir estritamente o que essa etapa representa, mas discutir como ela é importante quando falamos sobre o início do uso de drogas.

Há discordância entre autores até quanto ao período de duração da adolescência, os limites cronológicos definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) são entre 10 e 19 anos. Já no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), *Lei 8.069/ 90*, define a adolescência na faixa etária de 12 a 18 anos de idade e, em casos excepcionais e quando disposto na lei, o estatuto é válido até 21 anos.

Em geral, o início da adolescência é marcado pela puberdade e seu fim pela entrada na vida adulta. A puberdade seria o período de transição entre a infância e a idade adulta, durante o qual os caracteres sexuais secundários aparecem. Nesta etapa ocorrem profundas mudanças psicológicas e o indivíduo passa a estar apto para a reprodução (Silva & Adan, 2003).

Entre os autores, é possível encontrar diferentes definições de adolescência, algumas com caráter mais biológico, como a de Stanley Hall, que afirmam ser esta uma faixa etária com conturbações de diferentes origens ligadas ao aparecimento da sexualidade (Ozella, 2002). Outras como a dos autores de orientação psicanalítica Anna Freud, Peter Bloss e Erik Erikson definem a adolescência como sendo marcada por sofrimento e conflitos (Palácios & Oliva, 2004).

Diferenciando-se destas abordagens, estão as definições de Piaget, que observa a adolescência como um momento de aquisição das capacidades de juízo moral. Assim como a da antropologia cultural, representada por Margaret Mead, que observou comunidades em que a adolescência representava um período agradável e feliz (Palácios & Oliva, 2004).

Dentre todas as definições, pode-se afirmar que esta é uma etapa intermediária do desenvolvimento humano, entre a infância e a fase adulta, bastante discutida entre autores não apenas da Psicologia, como também da Medicina, da Enfermagem, da Antropologia, dentre outras áreas. Pode-se dizer ainda que é uma fase caracterizada por mudanças físicas, mentais e emocionais.

Na espécie humana, esse momento de transição é encarado de forma distinta de uma civilização para outra. O tempo histórico, a classe social e a etnia também são fatores que diferenciam a maneira como a adolescência é percebida. Apesar das diferenças, é comum existirem ritos de passagem para a vida adulta durante esta etapa.

No Nepal, por exemplo, para marcar a passagem para a *adulthood*, as meninas mudam a forma de se vestir, deixam de usar saia curta e passa a usar um vestido longo que vai até os tornozelos. O ritual também inclui cerimônias religiosas, separação da família e testes de força e resistência física (Domingues & Domingues, 2007).

Em outras comunidades, os ritos de passagem são realizados numa idade específica, como no caso dos judeus, onde há as cerimônias de *bar mitzvah* e *bat mitzvah*, ocasião em que meninos e meninas têm treze anos de idade. Já para os índios Apaches da América do Norte os rituais de passagem são ligados à maturidade sexual feminina, constatada pela primeira menstruação que é celebrada com festividades (Domingues & Domingues, 2007).

Nas sociedades ocidentais atuais, a passagem para a vida adulta não é marcada tão claramente. Existe um tempo de transição relativamente longo em que o adolescente aos poucos é reconhecido como adulto e vai alcançando seu lugar no mercado de trabalho e na comunidade. (Domingues & Domingues, 2007; Arnett, 2015).

Na adolescência, os jovens enfrentam importantes situações que afetam seu futuro. É no final dessa etapa que muitos determinarão sua forma de vida, porém ainda estão descobrindo seus interesses e talentos, adquirindo responsabilidades. O uso de drogas faz parte de uma certa fragilidade e limitação do jovem para responder criativamente às situações da vida (Bernardy & Oliveira, 2010).

O uso de drogas pode surgir como uma resposta às fragilidades e limitações do jovem para lidar criativamente com as situações da vida. A busca por identidade e pertencimento é um

dos principais desafios da adolescência, e a falta de suporte familiar pode levar os jovens a buscar validação em grupos de pares que normalizam o uso de substâncias (Cardoso & Malbergier, 2014; Crocetti et al., 2016).

A busca pela identidade é um dos compromissos do adolescente. Para que esse processo de construção identitária se consolide, é importante a participação das figuras parentais. Esse período pode conduzir a um desenvolvimento saudável quando o núcleo familiar oferece uma boa sustentação para as experimentações do adolescente.

Quando a dinâmica familiar é conturbada e não contribui para acolher os conflitos dos filhos em desenvolvimento, pode levá-los a engajar em comportamentos que favorecem a aproximação ao universo das drogas (Garcia, Pillon & Santos, 2011). Uma vez iniciado o uso de substâncias de forma precoce diversas são as consequências negativas para o indivíduo, Bahls e Ingberman (2005) apontam que o até o desempenho escolar pode ser afetado, levando a desmotivação para os estudos, fator muito relevante na adolescência.

O conjunto característico de comportamentos que os pais estabelecem com seus filhos pode ser nomeado de diversas formas na literatura, tais como práticas parentais, práticas educativas, práticas de cuidados, cuidados parentais etc., esta diversidade de palavras-chave já indicaria que existem diferentes concepções sobre o comportamento parental (Macarini & Martins, 2010).

Para Coltro, Paraventi e Vieira (2020), a parentalidade dita saudável é definida como a construção multidimensional das atividades que as figuras parentais realizam suficientemente bem para a garantia de um ambiente seguro, bem como a utilização dos recursos familiares e comunitários com o objetivo de promover o pleno desenvolvimento da criança, sendo o exercício da parentalidade influenciado por fatores individuais dos pais, das crianças e pelo ambiente intra e extrafamiliar.

O exercício da parentalidade é uma das tarefas mais complexas que o ser humano pode enfrentar, pois existe uma interação constante de fatores biológicos e culturais na orientação dos comportamentos parentais no processo de socialização dos filhos (Martins et al., 2014).

Bronfenbrenner (1996) coloca o desenvolvimento da criança no centro de um sistema de interações bidirecionais entre fatores interpessoais, familiares e contextuais, e evidencia a necessidade de se observar os efeitos que fatores ambientais exercem sobre a parentalidade.

Numa perspectiva analítico-comportamental, os problemas de comportamento na infância devem ser compreendidos como conjuntos de respostas controladas por contextos. Ou seja, os problemas de comportamento exercem funções na interação organismo-ambiente e, por essa razão, são adquiridos e se mantêm no repertório comportamental (Alvarenga, Weber & Bolsoni-Silva, 2016).

Além da presença física, fatores como disponibilidade das mães e dos pais às necessidades das crianças, a partir de estimulação verbal e física e encorajamento para busca da autonomia, contribuem significativamente para o desenvolvimento saudável das crianças (Deus, Zappe & Vieira, 2022).

No contexto familiar, as relações e atividades estabelecidas nos sistemas em que as pessoas estão inseridas influenciam-se entre si. No estudo realizado por Deus, Zappe e Vieira (2022) para investigar as relações entre envolvimento, práticas parentais e jornada de trabalho de mães de pré-escolares, identificou-se que as mães que não possuem atividade remunerada ou as que possuem jornada extensa adotam mais práticas parentais autoritárias na criação dos

filhos do que as mães com jornada parcial. A carga horária de trabalho das mulheres tem implicações na forma como gerenciam as estratégias utilizadas para alcançar o comportamento satisfatório das crianças, o que corroboraria a proposição interrelacional dos sistemas como é afirmado na perspectiva bioecológica do desenvolvimento humano.

Dessa forma, o papel dos cuidadores no processo de socialização pode ser considerado fundamental e quando esse papel não é desempenhado suficientemente bem, não sendo capaz de atender as demandas da criança, pode trazer consequências imediatas em seu comportamento.

Ambientes domésticos caóticos caracterizados por altos níveis de estimulação social e física em conjunto com desorganização estão associados a processos proximais disfuncionais, como a parentalidade menos responsiva com crianças em idade pré-escolar. A parentalidade não responsiva é um precursor de angústia psicológica e outros resultados sociais negativos em crianças. O caos tem o potencial de interferir no desenvolvimento e manutenção de processos proximais que promovem competência e caráter, o que também pode levar a processos proximais que indicam desenvolvimento social disfuncional (Bronfenbrenner & Evans, 2000).

Takahara et al. (2017) em sua revisão integrativa sobre as relações familiares e o uso de álcool e outras drogas apontou que a rejeição e abandono familiar, o divórcio e/ ou separação parental, a morte precoce de parentes ou pessoas próximas, os conflitos, a violência e a falta de comunicação familiar emergem como fatores de risco para o uso de substâncias psicoativas.

Sussman, Dent e Galaif (1997) identificaram que adolescentes que não moram com os pais têm mais chance de usar drogas. Bensley et al. (1999) observaram que adolescentes com história de abuso físico ou sexual na infância têm 2,8 vezes mais chance de usar de SPAs na adolescência e 3,4 de usá-las compulsivamente. Os mesmos autores apontaram que crianças que sofreram abuso físico ou sexual na infância têm 12,2 vezes mais chance de experimentar maconha ou usar álcool antes dos 10 anos.

Garcia, Pillon e Santos (2011) investigaram 657 adolescentes com idades entre 14 e 19 anos e, em sua pesquisa, apontaram que 52% dos adolescentes tinham famílias de origem com antecedentes de uso. Nas famílias desses adolescentes, a presença de discussões, maus-tratos verbais e físicos e abuso sexual foram fatores de risco para o uso de substâncias pelos adolescentes, sobretudo quando combinada com o uso de tabaco e cerveja, indicando que os adolescentes que consomem drogas ilícitas enfrentam problemas familiares.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2019) com alunos de 13 a 17 anos, do 7º ao 9º ano do ensino fundamental e do 1º ao 3º ano do ensino médio de escolas públicas e

privadas das 26 capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, avaliou que residir com ambos os pais têm efeito protetor nos hábitos de fumar, beber e usar drogas. Identificaram também que a supervisão familiar é importante na prevenção destes hábitos. Concluindo que o papel da família é essencial na prevenção do uso de tabaco, álcool e drogas e na promoção à saúde dos adolescentes.

É na família também que ocorre o maior índice de iniciação ao uso de drogas. O número de drogaditos que possuem algum familiar dependente químico é superior àqueles que não têm histórico familiar de uso de drogas. Considera-se fator de risco para dependência química uma criança ou jovem que convive com alguém que utiliza de maneira abusiva algum tipo de substância psicoativa, ao ver um cuidador utilizar álcool ou tabaco, torna-se um sujeito com elevadas possibilidades de repetir esse ato durante sua vida (Kosterman et al. 2000; Silva et al., 2010; Torales et al., 2018).

É relevante destacar que o uso de drogas por pais, tios e primos assume uma cultura familiar de uso de drogas. Considerando o papel da família, fatores como perda de membro familiar na infância por falecimento; doenças, uso de álcool e drogas, brigas e separação dos pais, violência intrafamiliar física e psicológica, violência social e convivência do jovem com o crime podem atuar como indutores do início do uso de drogas de abuso (Schenker & Minayo, 2004; Bernardy & Oliveira, 2010).

O impacto emocional da perda de uma ou mais figuras parentais na infância ou adolescência também pode ser um fator que influencia o início do uso de substâncias. O luto é amplamente discutido pela abordagem psicanalítica, onde a morte pode levar a um estado de desamparo, conduzindo o indivíduo a busca por alívio através do entorpecimento (Freud, 1996 [1917]; Silva & Ulhôa, 2015).

Sendo assim, no caso específico dos transtornos por uso de substâncias, o início do uso pode ser visto como um desdobramento direto ou indireto de práticas parentais disfuncionais, ou da ausência de cuidados, seja por negligência ou morte dos cuidadores.

## **7.1 Transmissão geracional da violência**

Tendo em vista a importância das práticas parentais e a experiência de violência na família de origem como um dos fortes preditores da ocorrência de violência em relacionamentos adultos, o padrão pode se repetir ao longo das gerações (Rosa & Falcke, 2011).

Santana e Penso (2017) fazem uma discussão em que utilizam a Teoria Sistêmica e a Teoria de Gênero para relatar a naturalização dos papéis estereotipados de gênero de um casal



vítima de violência conjugal. Apontando para o fato que a perpetuação da violência nas relações familiares passa por um processo de transmissão geracional.

Considerando não apenas o ambiente familiar, fatores sociais que favorecem a vivência de contextos violentos na infância também precisam ser discutidos. Na Cartilha para Intervenção em Catástrofes da Associação Brasileira de Psiquiatria (n.d.), as catástrofes são definidas como ocorrências que atingem uma população de maioria saudável, que passa a vivenciar uma situação que desestrutura sua vida de forma violenta e traumatizante.

Só em 2022, o Brasil registrou 47.398 mortes violentas intencionais (MVI), categoria criada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) que agrega as vítimas de homicídio doloso (incluindo feminicídios e policiais assassinados), roubos seguidos de morte, lesão corporal seguida de morte e as mortes decorrentes de intervenções policiais (Fórum Brasileiro de Segurança Pública [FBSP], 2023).

Nesse sentido, a violência no Brasil, especialmente em territórios marcados pela constante disputa pelo controle do poder entre as facções criminosas, os grupos de extermínio e as Polícias do Estado, como ocorre no Rio de Janeiro, pode ser considerada uma catástrofe.

As práticas de cuidado parental exercem um fator determinante nas trajetórias de desenvolvimento e, quando associadas a contextos catastróficos, aumentam as chances da transmissão geracional da violência.

Benghozi (2001) aborda a questão dos traumatismos catastróficos que atingem comunidades inteiras, onde a criança é a primeira vítima do terror traumático. O autor traça sua discussão a partir de três contextos: o traumatismo como herança, a ressonância psíquica geracional do holocausto durante a Guerra da Argélia; o ataque de filiação, crianças nascidas do estupro de mulheres na Bósnia e o politraumatismo precoce de crianças em um orfanato em Goma, Zaire. Para o autor, existem duas formas de transmissão da violência: a intergeracional e a transgeracional. Na transmissão intergeracional há elaboração, é a história que se conta sobre o que se viveu. Já na transmissão transgeracional não há metabolização psíquica, os conteúdos traumáticos são transmitidos a partir de processos de repetição, sem que haja simbolização, não se fala sobre o assunto, apenas se vive e sente.

O objetivo de Benghozi (2001) é apontar como as crianças são marcadas por uma história genealógica que as atinge antes mesmo de seu nascimento, transmitidas no ambiente familiar e que intervenções precoces podem oferecer recursos para a criança elaborar os traumas, para dessa forma não os retransmitir às gerações futuras.

Para o autor, um dos pontos importantes na prevenção da repetição do traumatismo psíquico de geração para geração é o reconhecimento do trauma, a partir da escuta é possível reconstruir os cenários narrativos e permitir a elaboração dos conflitos que advém da experiência familiar traumática. Além da validação a partir da escuta, é preciso associar toda a ação de reconhecimento da violência sofrida, bem como do trauma. Nas esferas judiciais, socioassistenciais e até psicoterápicas (Benghozi, 2001).

De acordo com a pesquisa de opinião realizada pelo Instituto Patrícia Galvão em parceria com a Inteligência em Pesquisa e Consultoria (IPEC), publicada em 2022, sete em cada dez brasileiros afirmam que os policiais não acreditam na seriedade das denúncias de violência doméstica no Brasil e que a Justiça trata esse tipo de agressão como um assunto pouco importante.

A ausente validação da violência no meio familiar pode propiciar a sua transmissão às gerações futuras. Mesmo que exista codificação legal para o crime de violência, a narrativa é constantemente posta em descrédito pelos próprios agentes do Estado.

A importância de, nos contextos catastróficos, haver a restauração de um mínimo de espaço de dignidade, com a validação da dor e da perda, que parece se perder com a recorrência da morte, seria mais um fator que contribuiria na prevenção da transmissão do trauma. A experiência de luto e sofrimento precisa ser vivida e validada pela comunidade (Benghozi, 2001).

O Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro (2023) relata que só no ano de 2022 foram 4485 mortes classificadas como violentas no estado, além das 1330 que foram perpetradas por agentes do Estado. Já em 2023, foram 768 mortes no primeiro bimestre, 405 apenas em fevereiro. No comparativo com os primeiros dois meses de 2022, o delito registrou aumento de 6% no acumulado e de 12% no mensal.

Os dados alarmantes de violência mostram como, pela recorrência das mortes, as crianças que estão em situação de vulnerabilidade nas comunidades do Rio de Janeiro estão impossibilitadas de elaborar essas perdas. É a normalização da letalidade violenta. Faz-se necessário validar essas mortes e minimamente sofrê-las, para não arrastar seu peso através das gerações. Kapitány-Fövény et al. (2020) relatam que o convívio com experiências traumáticas na infância pode afetar até a regulação emocional, sendo um fator de risco para o uso de drogas.

Nesse sentido, para serem definidas propostas de tratamento e políticas públicas, são urgentes cada vez mais estudos e levantamentos que levem em consideração a questão do uso abusivo de drogas na sociedade. Um maior aprofundamento no tema da transmissão geracional

da violência poderia ser útil, pois pode oferecer a criança e ao adolescente a possibilidade de crescimento num ambiente seguro e não violento, contribuindo como fator de proteção para o desenvolvimento dos transtornos por uso de substâncias.

Na discussão de Benghozi (2001), identifica-se uma perspectiva mais otimista, acreditando que intervenções precoces com crianças, em que haja o reconhecimento dos traumas e das narrativas de violência, sua validação legal e a consideração pela dignidade humana com a permissão para que se sofra pelas suas dores, poderiam contribuir para o rompimento do ciclo de violência, sendo um fator de proteção para o desenvolvimento dos transtornos por uso de substâncias. Entretanto, não é o que vemos sendo praticado no Brasil, especialmente no estado do Rio de Janeiro.

## EIXO II – VIDA ADULTA

### 8 POLÍTICAS SOBRE DROGAS: O CONTEXTO BRASILEIRO

Para entender o percurso histórico das políticas sobre drogas no Brasil e como tratamos dessa questão na vida adulta, é necessário voltar-se, mesmo que brevemente, à história da Reforma Psiquiátrica. Movimento de início durante a Revolução Francesa (1789-1799), em que Pinel ficou encarregado de “desacorrentar os loucos” para implementar novos meios de tratamento. Este seria o mito de origem da Psiquiatria, onde a ciência psiquiátrica nasce como reforma (Tenório, 2002).

Com a chegada da Família Real ao Brasil, em 1808, foi necessário o reordenamento da cidade, com o objetivo de recolher os que perambulavam pelas ruas. O destino desta clientela passa a ser a prisão, ruas ou celas especiais dos hospitais gerais das Santas Casas de Misericórdia do Rio de Janeiro (Alves et al., 2009). Só no século XIX que as iniciativas reformadoras prosseguiram, visando a orientação científica dos estabelecimentos especializados na Saúde Mental (Tenório, 2002).

Para a Psiquiatria, o modelo de entendimento e tratamento da doença mental tinha como fundamento básico o *biologismo* organicista alemão e a prática asilar, cujo tratamento compreendia o isolamento, a organização do espaço terapêutico, a vigilância e a distribuição do tempo (Alves et al., 2009).

Durante a era Vargas, houve a consolidação da estrutura manicomial, o que se transformou em um desafio para os reformistas. Em 1952, é inaugurado no Rio de Janeiro, o Hospício D. Pedro II, quando diversas transformações ocorreram no tratamento dos alienados. A Psiquiatria, enquanto especialidade médica autônoma toma forma e diversas instituições são criadas no intuito de prestar assistência asilar aos doentes mentais. Na virada do século XX, a Reforma passou a apontar a insuficiência do asilo (Tenório, 2002).

A partir da segunda metade da década de 1970, a expressão Reforma Psiquiátrica passa denotar, no Brasil, um movimento de restauração democrática, sua característica dominante era a recuperação da cidadania de sujeitos obrigatoriamente tutelados. Ao incluir a questão da cidadania, a Reforma Psiquiátrica no Brasil não se situa apenas no campo da clínica, mas também abarca as dimensões políticas, sociais, culturais e as relações com o jurídico (Tenório, 2002).

Em 1987, ocorre a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e o 2º Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental, onde o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) lança o tema: “Por uma Sociedade sem Manicômios”. É quando o Deputado Federal Paulo Delgado propõe o Projeto de Lei 3657/89, que dispõe acerca da extinção progressiva dos manicômios, a criação de recursos assistenciais substitutivos e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória (Alves et al., 2009).

A década de 80 foi o período de redemocratização do país, após vinte anos de regime militar. Neste período, toma forma o Movimento pela Reforma Sanitária, buscando a abertura e o livre acesso da população à assistência à saúde. O que culmina na inclusão na atual Constituição Federal, promulgada em 1988, a noção de saúde enquanto direito de todos e dever do Estado. Em 1990, é aprovada a *Lei 8.080*, também chamada de *Lei Orgânica da Saúde*, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), preconizando criação de uma rede pública de serviços de saúde, tendo em vista a atenção integral à população (Alves et al., 2009).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz Cerqueira é inaugurado em 1987 e é identificado como marco na mudança no modo de cuidar do sujeito em sofrimento, numa perspectiva de clínica ampliada, em seu território e sem a necessidade de ser enclausurado. Este modelo teve na psicanálise, no uso racional dos psicofármacos e nas práticas de inclusão social, o seu tripé de funcionamento (Pitta, 2011).

É iniciada então a construção de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico, a partir da criação de serviços de atenção à saúde mental de caráter extra-hospitalar. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, CAPSi e CAPSad), os ambulatórios de saúde mental, os hospitais-dia, os centros de convivência, as residências terapêuticas, dentre outros, os quais, a partir de uma abordagem interdisciplinar, visam atender à demanda de uma determinada região (Alves et al., 2009).

## **8.1 Rede de Atenção Psicossocial**

O processo de organização em redes começou com a descentralização da saúde no Brasil com a criação do SUS, entre os anos 80 e 90, possibilitando ações locais, mediante processos de regionalização e hierarquização.

Porém, o avanço mais consistente da Reforma Psiquiátrica brasileira acontece apenas nos anos 2000. Quando todo arcabouço legislativo se expande e, além de outras medidas, são instituídos os “serviços residenciais terapêuticos” (SRTs) para viabilizar a reinserção social dos moradores de hospitais cronicamente internados. Em 2001, com a promulgação da *Lei nº*

10.216, na III Conferência Nacional de Saúde Mental, um processo de normatização da assistência, que vinha sendo implementada com o desenho da Reforma, passa a ter uma política específica e planejada para a reabilitação psicossocial do paciente há longo tempo institucionalizado. “A substituição progressiva dos manicômios e a implementação da rede de atenção psicossocial que o tornará prescindível, está descrita na lei” (Pitta, 2011, p. 4587).

Na construção da política de saúde mental, a atenção psicossocial se propõe a oferecer o maior número possível de alternativas de cuidado, aceitando frequências variadas ou mesmo irregulares ao tratamento, oferecendo consultas médicas e psicológicas, além de atender em regime de visita domiciliar aos pacientes em que este seja o único contato possível (Tenório, 2002).

O Centro de Atenção Psicossocial é a estrutura básica da rede de atenção à saúde mental, responsável pela organização da demanda e da rede de cuidados em seu território, ocupando o papel de regulador da porta de entrada e controlador do sistema local de atenção à saúde mental. Os CAPS são estruturados de acordo com sua abrangência populacional, sendo nomeados de CAPS I, II ou III (Alves et al., 2009).

Os CAPS se organizam agregando diferentes níveis de atenção à saúde em uma unidade, subvertendo a lógica da hierarquização do SUS. Oferecem atendimento especializado nos casos de transtornos mentais e são responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes nas unidades de internação dos hospitais gerais. Atuam também na atenção primária, no acompanhamento e apoio matricial de casos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), estando presentes em todos os níveis da rede de saúde (Quinderé, Jorge & Franco, 2014).

O CAPS é, teoricamente, a estrutura ideal de acolhimento e tratamento para os mais variados transtornos mentais. Entretanto, os procedimentos normativos que tentam organizar o fluxo das pessoas acabaram causando um enrijecimento da atenção à saúde. A circulação dos usuários fica prejudicada por inúmeros procedimentos que dificultam os atendimentos. Exigências formais, como por exemplo, o agendamento de consultas especializadas, que só pode acontecer se referenciadas por meio da rede básica. (Quinderé, Jorge & Franco, 2014).

A lógica de tratamento que permeia o funcionamento dos CAPS, especificamente os que tratam dos transtornos por uso de substâncias (CAPSad) é a Redução de Danos (RD). A política de RD foi adotada como estratégia de saúde pela primeira vez no Brasil em 1989 em Santos, quando altos índices de transmissão de HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis. Inicialmente, era uma proposta de prevenção entre usuários de drogas

injetáveis. Com o passar dos anos, a redução de danos foi se tornando uma alternativa às estratégias pautadas na abstinência (Passos & Souza, 2011).

A estratégia de redução de danos vai além de uma maneira de lidar com os transtornos por uso de substâncias, para Passos e Souza (2011), está relacionada a um novo paradigma na política pública brasileira de saúde para usuários de álcool e outras drogas, implica num processo de enfrentamento às políticas antidrogas fundadas no período ditatorial. Os autores contrapõem a redução de danos ao paradigma da abstinência, entendido aqui como:

“uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso” (p. 157).

Vale ressaltar que Passos e Souza (2011) mencionam a abstinência como uma direção clínica possível e muitas vezes necessária, mas quando abordam o “paradigma da abstinência”, referem-se a um panorama político e social mais amplo.

A partir de 2003, as ações de RD deixam de ser uma estratégia exclusiva dos programas de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e tornam-se a estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas e da política de Saúde Mental (Passos & Souza, 2011).

Publicada em 2011, a *Portaria nº 3.088* institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Pitta (2011) considera que de 2000-2011 foi a era mais vigorosa para a gestão da política de saúde mental no Brasil, onde a liderança do movimento da luta antimanicomial foi respeitada e houve uma gestão competente dentro dos interesses da Reforma Psiquiátrica, mesmo que de modo não linear e simétrico e com muitas resistências.

## **8.2 Tratamento em Comunidades Terapêuticas**

O acolhimento em CTs vem sendo apontado nos últimos anos como uma alternativa de tratamento para os transtornos por uso de substâncias, com propostas de intervenção terapêutica que atuem diretamente na reinserção social dos usuários, bem como no resgate dos vínculos familiares rompidos com o uso abusivo das substâncias psicoativas (SPAs).

A proposta desse tipo de tratamento é o afastamento do usuário acolhido do seu meio social com o intuito de evitar o contato com pessoas ou situações que deflagrem o uso de SPAs (Feitosa & Filho, 2020).

As muitas discussões em torno deste modelo são, principalmente, porque ele está pautado na lógica da abstinência e acolhimento residencial que se difere, em muitos aspectos, da proposta de redução de danos adotada, desde 2003, como a Política do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2019).

Mas como que essas instituições aparecem na história das Políticas Públicas sobre drogas no Brasil? E, conseqüentemente, qual o seu papel no processo de Reforma Psiquiátrica e luta antimanicomial no contexto brasileiro?

Perrone (2014) afirma que depois da Segunda Guerra Mundial houve o desenvolvimento do modelo de Comunidade Terapêutica Psiquiátrica como parte da Reforma Psiquiátrica, onde visava-se maior interação do paciente com seu processo de cura no modelo residencial de tratamento. Este movimento das CTs Psiquiátricas teria se desdobrado, a partir da década de 60, passando a ser utilizado no trabalho de recuperação de dependentes do álcool e outras drogas, tornando-se uma das modalidades mais procuradas de tratamento, tanto no Brasil como em muitas partes do mundo.

Para Filho (2012), a proposta de tratamentos em CTs para questões de Saúde Mental é ainda mais antiga, desde o final do século XVIII as CTs vêm seguindo modelos, métodos e teorias de trabalho muito parecidas. *Cruz Azul*, *Synanon*, *Daytop* e *Desafio Jovem* são os modelos de CTs mais tradicionais e conhecidos há mais de 100 anos. São, em geral, tratamentos residenciais com suporte psicossocial, tendo como principal ferramenta o suporte social entre pares, usuários que passaram pelo processo de recuperação e auxiliam como mediadores ou tutores no acolhimento.

Essas instituições poderiam ser consideradas comunidades de aprendizagem, em que as atividades da vida cotidiana oferecem um currículo acerca do próprio eu, sobre os relacionamentos com os outros e o bem viver. Apesar de existir uma ampla variedade de programas terapêuticos, o que dificulta a definição do modelo de tratamento, sabe-se que em sua modalidade específica para o tratamento dos transtornos por uso de substâncias desenvolveu-se a partir da concepção grupal, na possibilidade do sujeito ser pensado de forma integral a partir da relação com o outro (De Leon, 2014).

Tenório (2002) aponta que a experiência das CTs no Brasil durante os anos 60 e 70, teve como aproximação com a Reforma Psiquiátrica o fato de ser uma reação às estruturas tradicionais dos asilos. Era uma tentativa de construção de um novo modelo discursivo e organizacional que remodelasse as ações hospitalares, com uma leitura crítica e psicanalítica



não apenas dos pacientes, como também dos profissionais e da instituição. Porém, como o autor aponta, se o objetivo das CTs era ser a solução do problema manicomial, não tiveram êxito, pois o modelo foi absorvido pelos manicômios privados, não interessados em mudança, servindo ao marketing, sem deixar de lado as características conservadoras que os definiam.

Entretanto, a tentativa das CTs de montar um espaço institucional onde predominasse uma relação social mais igualitária, mesmo não se propondo a uma ruptura com modelo autoritário tradicional dos asilos, proporcionou uma aproximação com os pacientes, que teve como referência o discurso psicanalítico, especialmente a teorização sobre grupos, bastante discutida na época e por isso muito presente na rotina das comunidades (Tenório, 2002).

Eram inegáveis as deficiências práticas e teóricas das CTs, porém a tentativa propunha, em seu modelo, a discussão franca com os pacientes e sua escuta. Vale destacar que se trata de uma experiência que pauta a questão da cidadania do doente mental, num momento em que este conceito ainda não havia sido discutido (Tenório, 2002).

As CTs seriam, então, uma proposta de oferecer intervenção em ambiente fechado, de forma voluntária, por um período prolongado, suprimindo as necessidades da população por um tipo de cuidado que não é contemplado nos CAPSad. O funcionamento das CTs é regulamentado através de Resoluções, como a da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 2001 e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29 de 30 de junho de 2011 que deliberam sobre o funcionamento das CTs fazendo algumas exigências. (Feitosa & Filho, 2020).

Apesar das dificuldades teórico-metodológicas das CTs, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) desde sua configuração inicial em 2011, no Art. 9º, traz consigo a inclusão das CTs como ponto de atenção de caráter residencial e transitório, definidas como: “serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (*Portaria nº 3.088, 2011, p.3*).

#### 8.2.1 Programa terapêutico das CTs

As CTs têm como um dos pilares a convivência entre pares, inclusive, aparece na *RDC 29/ 2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)* como um caráter definidor da proposta de tratamento deste tipo de instituição: “Parágrafo único. O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso,

abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares, nos termos desta Resolução” (RDC 29, 2011, p. 2).

À medida que os sistemas de saúde, especialmente os serviços que tratam os transtornos por uso de substâncias, adotam uma abordagem de cuidados crônicos e orientados à recuperação, há um foco crescente em integrar diferentes tipos de suporte por pares ao leque de serviços de apoio à recuperação de dependências. Os serviços de suporte por pares podem ser descritos como a oferta e o recebimento de assistência não profissional e não clínica, visando alcançar uma recuperação sustentada dos transtornos relacionados ao uso de substâncias (Bassuk et al., 2016).

Esse tipo de suporte pode ocorrer em diversos ambientes, como grupos de apoio, mentorias individuais ou como parte de programas formais de saúde mental (Rufato, 2022; Lyons, Cooper & Lloyd-Evans, 2021). Trata-se de uma abordagem colaborativa que reconhece a importância das experiências vividas na promoção do bem-estar e da resiliência. O suporte de pares também favorece o desenvolvimento de habilidades sociais, pois, de uma forma geral, elas apresentam-se mais prejudicadas entre os usuários de drogas (Wagner & Oliveira (2009).

Quanto a terapêutica aplicada nas CTs, o programa assistencial da grande maioria ancora-se no tripé *disciplina-trabalho-espiritualidade*, que se traduz em rotinas disciplinadas, laborterapia e práticas espirituais, realizadas em contexto de abstinência e afastamento social (Santos, 2018).

A laborterapia consiste em uma terapia por meio do trabalho, algumas instituições denominam como práticas integrativas, o que envolve tarefas de manutenção da própria instituição tais como: limpeza e preparo de refeições; e atividades produtivas, como agricultura, construção civil, artesanato, dentre outras. Tal prática visa o preparo dos acolhidos para o mercado de trabalho, entendido como essencial para a reinserção social dos sujeitos que fazem uso problemático de drogas (Santos, 2018).

Já o cultivo da espiritualidade envolve orações, leituras e práticas religiosas, que cumpre o objetivo de estabelecer um padrão de conduta moral, majoritariamente cristão, para os internos e oferecer amparo emocional e psicológico para a manutenção da abstinência (Santos, 2018). Essas práticas são frequentemente vistas como componentes centrais no processo de recuperação, promovendo a espiritualidade como meio de transformação pessoal (Bardi & Garcia, 2022).

Outra característica importante das CTs no Brasil são as diferenças em relação ao gênero. As instituições atendem majoritariamente ao público masculino (Santos, 2018), deixando um vácuo no suporte às mulheres que buscam por tratamento.

Ao investigar essa temática, observa-se que até a busca por tratamento nas comunidades terapêuticas difere-se entre homens e mulheres. Homens tendem a buscar qualquer tipo de tratamento mais tarde do que as mulheres (Addis & Mahalik, 2015), já as mulheres mesmo enxergando o tratamento em uma CT como a última alternativa, são atravessadas por questões sociais que podem adiar a busca por ajuda (Mackenzie, Gekoski & Knox, 2015; Ribas et al. 2024).

As experiências das mulheres com dependência química são marcadas por peculiaridades relacionadas ao gênero. Elas enfrentam julgamentos morais mais rigorosos, especialmente em relação às expectativas de maternidade e comportamento social (Targino, 2017a). Oliveira, Nascimento e Paiva (2007) apontam que o uso de drogas por mulheres está associado a experiências traumáticas, como violência doméstica e depressão, que podem levar a sentimento de culpa e autodepreciação. Alves e Rosa (2016) realizam uma reflexão teórica sobre o consumo de substâncias psicoativas por mulheres, enfatizando a necessidade de uma abordagem interdisciplinar que priorize os aspectos socioculturais dessas práticas, levando em conta as questões de gênero.

As CTs no Brasil podem até apresentar estratégias de tratamentos diferentes para homens e mulheres, entretanto parecem não estar equilibradas quanto a quantidade de vagas que disponibilizam para ambos os sexos.

### 8.2.2 Viabilidade do tratamento nas CTs

A discussão recente sobre a viabilidade de se considerar as CTs como uma possibilidade de tratamento para os transtornos por uso de substâncias voltou à tona a partir das mudanças, iniciadas em 2016 e implementadas em 2017, na Política de Saúde Mental no Brasil.

Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) afirmam que o Brasil vive uma crise na história da Reforma Psiquiátrica, pois depois de anos em que o modelo de cuidado em saúde mental foi pautado na liberdade, respeito e autonomia das pessoas com transtornos, em 2016 iniciou-se um processo de desmonte nos avanços na Saúde Mental. Entre 2016-2019 cerca de quinze editos formam o que a *Nota técnica 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS* chamou de “Nova Política Nacional de Saúde Mental” que se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica e pela separação da política sobre álcool e outras drogas da política de saúde mental, tendo

grande ênfase no financiamento de CTs e numa abordagem proibicionista do uso de álcool e outras drogas.

A mudança mais significativa na Política Nacional de Saúde Mental foi com a *Portaria nº 3.588* (2017) que incluía os Hospitais Psiquiátricos, Hospitais Dia, Comunidades Terapêuticas e Ambulatórios Multiprofissionais de forma equivalente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o que significava um aumento nos leitos de internação com financiamento estatal ampliado. A decisão foi publicada durante o governo de Michel Temer (2016-2018), vice-presidente de Dilma Rousseff que havia sofrido processo de *impeachment*.

A destituição do cargo de Dilma, filiada a um dos principais partidos da esquerda do país, o Partido dos Trabalhadores (PT), abriu espaço para a emergência de figuras da extrema direita brasileira, como por exemplo, Jair Bolsonaro, que no ano seguinte sairia candidato à Presidência da República.

O primeiro sinal de mudança na direção do Ministério da Saúde na Política de Saúde Mental no Brasil, apontando um retorno ao modelo manicomial, deu-se um semestre antes da deposição da Presidenta Dilma, em que Valencius Wurch Duarte Filho foi nomeado coordenador geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. A mudança foi resultado de rearranjos do governo para lidar com a crise política já instaurada, já que seria mais um cargo para o até então PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro). O indicado havia sido diretor técnico da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, RJ, instituição que havia passado por uma intervenção do Ministério da Saúde, com indicação de que fosse fechada, devido à constatação de irregularidades. Sua permanência no cargo foi de apenas 121 dias, haja vista a movimentação da sociedade civil, mas marcou o início de um período ainda mais nebuloso (Cruz, Gonçalves & Delgado, 2020).

Em 2018, foi publicado o Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, um levantamento realizado em 2017, fruto de uma parceria entre o Conselho Federal de Psicologia e o Ministério Público Federal que mostrava as práticas de algumas CTs, aproximando-se da lógica de tortura, que se iniciava quase sempre com a violação de direitos socioassistenciais.

No Brasil, atualmente, existem centenas de CTs em funcionamento, mas em sua grande maioria não há suporte técnico de profissionais de saúde, sendo conduzidas por líderes religiosos, o que abre espaço para o desenvolvimento de práticas iatrogênicas que se afastam, e muito, da proposta da Reforma Psiquiátrica.

No início do governo de Jair Bolsonaro (2019-2022) como presidente, as ligações políticas dele envolviam partidos conservadores e cristãos. A publicação da nota técnica esclarecendo e orientando as políticas implementadas por Temer carregava, à primeira vista, interessava de agradar a bancada política de apoio do presidente, pois a centralização das políticas sobre drogas nas CTs abria a possibilidade de abertura para editais de fomento para essas instituições, em grande maioria lideradas por grupos religiosos apoiadores do então presidente.

Num nível mais crítico de análise, a nota esboça as ideias higienistas, anteriores a Reforma Psiquiátrica, de “limpar” das ruas o usuário de drogas, tal qual Foucault (1961) discute na sua “História da Loucura” (Foucault, 2012 [1961]). Ideias presentes desde antes do governo de Bolsonaro, características de uma bancada política mais conservadora.

Os Conselhos Federais de Psicologia (CFP) e Serviço Social (CFESS), durante o governo Bolsonaro, posicionaram-se abertamente contra as decisões relacionadas não apenas a Saúde Mental, mas a Saúde como um todo, haja vista o desastroso desempenho de seu governo no enfrentamento da pandemia de COVID-19 (Pozzer & Neuhold, 2021; Vazquez & Schlegel, 2022; Brandão, Mendonça & Sousa, 2023). Como represália, e parte de um projeto de sufocamento político desses conselhos, houve um claro desinvestimento nos serviços ligados a ambas as categorias. A disputa ficou acirrada com uma guerra de narrativas políticas, ideológicas e sociais, principalmente nas redes sociais.

Apesar de diversos pontos da *Portaria nº 3.588* (2017) de Temer terem sido, recentemente, revogados pelo atual governo do presidente Luís Inácio da Silva (2003-2011/2023-atual), no dia 01 de novembro de 2023, o Governo Federal, através do Ministério do Desenvolvimento e Assistência social, Família e Combate à fome e Departamento de Entidades de apoio e acolhimento atuantes em Álcool e Drogas – DEPAD, publicou o *Edital de credenciamento público nº 8/2023* (2023), para habilitação e contratação de vagas de acolhimento em CTs.

No corpo técnico que compõe o atual governo é inegável a participação de profissionais capacitados e com discurso alinhado ao da Reforma Psiquiátrica e à luta antimanicomial. Porém, nas últimas eleições do legislativo, grande parte da bancada eleita estava direcionada para a centro direita, com discursos profundamente conservadores em diversos âmbitos, inclusive no que concerne às Políticas Públicas sobre Drogas. Não está claro se o edital é uma medida política para atender essas demandas dos deputados e, futuramente, aprovar projetos

prioritários na agenda governamental ou se realmente acreditam no tratamento nas CTs como um braço assistencial relevante.

Foi também publicada a *Portaria MDS nº 926 (2023)*, em substituição a *Portaria MC nº 562 (2019)*, que estabelece diretrizes em âmbito nacional para fiscalização e monitoramento dos serviços prestados por Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas, o que mostra a preocupação do governo com o monitoramento adequado das CTs. Destaca-se, nessa nova portaria, que as entidades serão fiscalizadas por órgãos integrantes do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), sem prejuízo dos demais órgãos na sua área de competência, diferente da proposta anterior que previa a possibilidade de contratação de empresas especializadas para a fiscalização das CTs, o que era mais uma brecha para licitações e atividades ilícitas. Além do monitoramento não focar apenas nas CTs, mas em todas as instituições de acolhimento para usuários de drogas, o que inclui instituições que se classificam como abrigos ou residências terapêuticas para burlar a fiscalização.

O fato é que diversos estudos apontam que o modelo de tratamento das CTs tem sucesso no acompanhamento de pessoas com transtornos por uso de substâncias (Centre for Reviews and Dissemination, 1999; Malivert et al., 2012; Magor-Blatch et al., 2014).

Para o profissional de Saúde Mental, fica o questionamento: como defender uma metodologia de tratamento que atende, em alguma medida, aos interesses higienistas que foram (e ainda são) muito caros para a categoria?

As CTs surgiram com o objetivo de contribuir com a desinstitucionalização, numa perspectiva de residência de transição, onde os que antes viviam em instituições hospitalares poderiam ser reinseridos à sociedade. Todavia, no Brasil, pior do que marketing para manicômios disfarçados, passaram a ser utilizadas como uma ferramenta dos interesses ideológicos e financeiros de frentes políticas de extrema direita.

Mas, a contrariedade da proposta das CTs ao projeto da Reforma Psiquiátrica pode não se constituir a medida em que o que a sustenta está para além do discurso político, e sim a melhora do quadro clínico do usuário. Aquilo que é tido como tratamento padrão e predominantemente aceito em outros campos da psicopatologia, nem sempre pode ser aplicado ao tratamento dos transtornos por uso de substâncias, dado o caráter multifatorial de sua etiologia e desenvolvimento.

Entre os psicólogos há um “consenso” que as CTs são ruins, e muitas são de fato, mas a proposta de tratamento traz resultados positivos, então precisam ser pensadas, investigadas,

mesmo que não seja um discurso dominante dentro da categoria, considerando o atravessamento político.

Ora, se a ciência deve fundamentar a atuação profissional do psicólogo que precisa ser baseada em evidências, existem evidências que o modelo das CTs funciona para os transtornos por uso de substâncias. Mas levando em consideração todo o histórico de atuação das CTs no Brasil, nas Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas de álcool e outras drogas do Conselho Federal de Psicologia (CFP) as CTs são classificadas como “obscuras e higienistas” (CFP, 2019, p.23).

Latour (2008) aponta para a possibilidade de articulação entre as diferentes formas de fazer ciência, que “quanto mais controvérsias articulamos, mais vasto se torna o mundo” (Latour, 2008, p. 45). Defende-se o diálogo entre as possibilidades de tratamento, mesmo que aparentemente se mostrem contraditórias. Talvez as CTs ajudem pessoas, mesmo que, hoje, sejam ferramentas “bolsonaristas”, ontem tenham servido de propaganda para instituições asilares particulares e, amanhã, sirvam outro discurso que venha a emergir.

Apresentar dados ditos científicos não se configuram como verdade absoluta no campo, dizer que existem artigos que apontam para resultados positivos não é suficiente. O fato é que não existe uma proposta hegemônica de tratamento para os transtornos por uso de substâncias, e talvez nem devesse existir, dada a multiplicidade de quadros clínicos possíveis a partir do uso compulsivo de drogas. Há a necessidade de diálogo dos profissionais com outras metodologias e cabe ao usuário ter a possibilidade de escolher o tratamento que ele entende como melhor para si. Se o trabalho em rede existisse, tal qual proposto na *Portaria nº 3.088* (2011), esse seria um diálogo possível. Mas, o modo como as CTs atuam, a partir de práticas iatrogênicas, e suas motivações políticas subjacentes inviabilizaram qualquer conversa. Mesmo no meio acadêmico, é difícil qualquer discussão que abarque a possibilidade de as CTs serem consideradas como metodologias de tratamento viáveis.

De acordo com Latour (2008), ao discutir a proposta epistemológica de Steingers-Despret, não há como separar ciência de política, é possível observar no curso da produção científica “ciências boas e ciências más, e políticas boas e políticas más (para não dizer ciências más aliadas a políticas más, ciências boas acrescentadas a políticas boas, ciências más aliadas a políticas boas, e ciências boas aliadas a políticas más)” (Latour, 2008, pp. 54, 55).

Partindo desse pressuposto, pretende-se aqui promover uma “ciência boa”, em que se preconize a escuta dos usuários dos serviços das CTs para entender se há alguma contribuição

delas em seu quadro clínico. Em toda essa discussão, é preciso levar em conta o que o sujeito diz a respeito desse tipo de tratamento, para a partir de então traçar-se diálogos e possibilidades.



## 9 JUSTIFICATIVA

O uso abusivo de substâncias psicoativas constitui um grave problema de saúde pública, afetando milhões de pessoas no Brasil e no mundo. Estudos apontam para um aumento progressivo no número de usuários de substâncias, tornando-se essencial compreender os fatores que contribuem para a iniciação e manutenção do consumo (FIOCRUZ, 2018; UNODC, 2022).

Esta pesquisa se justifica pela necessidade de investigar os impactos dos processos proximais vivenciados na infância e adolescência sobre o desenvolvimento de transtornos por uso de substâncias na vida adulta. Fatores como a qualidade do cuidado parental, a exposição à violência e a instabilidade familiar podem atuar como preditores do uso de drogas (Schenker & Minayo, 2005; Pechansky et al., 2017).

Bronfenbrenner (1996) enfatiza a importância das interações proximais e dos diferentes contextos nos quais o indivíduo está inserido para a compreensão do seu desenvolvimento. No caso específico da dependência química, é fundamental analisar como esses fatores interagem ao longo da trajetória de vida dos sujeitos, influenciando suas escolhas e comportamentos.

A adolescência é um período crítico no desenvolvimento humano e representa a fase em que, na maioria dos casos, ocorre a iniciação ao uso de substâncias psicoativas (Terroso & Argimon, 2013). Durante essa etapa, a busca por identidade e pertencimento pode levar os jovens a se aproximarem de grupos de pares que normalizam o consumo de drogas (Crocetti et al., 2016). Além disso, a dinâmica familiar exerce um papel fundamental na prevenção ou no favorecimento desse comportamento (Garcia, Pillon & Santos, 2011). Adolescentes que cresceram em lares marcados por negligência, violência ou abuso têm maior probabilidade de desenvolver padrões de uso problemático de substâncias, especialmente quando não encontram suporte emocional adequado (Bensley et al., 1999; Garcia, Pillon & Santos, 2011).

Outro ponto relevante para a realização dessa pesquisa é a análise do acolhimento de usuários em Comunidades Terapêuticas (CTs) como alternativa de tratamento para os transtornos por uso de substâncias. As CTs propõem um modelo de intervenção baseado no afastamento do usuário de seu ambiente social e na construção de uma rede de suporte entre pares (Feitosa & Filho, 2020). No entanto, a efetividade desse modelo ainda é amplamente debatida, uma vez que ele difere da abordagem de Redução de Danos, adotada pelo Ministério da Saúde desde 2003 (Passos & Souza, 2011).

A literatura aponta que muitas CTs no Brasil operam sem regulamentação adequada, o que pode levar a práticas que levam ao adoecimento e a violação de direitos humanos (CFP, 2019). Dessa forma, compreender a percepção dos usuários sobre sua experiência no acolhimento é essencial para avaliar os impactos desse modelo e contribuir para sua melhoria.

Para se desenvolver de forma intelectual, emocional, social e moralmente, um ser humano, seja criança ou adulto, requer a participação ativa em interações recíprocas progressivamente mais complexas com pessoas com quem ele ou ela desenvolve um apego mútuo, irracional, e que, ao longo do tempo, se comprometem com o bem-estar e desenvolvimento um do outro, preferencialmente para toda a vida (Bronfenbrenner & Evans, 2000).

Na teoria bioecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner, os pares exercem papel fundamental na construção do comportamento, uma vez que estão no microsistema. O autor hipotetiza que “quando duas pessoas começam a prestar atenção às atividades uma da outra, é mais provável que se empenhem juntas nessas atividades. Portanto, as díades observacionais tendem a se transformar em díades de atividade conjunta” (Bronfenbrenner, 1996, p.48). Similar à proposta de tratamento das CTs, onde mediadores/tutores, mais experientes que não estão mais usando as SPAs, podem contribuir para a mudança no comportamento da pessoa dependente de drogas. Partindo dessa proposição teórica, que se busca entender o impacto da convivência entre pares para a melhora dos transtornos por uso de substâncias na vida adulta.

O estudo realizado também se insere no contexto mais amplo da Reforma Psiquiátrica e das políticas públicas sobre drogas no Brasil, onde a partir da década de 1980, o país passou por mudanças significativas na forma de lidar com os transtornos mentais, priorizando a substituição progressiva dos manicômios por serviços comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Alves et al., 2009). No entanto, a falta de estrutura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a crescente influência de grupos religiosos na formulação das políticas sobre drogas têm gerado um cenário de retrocesso, com o fortalecimento de abordagens proibicionistas e a desvalorização das estratégias de Redução de Danos (Tenório, 2002; Pitta, 2011).

Diante desse panorama, busca-se contribuir para o avanço do conhecimento sobre os fatores que influenciam o desenvolvimento dos transtornos por uso de substâncias, bem como para a avaliação crítica das práticas de acolhimento e tratamento disponíveis no Brasil. Ao dar voz aos próprios usuários e considerar as múltiplas dimensões envolvidas na dependência

química, espera-se fornecer subsídios para a formulação de políticas públicas mais eficazes e humanizadas, capazes de atender às reais necessidades dessa população.

## 10 HIPÓTESES

### Hipótese 1

*Acolhidos(as) que tenham vivenciado situações de violência no meio familiar durante a infância iniciarão mais cedo o uso de SPAs.*

Bernardy e Oliveira (2010) e Takahara et al. (2017) apontam a violência no meio familiar como um dos fatores de risco para o início do uso de substâncias psicoativas.

### Hipótese 2

*Usuários(as) que os pais/ cuidadores apresentaram episódios de violência doméstica durante a infância, tenderão a vivenciar relacionamentos violentos na vida adulta.*

Rosa e Falcke (2011) afirmam que um ambiente familiar violento pode ser compreendido como preditor de uma vida adulta violenta. Assim como Benghozi (2001), que constrói uma teorização em cima de como a vivência de ambientes catastróficos pode propiciar a transmissão geracional da violência.

### Hipótese 3

*Durante o período de acolhimento os(as) usuários(as) apresentarão diminuição no uso de substâncias psicoativas.*

Malivert et al. (2012) aponta que embora os resultados sobre o uso de substâncias após o tratamento em uma CT sejam atualmente desconhecidos, devido a muitas limitações metodológicas nos estudos que as avaliam, a diminuição do uso de substâncias durante o programa de tratamento é claramente apoiada pelos estudos disponíveis.

### Hipótese 4

*Quanto mais atividades ligadas ao suporte social pares a instituição oferecer, maior será a percepção de melhora no quadro clínico dos transtornos por uso de substâncias.*

Chinman et al. (2018), ao investigar o impacto da utilização de pares em veteranos usuários de drogas, identificou que participantes com alto nível de envolvimento com seus pares mostraram mudanças positivas em seus sintomas.

## **11 MÉTODO**

### **11.1 Delineamento**

Foi realizado um estudo de campo com metodologia qualitativa.

### **11.2 Participantes**

Participaram do estudo 13 homens e 6 mulheres com diagnóstico de transtornos por uso de substâncias, acolhidos(as) em Comunidades Terapêuticas localizadas no estado do Rio de Janeiro, com idades variando entre 18 e 59 anos.

Foram entrevistados apenas participantes com pelo menos 30 dias de acolhimento, acolhidos(as) em CTs endereçadas no estado do Rio de Janeiro, com diagnóstico de transtorno por uso de substâncias anterior ao acolhimento.

Não participaram do estudo aqueles que estavam sob efeito de entorpecentes ou medicamentos que pudessem levar a embotamento cognitivo durante a entrevista e acolhidos(as) com mais de 12 meses de acolhimento, pelo caráter de institucionalização que esse período prevê. Também não foram entrevistados acolhidos(as) com comorbidades psiquiátricas que inviabilizassem a entrevista, nas instituições visitadas nenhum usuário com este perfil foi identificado.

Participaram da pesquisa apenas CTs conveniadas ao estado do Rio de Janeiro através do Sistema de Convênios do estado do Rio de Janeiro (CONVERJ).

A participação dos acolhidos foi voluntária, antes da entrevista foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e oferecida a garantia do sigilo dos dados de acordo com a *Lei nº 13.709 (2018)* ou *Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD)* em que se garante que os dados foram utilizados exclusivamente para a realização de estudos por órgãos de pesquisa, garantindo o anonimato dos dados pessoais.

Os participantes foram informados de que poderão solicitar a qualquer momento os resultados da pesquisa através dos dados de contato da pesquisadora e orientadora disponibilizados no TCLE.

### **11.3 Documentos**

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A).

- Inventário de dados sociodemográficos com perguntas sobre a idade, número de filhos, escolaridade, local de residência, composição e renda familiar, dentre outros itens (ANEXO B).

#### **11.4 Instrumentos**

Optou-se pela utilização do *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST, ANEXO C), Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias, desenvolvido sob a supervisão da Organização Mundial da Saúde (OMS). Este teste foi concebido para aplicação no âmbito da atenção primária à saúde, onde o uso nocivo ou prejudicial de substâncias entre os pacientes pode passar despercebido ou se agravar. Sua terceira versão está aprovada para uso em pesquisas acadêmicas (Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - FIOCRUZ, 2020).

Foi também aplicada uma entrevista semiestruturada com seis questões abertas divididas em dois eixos, infância/ adolescência e vida adulta, com três perguntas em cada e estruturadas em um roteiro (ANEXO D). No eixo infância/ adolescência, as perguntas foram sobre as práticas de cuidado parental, já no eixo vida adulta, a ênfase foi no tratamento na CT, especificamente, sobre o suporte social de pares no acolhimento.

#### **11.5 Aspectos Éticos**

A pesquisa seguiu as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e do Código de Ética Profissional dos Psicólogos (CFP, 2005) e atendeu às exigências estabelecidas pela *Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde*. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Colégio Pedro II, sob o protocolo (CAAE) nº 78645524.1.0000.9047, via Plataforma Brasil, seguindo as normas vigentes no país para pesquisas envolvendo sujeitos humanos, o parecer consubstanciado segue em anexo (ANEXO E).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

#### **11.6 Procedimentos**

Em relação aos procedimentos de coleta, os participantes foram recrutados em CTs que possuem registro no Sistema de Convênios do estado do Rio de Janeiro (CONVERJ), vinculado à Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos (SEDOSDH) do Governo do Estado do Rio de Janeiro.

Foram contatados os responsáveis técnicos pelas CTs e, mediante sua autorização, foi agendada uma data para a visita presencial da pesquisadora à instituição. A abordagem dos participantes foi aleatória e dentro das dependências da instituição. Após explicar a natureza da pesquisa, aqueles que desejaram participar foram encaminhados individualmente para uma sala, já previamente separada pelo responsável técnico, onde era apresentado, lido e assinado em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma via do termo ficou com o participante e outra com a pesquisadora. Após a assinatura do termo, foram aplicados os demais instrumentos. Estima-se que as entrevistas realizadas tenham tido a duração de vinte a trinta minutos, sendo estes dedicados ao preenchimento dos dados sociodemográficos, a aplicação do *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) e a entrevista semiaberta.

A coleta de dados foi totalmente presencial, consistindo em entrevistas individuais que foram gravadas em áudio. Os dados da pesquisa farão parte do acervo do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, no Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), ficando disponíveis apenas para consulta de pessoas autorizadas. Todos os materiais da pesquisa foram armazenados em arquivo no computador com login e senha restritos ao Grupo de Pesquisa Desenvolvimento: Biologia & Cultura (DBC), ambos localizados na PUC-Rio, sob guarda e responsabilidade da pesquisadora e sua orientadora, pelo período de 5 anos. Após esse período, todos os arquivos serão destruídos.

Não foi solicitado o diagnóstico prévio psicológico ou psiquiátrico dos participantes, partiu-se do princípio de que para o acolhimento esse diagnóstico já tivesse sido realizado, como define a *RDC 29/ 2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária* (ANVISA) que estabelece as normas de funcionamento das CTs.

Quanto aos procedimentos de análise, o tratamento dos dados foi qualitativo e descritivo.

Os dados sociodemográficos coletados foram tabulados e tratados descritivamente no Microsoft Excel (Microsoft 365).

As entrevistas foram analisadas a partir do *requalify.ai*, um *software* de inteligência artificial (IA) que utiliza Large Language Models (LLMs) com arquitetura Generative Pre-trained Transformer (GPT) para apoiar a análise de dados qualitativos. Ele adota uma combinação de técnicas avançadas de processamento de linguagem natural (NLP) em uma plataforma interativa que permite analisar dados qualitativos utilizando técnicas clássicas e apoiadas por IA (Martins, Souza & Freitas, 2024).

## 12 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao integrar as análises descritivas dos dados sociodemográficos e de conteúdo das entrevistas, este estudo revelou detalhes importantes sobre os fenômenos investigados, permitindo identificar conexões que oferecem uma compreensão mais ampla e detalhada do impacto das relações proximais no uso de drogas.

### 12.1 Caracterização da amostra

Atualmente, estão conveniadas ao estado do Rio de Janeiro nove comunidades terapêuticas, sendo apenas uma destinada ao acolhimento de mulheres.

O objetivo inicial da pesquisa era de entrevistar 20 homens e 20 mulheres, entretanto, participaram do estudo 13 homens e 6 mulheres. A meta de sujeitos não foi atingida, pois apenas uma instituição conveniada era feminina e das oito masculinas, apenas duas responderam ao contato da pesquisadora aceitando a visita e coleta nas instituições.

A CT feminina visitada está localizada na zona oeste do Rio de Janeiro e conta com a capacidade de acolher apenas 20 mulheres. A média de idade entre as mulheres foi de 36,67 (DP=8,52), todas se autodeclararam heterossexuais e do sexo feminino. Apenas uma (16,67%) das participantes relata que vivia em situação de rua antes do acolhimento na CT.

Ribas et. al (2024) ao traçar o perfil de mulheres em CTs indica que geralmente elas têm mais de 35 anos, pois o internamento em comunidades terapêuticas é visto como o último recurso, quando o tratamento ambulatorial já foi realizado e não surtiu efeito.

A amostra feminina é mais detalhada na **Tabela 1**.



**Tabela 1***Características sociodemográficas da amostra feminina (n=6)*

|                               | n | %     |
|-------------------------------|---|-------|
| Raça/ Cor                     |   |       |
| Preta                         | 2 | 33,33 |
| Parda                         | 4 | 66,67 |
| Escolaridade                  |   |       |
| Ensino Fundamental Incompleto | 5 | 83,33 |
| Ensino Fundamental Completo   | 1 | 16,67 |
| Estado Civil                  |   |       |
| Solteira                      | 3 | 50    |
| Casada                        | 2 | 33,33 |
| Divorciada                    | 1 | 16,67 |
| Religião                      |   |       |
| Evangélica                    | 4 | 66,67 |
| Sem religião                  | 2 | 33,33 |

Quanto aos sujeitos do sexo masculino, o estudo contou com a participação de 13 homens oriundos de duas comunidades terapêuticas, uma na zona oeste do estado e outra na baixada fluminense.

A média de idade entre os homens foi de 44,77 (DP=9,49), mais alta que entre as mulheres. Todos os homens autodeclararam-se heterossexuais e do sexo masculino. 5 (38,46%) dos 13 homens entrevistados declararam estar em situação de rua antes do acolhimento, o que pode demonstrar certo agravamento do quadro antes da busca por um tratamento mais intensivo.

É possível que fatores socioculturais influenciem os padrões de busca por tratamento entre os gêneros. Normas de gênero que valorizam a autossuficiência masculina podem levar os homens a postergar a procura por ajuda (Addis & Mahalik, 2015). Por outro lado, mulheres podem enfrentar barreiras adicionais, como responsabilidades familiares e estigma, que dificultam o acesso ao tratamento (Mackenzie, Gekoski & Knox, 2015). Essas dinâmicas podem afetar o momento e a frequência com que homens e mulheres buscam apoio em comunidades terapêuticas, explicando uma média de idade acima dos 35 anos em ambos os sexos, sendo a média dos homens quase dez anos superior à das mulheres e um índice maior de usuários homens em situação de rua antes do acolhimento.

Na **Tabela 2** estão descritos mais detalhadamente dados da amostra masculina.

**Tabela 2**

*Características sociodemográficas da amostra masculina (n=13)*

|                               | n  | %     |
|-------------------------------|----|-------|
| Raça/ Cor                     |    |       |
| Preto                         | 7  | 53,85 |
| Pardo                         | 5  | 38,46 |
| Branco                        | 1  | 7,69  |
| Escolaridade                  |    |       |
| Ensino Fundamental Incompleto | 5  | 38,46 |
| Ensino Médio Incompleto       | 5  | 38,46 |
| Ensino Médio Completo         | 2  | 15,38 |
| Ensino Superior Incompleto    | 1  | 7,69  |
| Estado Civil                  |    |       |
| Solteiro                      | 9  | 69,23 |
| Casado                        | 1  | 7,69  |
| Separado                      | 1  | 7,69  |
| Companheiro                   | 1  | 7,69  |
| Viúvo                         | 1  | 7,69  |
| Religião                      |    |       |
| Evangélico                    | 11 | 84,62 |
| Católico                      | 2  | 15,38 |

#### 12.1.1 Comunidades Terapêuticas Femininas

O fato de só ter apenas uma instituição feminina credenciada ao governo do estado do Rio de Janeiro suscitou um questionamento sobre o suporte oferecido às mulheres usuárias de álcool e outras drogas no país. Por que apesar dos diversos investimentos governamentais nas comunidades terapêuticas, apenas 5% delas se voltam para o cuidado de mulheres? (Santos, 2018).

Atualmente, estima-se que no Brasil existam cerca de 1.951 CTs operando em todo o território nacional, a maior parte delas em zonas rurais situadas na região metropolitana das grandes cidades. Cerca de 80% das CTs brasileiras destinam-se exclusivamente a pessoas do sexo masculino, apenas 5% delas se voltam para o cuidado de mulheres e em torno de 15% declaram-se mistas (para ambos os sexos) (Santos, 2018).

De acordo com informações do Ministério da Cidadania (2021), entre as CTs habilitadas pelo governo federal, a maioria (444) atende exclusivamente ao público masculino, oferecendo 12.434 vagas. Em contraste, apenas 44 CTs destinadas ao público feminino, disponibilizando 1.240 vagas.

Homens e mulheres, enquanto atores sociais e culturais distintos, possuem envolvimento diferentes com o consumo de substâncias psicoativas. Nesse contexto, as mulheres constituem um segmento diferenciado de usuárias, com características e necessidades particulares que devem ser consideradas pelas políticas públicas. Existirem tão poucas instituições voltadas ao atendimento especializado de mulheres é impactante.

O suporte para as mulheres precisar ser diferente, pode ser um dos fatores envolvidos nessa escassez de CTs femininas. Fatores como a dificuldade de tratamento para doenças sexualmente transmissíveis, o custo com absorventes e material de higiene, até mesmo a possibilidade de gestações durante o acolhimento pode influenciar a decisão de não investirem em instituições de tratamento para mulheres, mas não pode se desconsiderar o preconceito e a ideia de que só os homens necessitam de tratamento.

As mulheres enfrentam barreiras específicas ao buscar tratamento, como estigmatização social e responsabilidades familiares. A dependência química feminina é frequentemente vista como incompatível com os papéis tradicionais atribuídos às mulheres. Essas questões reforçam a necessidade de abordagens terapêuticas que considerem as especificidades femininas (Alves & Rosa, 2016; Targino, 2017b).

#### 12.1.2 Religião nas comunidades terapêuticas

As três instituições onde foi realizada a coleta se autodeclararam evangélicas e, ao que tudo indica, todas as nove instituições conveniadas ao estado do Rio de Janeiro também referem possuir este direcionamento religioso.

Com essas informações, é importante considerar que os tabus associados à sexualidade e às religiões de matriz africana em ambientes cristãos podem ter influenciado as respostas dos participantes. O fato de todos os participantes se identificarem como heterossexuais e, em sua maioria, cristãos (89,47%) pode estar relacionado à vivência em uma instituição de orientação evangélica.

As CTs no Brasil têm se destacado pelo uso de práticas religiosas em seus programas de tratamento para os transtornos por uso de substâncias. Estima-se que cerca de 82% dessas

instituições estejam vinculadas a organizações religiosas, predominantemente cristãs, integrando elementos de fé em suas abordagens terapêuticas (Bardi & Garcia, 2022).

Cerca de 47% das CTs são vinculadas a denominações evangélicas ou protestantes, e 27% são católicas. Contudo, apesar de 18% delas afirmar não ter orientação religiosa, isto não impede que 95% das comunidades desenvolvam trabalhos espirituais. Muitas das CTs empenham-se por conjugar práticas disciplinares e religiosas (orações e cultos) com a prestação de serviços de profissionais especializados das áreas de assistência social e saúde. As psicoterapias individuais ou em grupo, depois das práticas espirituais e da laborterapia são os métodos terapêuticos mais utilizados pelas CTs brasileiras (Santos, 2018).

Targino (2017b) mostra que essas práticas podem influenciar positivamente a recuperação, embora seja essencial respeitar a diversidade religiosa e as particularidades individuais entre os residentes.

Apesar de estabelecer suporte aos acolhidos, há pontos negativos a serem considerados no uso de práticas religiosas nas CTs. Em algumas unidades, ocorre a imposição dessas práticas, o que é problemático para indivíduos de diferentes orientações religiosas ou para aqueles que não professam fé alguma (CFP, 2018). Outra limitação é o foco exclusivo na espiritualidade, o que pode negligenciar abordagens terapêuticas científicas, comprometendo a eficácia do tratamento. Além disso, algumas abordagens religiosas associam o uso de substâncias a falhas morais, o que pode aumentar os sentimentos de culpa e vergonha nos acolhidos.

A integração de práticas religiosas nas CTs brasileiras é uma característica marcante dessas instituições. Embora possam oferecer benefícios emocionais e sociais, é crucial equilibrar a espiritualidade com intervenções terapêuticas baseadas em evidências, respeitando a diversidade de crenças dos indivíduos e garantindo que o tratamento seja inclusivo e eficaz.

### 12.1.3 Raça/ cor no uso de drogas

Ao observar os resultados descritivos da amostra, foi identificado que somente um (5,26%) dos 19 participantes se autodeclarou como branco, todos os demais declararam ser pretos ou pardos.

O Brasil recebeu quase 5 milhões de africanos escravizados, o que representa 40% dos 12,5 milhões embarcados para as Américas. Foi a nação que mais tempo manteve o tráfico de pessoas negras e o último país do continente americano a abolir a escravidão. Atualmente, é o segundo país com a maior população negra ou de origem africana no mundo (Gomes, 2019).

O consumo de substâncias psicoativas por pessoas negras no país deve ser compreendido dentro de um contexto histórico, social e estrutural que influencia as condições de vulnerabilidade dessa população. No Brasil, a interseccionalidade entre raça, pobreza e marginalização social impacta diretamente os padrões de uso de drogas, bem como as formas de controle e repressão exercidas pelo Estado (Nery Filho et al., 2012).

A colonização e a escravidão impuseram às populações negras um legado de desigualdades socioeconômicas que reverberam até os dias atuais. A criminalização do uso de substâncias psicoativas esteve, historicamente, associada ao controle de grupos racializados. Por exemplo, a proibição da maconha no Brasil, no início do século XX, esteve ligada à sua associação com a população negra, especialmente os ex-escravizados (Saad, 2021).

O racismo estrutural se reflete nas abordagens policiais e no encarceramento em massa da população negra sob a justificativa da “guerra às drogas”. Pessoas negras têm maior probabilidade de serem presas por posse de drogas, mesmo quando a quantidade encontrada é similar à de pessoas brancas. Isso demonstra um viés racial na aplicação da lei, reforçando desigualdades e aumentando os desafios enfrentados por essa população (Nery Filho et al., 2012).

Em um estudo exploratório realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) foi revelado que, embora a população brasileira seja composta por 57% de pessoas negras (pretos e pardos), entre os réus processados por tráfico de drogas, 68% são negros. Essa estatística evidencia a sobrerrepresentação de negros no sistema de justiça relacionado a crimes de drogas (Soares & Maciel, 2023).

A interseção entre racismo estrutural e políticas de drogas reforça desigualdades e criminaliza corpos negros, ampliando a vulnerabilidade social. O uso de substâncias psicoativas por pessoas negras no Brasil está inserido em um contexto de desigualdades históricas que afetam o acesso a direitos e serviços essenciais.

É necessário que políticas públicas sejam desenhadas considerando as especificidades raciais e sociais da população. Além disso, é fundamental que a sociedade civil e os gestores públicos reconheçam e combatam o impacto do racismo nas políticas de drogas, garantindo maior equidade no atendimento e na formulação de estratégias de prevenção. O acesso a tratamentos de saúde que considerem as questões raciais, culturais e sociais é fundamental para a promoção de uma saúde mental mais equitativa e inclusiva para todos.

## 12.2 *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*

O *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar o uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas. O objetivo principal do ASSIST é rastrear pessoas em risco de desenvolver dependência ou problemas relacionados ao consumo dessas substâncias. É uma ferramenta de triagem composta por uma série de perguntas que ajudam a identificar o padrão de consumo de substâncias e os potenciais problemas associados.

O questionário é dividido em seções que abordam diferentes aspectos do uso de substâncias, como a frequência de uso – questionando sobre a regularidade com que a pessoa consome a substância; as consequências negativas – perguntando se o uso da substância causou problemas como dificuldades no trabalho, na escola, nas relações pessoais, entre outros. E por fim, as tentativas de controle – verificando se a pessoa tentou reduzir ou controlar o uso, mas sem sucesso.

O ASSIST gera um escore que é usado para classificar o risco do indivíduo e a partir dele são direcionadas as intervenções, onde:

- **Baixo risco:** é quando o consumo não apresenta sinais de dependência ou problemas sérios, neste caso nenhuma intervenção é indicada.
- **Risco moderado:** é quando o consumo já gera consequências e a pessoa pode precisar de alguma intervenção breve.
- **Alto risco:** é quando o consumo é problemático e a pessoa pode estar desenvolvendo dependência, nestes casos a indicação é de uma intervenção mais prolongada para um tratamento intensivo.

De forma simples e eficaz, o ASSIST fornece um meio para profissionais de saúde realizarem a triagem inicial dos usuários e decidirem se a pessoa precisa de mais avaliação ou intervenção relacionada ao uso de substâncias. Ele pode ser usado em diversos contextos, como clínicas, hospitais, unidades básicas de saúde e até em consultas de rotina. O instrumento pode ser utilizado por qualquer profissional de saúde.

A escolha de utilização dessa ferramenta de rastreio para a pesquisa foi para identificar se os indivíduos acolhidos de fato apresentavam indicação para uma intervenção mais intensiva, como é o caso de um acolhimento institucional com mais de 30 dias. Além disso, seria importante conhecer os tipos de drogas mais presentes nas CTs investigadas e o padrão de uso dos participantes. Foi utilizada a versão 3.0 do instrumento, pois é a que está indicada pela OMS

para ser usada em pesquisas acadêmicas (Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas – FIOCRUZ, 2020).

Optou-se por não se realizar comparações entre gênero no levantamento do ASSIST, dada a discrepância entre o número de usuárias mulheres e homens. A frequência de envolvimento, de acordo com o tipo de substância, prevalente entre os entrevistados está descrita na **Tabela 3**.

**Tabela 3**

*ASSIST - Frequência de envolvimento com as substâncias (n=19)*

|                | n  | %     |
|----------------|----|-------|
| Tabaco         | 15 | 78,95 |
| Álcool         | 16 | 84,21 |
| Maconha        | 8  | 42,10 |
| Cocaína/ crack | 15 | 78,95 |
| Inalantes      | 3  | 15,79 |

O álcool apresentou a maior frequência de uso com 16 (84,21%), seguido por cocaína/crack e tabaco com ambos apresentando a frequência de 15 (78,95%) dos 19 entrevistados como usuários. A maconha aparece com 8 (42,10%), seguido por último pelos inalantes com 3 (15,79%) dos representantes. Não foram identificados usuários de opioides ou medicamentos sem prescrição.

Os parâmetros dos tipos de droga com maior frequência de uso entre os participantes coadunam com os dados nacionais e internacionais a respeito dos tipos de substâncias mais utilizadas pela população (UNODC, 2022; FIOCRUZ 2018).

Foi identificado que os 19 usuários entrevistados apresentavam alto risco e indicação para uma intervenção prolongada intensiva em pelo menos um tipo de substância química. Na **Tabela 4** estão descritas as frequências de usuários para cada tipo de substância, bem como seu grau de risco.

**Tabela 4***ASSIST - Grau de risco e tipo de intervenção indicada por substância (n = 19)*

| Substância     | BAIXO RISCO<br>Nenhuma intervenção<br>n (%) | RISCO MODERADO<br>Intervenção Breve<br>n (%) | ALTO RISCO<br>Tratamento intensivo<br>n (%) |
|----------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Tabaco         | 0                                           | 1 (5,26)                                     | 14 (73,68)                                  |
| Álcool         | 1 (5,26)                                    | 0                                            | 15 (78,95)                                  |
| Maconha        | 0                                           | 3 (15,78)                                    | 5 (26,31)                                   |
| Cocaína/ crack | 0                                           | 0                                            | 15 (78,95)                                  |
| Inalantes      | 0                                           | 1 (5,26)                                     | 2 (10,52)                                   |

Dessa maneira, a partir dos resultados do ASSIST nesta investigação, programas de redução de danos com intervenções breves não seriam produtivos para esses sujeitos, sendo mais indicado o tratamento prolongado com intervenção intensiva para todos os participantes da pesquisa.

Os resultados apontam que esse perfil de usuário que busca por uma intervenção prolongada, pode ser público presente nas comunidades terapêuticas, pois, em geral, os usuários buscam tratamento ambulatorial e quando estes não apresentam resultados, procuram pela “internação”, entendendo-a como uma medida mais extrema e necessária.

### 12.3 Análise de conteúdo das entrevistas

Para a análise das entrevistas, foi utilizado o *requalify.ai*, um *software* IA que utiliza *Large Language Models* (LLMs) com arquitetura *Generative Pre-trained Transformer* (GPT). O projeto previa a utilização de outras ferramentas computacionais de apoio para a análise dos dados qualitativos. Entretanto, ao entrar em contato com o *requalify.ai* foi observada uma combinação de técnicas avançadas de processamento de linguagem natural (NLP) e uma ótima plataforma interativa que permitiria que as análises fossem feitas com maior eficiência.

Inicialmente, no *software*, foi criado um “projeto”, onde um resumo da pesquisa foi incluído. Dentro do projeto foram adicionados os áudios das entrevistas, cada áudio é denominado pelo programa como um “documento”, como foram 19 entrevistas, foram gerados 19 documentos.

Após o *upload* dos áudios, o próprio programa, através de IA, fez a transcrição das entrevistas, separação em sentenças e identificação dos falantes. Foi necessária a revisão de todas as transcrições, pois, mesmo sendo muito eficiente, havia erros nos resultados quando contrapostos com os áudios.



Com os textos revisados, foi realizada a análise de *tags*, que são as categorias de análise de conteúdo identificadas pelo programa. O *software* oferece a opção de promover a identificação das *tags* a partir de cada documento ou do projeto completo. Optou-se por realizar a identificação das *tags* presentes no projeto completo.

Foram identificadas inicialmente 106 categorias de análise, porém, por se tratar de um processamento de linguagem, muitas categorias repetiam os mesmos temas. O próprio *software* oferece a opção de “fusão de *tags*”, onde o pesquisador pode fazer a análise das *tags* identificadas e agrupá-las conforme necessidade e objetivos da pesquisa. Após os agrupamentos chegou-se ao número de 13 *tags*.

Em seguida, foi feita a análise manual de cada documento, mesmo o *software* oferecendo a possibilidade de fazer as análises de cada documento através da IA, preferiu-se fazer a leitura minuciosa de cada entrevista e a classificação manual das sentenças de acordo com as *tags*. Nesse processo de leitura, foram identificadas outras 2 categorias de análise do conteúdo importantes para esse estudo, perfazendo um total de 15 *tags*. De todas as sentenças emitidas pelos entrevistados, 773 puderam ser classificadas com as *tags*.

Na **Tabela 5** estão as *tags* identificadas no projeto com uma descrição resumida de seu conteúdo, o *software* elabora uma descrição resumida e outra detalhada das *tags* através de IA, entretanto, todas descrições foram revisadas e reelaboradas com base nos objetivos da pesquisa e referências técnicas necessárias para o desenvolvimento do projeto, o próprio *software* oferece a opção de realizar buscas por referências relacionadas a cada *tag* para viabilizar sua fundamentação teórica.

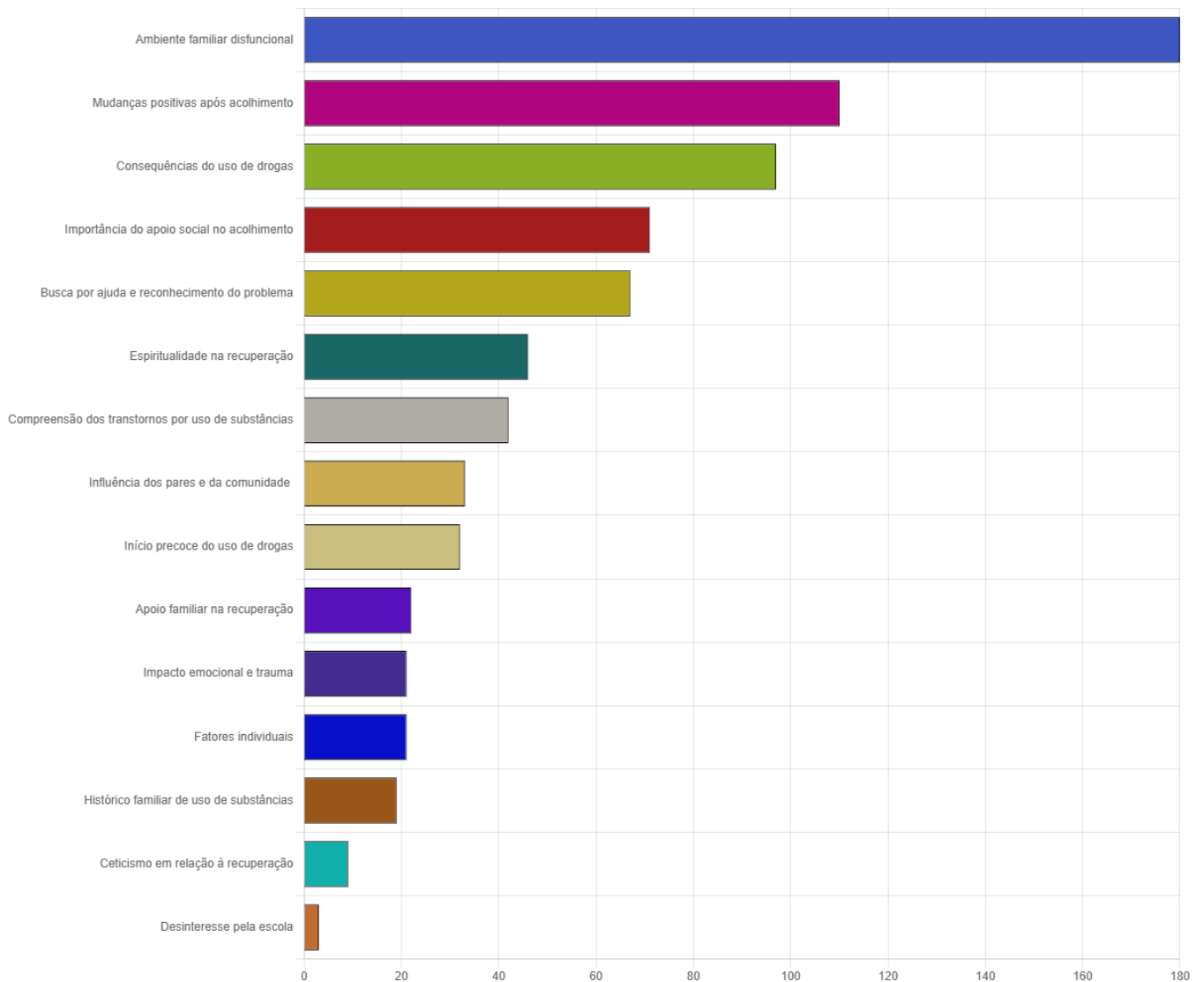
**Tabela 5***Tags - Categorias de análise de conteúdo requalify.ia*

| Tags                                               | Descrição                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ambiente familiar disfuncional                     | Fatores ligados ao cuidado parental, incluindo violência doméstica, que contribuem para um ambiente familiar disfuncional, influenciando o comportamento e escolhas na adolescência e vida adulta.                                   |
| Mudanças positivas após acolhimento                | Melhorias significativas na saúde física e mental do(a) entrevistado(a) desde que entrou na comunidade terapêutica.                                                                                                                  |
| Consequências do uso de drogas                     | Consequências negativas do uso de drogas, incluindo frustrações pessoais e profissionais e como a droga pode interromper sonhos, afetando a vida familiar e social.                                                                  |
| Importância do apoio social no acolhimento         | Presença de pessoas que já passaram por experiências semelhantes e que compartilham suas histórias de superação na comunidade terapêutica. Esse apoio é visto como motivador para a recuperação.                                     |
| Busca por ajuda e reconhecimento do problema       | Busca por ajuda em uma comunidade terapêutica refletindo o reconhecimento do problema, a importância do apoio social e da esperança na recuperação.                                                                                  |
| Espiritualidade na recuperação                     | Espiritualidade, fé em Deus e participação em uma igreja emergem como elementos fundamentais no processo de recuperação.                                                                                                             |
| Compreensão dos Transtornos por uso de substâncias | Transtornos por uso de substâncias, vistos como uma doença e não como uma questão moral, além de uma perspectiva esclarecida sobre cronicidade do quadro e a necessidade de acompanhamento contínuo.                                 |
| Influência dos pares e da comunidade               | Interação com a comunidade e a formação de grupos para o uso de substâncias sendo determinantes na introdução ao uso de drogas, evidenciando a influência das relações sociais e do ambiente na formação de comportamentos de risco. |
| Início precoce do uso de drogas                    | Início do uso de substâncias na infância ou adolescência, aparecendo como fator relevante na trajetória de uso de substâncias com impactos nas relações sociais na vida adulta.                                                      |
| Apoio familiar na recuperação                      | Papel da família sendo central na decisão de entrar na comunidade terapêutica, além de ser um dos fatores que contribui no tratamento.                                                                                               |
| Impacto emocional e trauma                         | Relação entre traumas emocionais e o uso de substâncias, apontando para a necessidade de abordagens terapêuticas que considerem a saúde mental.                                                                                      |
| Histórico familiar de uso de substâncias           | Transmissão geracional de comportamentos relacionados ao uso de substâncias, bem como as dinâmicas familiares que podem atuar como fatores de risco.                                                                                 |
| Fatores individuais                                | Percepções e reflexões dos indivíduos sobre suas experiências pessoais e a relação com o uso de substâncias. Abrange um padrão de autoavaliação e reconhecimento de responsabilidade.                                                |
| Ceticismo em relação à recuperação                 | Desconfiança sobre a eficácia dos processos de recuperação oferecidos, evidenciando uma percepção crítica em relação às promessas de transformação e cura.                                                                           |
| Desinteresse pela escola                           | Relação intrínseca entre a trajetória escolar dos participantes e o desinteresse manifestado que pode ser compreendido pela instabilidade nas experiências educacionais dos indivíduos.                                              |

A partir da classificação das sentenças com as ocorrências das *tags*, foram geradas pelo *requalify.ai* análises gráficas correspondentes a interação entre as categorias analíticas. A **Figura 9** é uma dessas análises e traz o gráfico da frequência em que as *tags* apareceram nas entrevistas.

**Figura 9**

*Frequência das tags nos documentos*



**Fonte:** Análise gráfica gerada pelo *requalify.ai*

Para facilitar a análise das categorias a partir de suas frequências de aparição, elas serão divididas em ambientais, familiares e individuais.

- **Ambientais:** Importância do apoio social no acolhimento; Espiritualidade na recuperação; Influência dos pares e da comunidade; Desinteresse pela escola.
- **Familiares:** Ambiente familiar disfuncional; Apoio familiar na recuperação; Histórico familiar de uso de substâncias.
- **Individuais:** Mudanças positivas após acolhimento; Consequências do uso de drogas; Busca por ajuda e reconhecimento do problema; Compreensão dos transtornos por uso de substâncias; Início precoce do uso de drogas; Impacto emocional e trauma; Compromisso com a recuperação; Fatores individuais; Ceticismo em relação a recuperação.

As análises e discussão foram ilustradas pelas sentenças classificadas extraídas das entrevistas. Os trechos, quando inseridos, foram destacados em itálico e entre aspas. Os participantes foram identificados com F (feminino) para as mulheres e M (masculino) para os homens, seguido de uma numeração com dois dígitos (01, 02, 03...) e o número do parágrafo em que a sentença foi proferida no documento de transcrição. Exemplo: “*Ah, eu comecei a sair com as amigas, minha mãe também bebia muito*” (F01 - § 4).

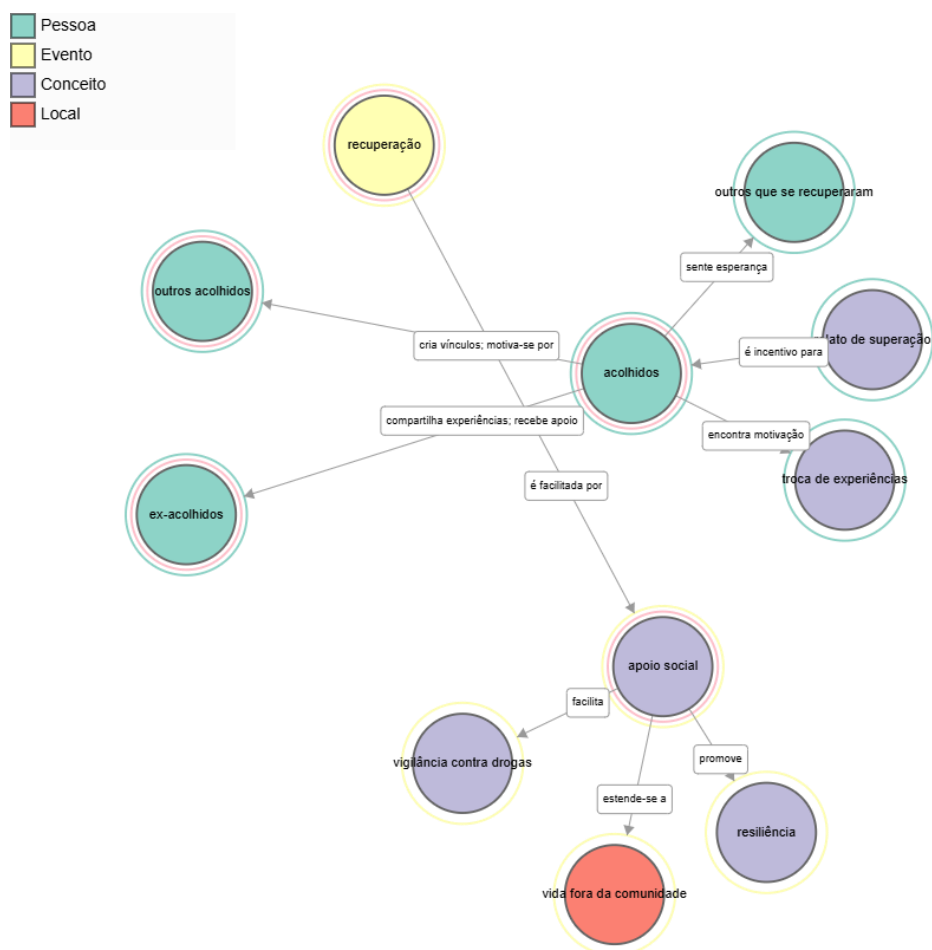
O *requalify.ai* para cada *tag* gera uma “Rede de conhecimento”, onde os termos utilizados pelos participantes podem ser analisados a partir de suas inter-relações. Em cada categoria será apresentada sua respectiva rede de conhecimento.

### 12.3.1 Categorias ambientais

#### a) Importância do apoio social no acolhimento

**Figura 10**

*Rede de conhecimento - Importância do apoio social no acolhimento*



**Fonte:** Análise gráfica gerada pelo *requalify.ai*

A análise do apoio social no acolhimento de indivíduos em comunidades terapêuticas (CTs) demonstra ser um fator essencial para a recuperação e reintegração social dos acolhidos. Esta categoria analítica pôde ser identificada em 71 (9,18%), das 773 sentenças emitidas por 15 (78,94%), dos 19 entrevistados.

O suporte social desempenha um papel central na construção de redes de apoio, as quais atuam na promoção do bem-estar e na prevenção de recaídas. O que corrobora com os achados

que podem ser observados na rede de conhecimento desta categoria analítica, onde a recuperação motiva-se e é facilitada pelo apoio social.

Conforme indicado por Rufato (2022), o suporte de pares possibilita a criação de um ambiente acolhedor e motivador, no qual os participantes compartilham experiências e estratégias de enfrentamento, fortalecendo sua resiliência, o que também é mostrado na rede de conhecimento.

Todos os entrevistados informaram haver na CT em que estavam acolhidos a estratégia de apoio social através de pares, onde ex-acolhidos retornam à instituição para compartilhar de suas experiências, sendo alguns deles alocados como monitores.

O apoio social emerge como um fator determinante na jornada de recuperação. A afirmação *“todo mundo me dando apoio, gostou que estou aqui”* (M07 - § 89) evidencia a importância do acolhimento e da validação social no processo de tratamento. A presença de uma rede de apoio não apenas proporciona um ambiente seguro, mas também reforça a motivação para a mudança.

Os relatos dos participantes evidenciam que a recuperação não ocorre de maneira isolada, mas sim como um processo coletivo, no qual as experiências compartilhadas e os vínculos estabelecidos desempenham um papel fundamental. A identificação com pessoas que passaram por desafios semelhantes reforça a esperança e a motivação para a mudança. Esse aspecto é exemplificado por uma das participantes que afirma em relação a uma ex-acolhida que retorna para dar palestras: *“Poxa, conquistou a casa dela, conquistou o trabalho”* (F06 - § 99), demonstrando que as conquistas dos(as) ex-acolhidos(as) servem de modelo para aqueles que ainda estão no processo de recuperação.

Além disso, a interação entre os acolhidos é percebida como um importante fator terapêutico. Rufato (2022) destaca que o apoio de pares se baseia no respeito mútuo e na empatia, promovendo um ambiente de aprendizado e fortalecimento emocional. Essa perspectiva é reforçada na fala de um acolhido: *“a nossa terapia é o nosso amigo que está aqui do lado”* (M02 - § 122), ilustrando como o suporte entre pares contribui para a sustentação emocional e a resiliência dos envolvidos. Não somente através dos que já saíram, mas dos colegas que compartilham o espaço de tratamento.

A necessidade de vigilância constante em relação ao uso de substâncias é facilitada pela rede de apoio, funcionando como um mecanismo de proteção e encorajamento. Um dos participantes ressalta esse aspecto ao afirmar: *“a vida até de uma recaída ali ele está me mostrando que eu tenho que ser vigilante a todo tempo contra a droga lá fora”* (M01 - § 142).

Essa dimensão do apoio social pode ser fundamental para a prevenção de recaídas e para a construção de um estilo de vida mais saudável.

Outro elemento essencial identificado é a continuidade de uma perspectiva positiva de mudança após a saída da CT, isso é exemplificado pelo relato de um participante: “*Se deu certo pra eles, pra mim também tem que dar*” (M06 - § 71), evidenciando a importância de modelos positivos como referência para a continuidade da jornada de recuperação.

A crença na recuperação é um dos fatores protetivos essenciais, pois influencia diretamente a adesão ao tratamento e a construção de novas perspectivas de vida. Um dos entrevistados reforça esse aspecto ao dizer: “*se deu certo pra eles, pra mim também tenho certeza que vai ser*” (M06 - § 68), demonstrando a importância da esperança e da motivação gerada pelas histórias de superação.

A análise do apoio social no acolhimento em CTs evidencia que a troca de experiências, a construção de vínculos afetivos e o compartilhamento de histórias de superação são elementos fundamentais para a recuperação e reintegração social dos indivíduos.

Não puderam ser quantificados os níveis de suporte de pares nas CTs estudadas, o que dificulta a análise da **Hipótese 4**, em que se afirmava que quanto mais atividades ligadas ao suporte social de pares a instituição oferecer, maior será a percepção de melhora no quadro clínico dos transtornos por uso de substâncias. O que foi possível identificar foi que houve uma percepção positiva desse tipo de apoio em 18 (94,73%) dos 19 entrevistados, que afirmaram que esse tipo de abordagem os ajudou no processo de tratamento.

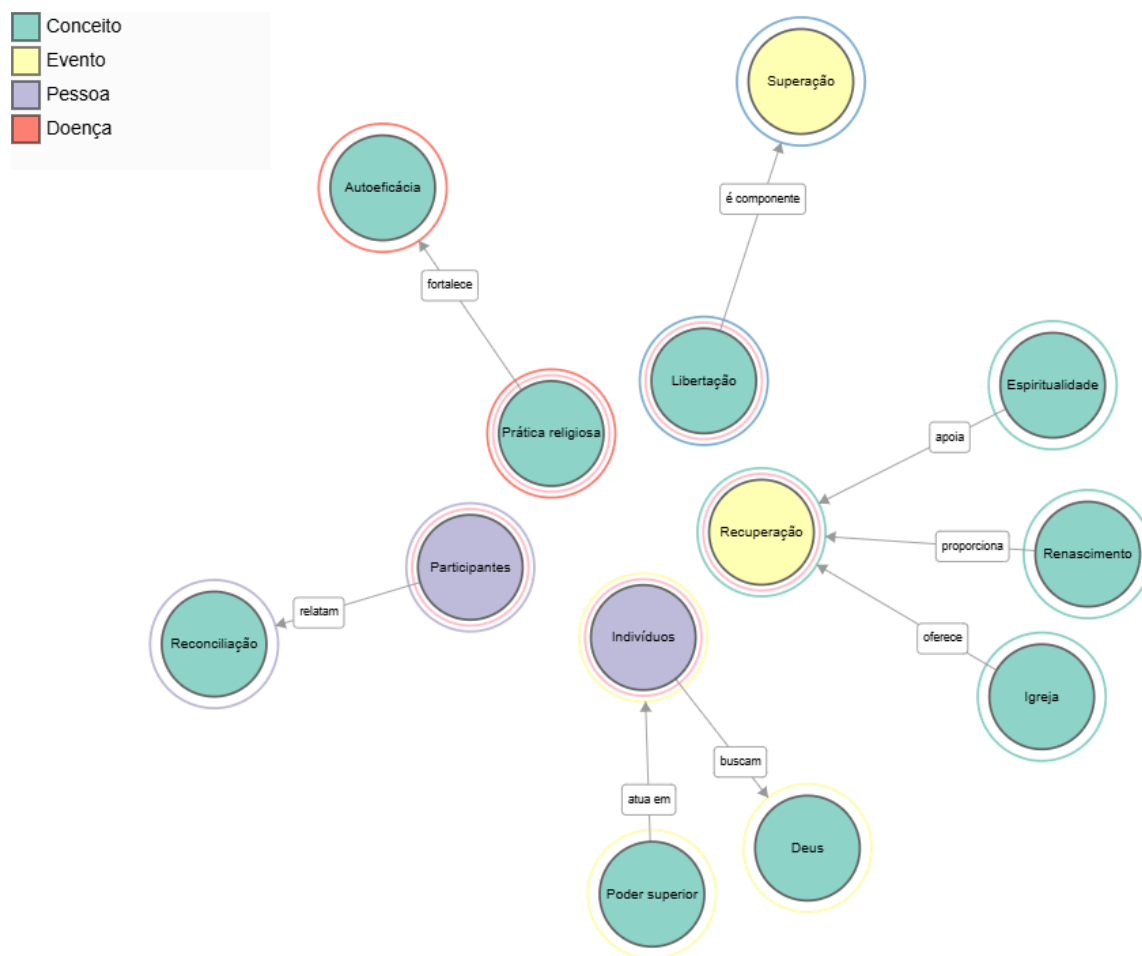
O suporte social realizado através de pares desempenha um papel essencial na recuperação da saúde mental, oferecendo esperança, validação e orientação para indivíduos que enfrentaram desafios semelhantes. Ele enfatiza o poder da conexão, compreensão e experiências compartilhadas para promover a remissão dos sintomas e o crescimento pessoal.

Faz-se necessário fortalecer as redes de apoio como parte integrante do processo terapêutico, contribuindo para a efetividade do tratamento e para a autonomização dos acolhidos. Investir no suporte social dentro e fora das CTs pode garantir a sustentabilidade dos avanços conquistados no tratamento e promover uma nova perspectiva de vida aos indivíduos em recuperação.

## b) Espiritualidade na recuperação

**Figura 11**

*Rede de conhecimento - Espiritualidade na recuperação*



**Fonte:** Análise gráfica gerada pelo *requalify.ai*

A análise das entrevistas revelou que a espiritualidade não apenas serve como um suporte emocional, mas também como um catalisador para a transformação pessoal e a superação da dependência. Nas entrevistas foi possível observar o aparecimento desta *tag* em 46 (5,95%) do total de sentenças classificadas, sendo enunciadas por 10 (52,63) dos entrevistados.

A espiritualidade tem sido reconhecida como um fator relevante no processo de recuperação de indivíduos em situação de vulnerabilidade, especialmente no contexto do tratamento da dependência de substâncias como já discutido ao se destacar a totalidade de CTs evangélicas na pesquisa.



Foi observado nas entrevistas que a busca por Deus e pela igreja é frequentemente relatada como um elemento central na jornada de recuperação. Um participante destaca: *“Porque eu quero sim me tratar e eu sou o jovem que gosta de buscar a Deus”* (M05 - § 43), sugerindo que a fé proporciona sentido e direção ao processo terapêutico. A integração a grupos religiosos pode fornecer suporte emocional e social, elementos fundamentais para a continuidade do tratamento em qualquer tipo de doença.

A reconciliação com Deus também aparece como um tema recorrente entre os entrevistados. Experiências de reconciliação espiritual podem favorecer a ressignificação da trajetória pessoal, fortalecendo a autoestima e a resiliência. Um relato ilustra esse aspecto: *“Só que antes de eu vir para cá, eu tinha voltado para a igreja, tinha voltado reconciliado com Deus”* (M06 - § 53). A reconciliação espiritual é descrita como um renascimento, como expresso na fala: *“Hoje que a gente verdadeiramente parece que renasce de novo no Espírito Santo”* (M04 - § 126). Essa experiência pode ser interpretada como uma reformulação da identidade, onde o indivíduo se percebe como renovado e dotado de um propósito maior.

Além da conexão espiritual, a prática religiosa se expressa em ações concretas, como a participação ativa nos cultos e eventos comunitários. O relato: *“e o domingo eu dirijo o Culto”* (M07 - § 110), sugere o exercício de uma liderança religiosa, o que pode contribuir para a autoeficácia e o senso de responsabilidade.

Da mesma forma, as orações e a busca por orientação divina surgem como estratégias essenciais para lidar com dificuldades, como exemplificado pela fala: *“falei, Deus, me ajuda, não quero dormir na rua”* (M09 - § 118). A oração, nesse sentido, é um recurso terapêutico que promove esperança e resiliência (Castelo-Branco, Brito & Fernandes-Sousa, 2014).

A espiritualidade também se apresenta como um meio de enfrentamento dos desafios inerentes ao vício, a crença na possibilidade de transformação, mediada pela fé, pode ser um fator protetivo contra recaídas. Essa perspectiva é evidenciada na afirmação: *“Eu acredito que, tipo assim, o vício tem cura, cara”* (M10 - § 72), o que expressa a convicção na capacidade de superação através da fé.

A igreja também é percebida como um espaço de acolhimento e segurança, como ressaltado na fala: *“o único lugar onde eu consigo ter um pouco de paz é quando eu estou dentro de uma igreja”* (M13 - § 53).

Por fim, a espiritualidade é frequentemente associada à ideia de libertação e renovação. A crença na intervenção divina como agente de mudança é refletida na declaração: *“se pois o Filho vos libertar verdadeiramente sereis livres”* (M01 - § 125). Esse sentimento de liberdade

é reforçado na afirmação: “*Mas o Deus, que eu acredito, um dia vai tirar isso de mim*” (M13 - § 121). Essa percepção pode ser perigosa, pois afasta do usuário a conscientização da cronicidade do quadro de dependência de substâncias.

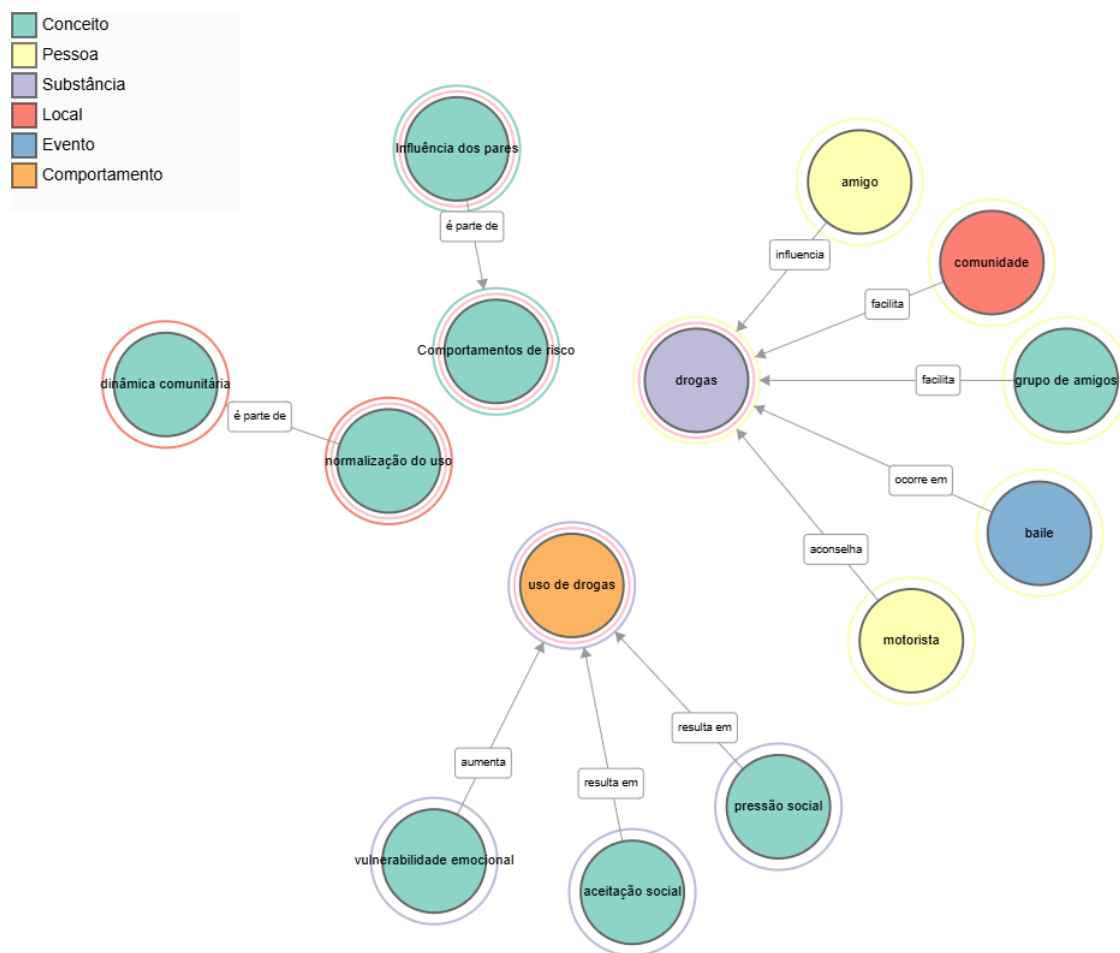
A espiritualidade, a fé em Deus e a participação em comunidades religiosas desempenham um papel significativo na recuperação de indivíduos com transtornos por uso de substâncias. Além de oferecer suporte emocional e psicológico, esses elementos promovem um sentido de identidade renovada e esperança, essenciais para a transformação pessoal. Porém, a moralidade que acompanha a expressão da fé cristã e a ideia de “libertação” das drogas através da fé podem ser prejudiciais.

A espiritualidade, portanto, pode configurar-se como um recurso valioso no processo de recuperação, mas precisa ser acompanhada de outras terapias baseadas em evidências que contribuem para a prevenção de recidivas.

### c) Influência dos pares e da comunidade

**Figura 12**

*Rede de conhecimento - Influência dos pares e da comunidade*



**Fonte:** Análise gráfica gerada pelo *requalify.ai*

A influência dos pares e da comunidade desempenha um papel crucial na iniciação e manutenção do uso de substâncias psicoativas. A interação com amigos e a busca por aceitação social são fatores determinantes para o início do consumo de drogas. Por exemplo, a presença de amigos que utilizam substâncias aumenta significativamente a probabilidade de um indivíduo também fazê-lo. Além disso, a pressão para se encaixar em determinados grupos sociais pode levar à experimentação de drogas, especialmente em contextos em que o uso é normalizado (Cardoso & Malbergier, 2014; Crocetti et al., 2016).

A análise das entrevistas permitiu uma compreensão mais aprofundada dos fatores que contribuem para esse fenômeno, evidenciando a importância do contexto social na formação de

comportamentos de risco. Esta categoria analítica apareceu em 33 (4,26%) das sentenças e foi emitida por 9 (47,36%) dos entrevistados.

Os relatos e a rede de conhecimento produzida a partir deles indicam que a interação com grupos de amigos e a busca por aceitação social desempenham um papel muito importante na iniciação ao uso de substâncias. Um participante menciona: *“Através de um baile, que eu fui com um colega, eu achava que aquilo ali, os colegas, eu estava usando e para mim ficar inteirado”* (M03 - § 4). Este trecho ilustra como a necessidade de pertencimento pode levar os indivíduos a experimentar drogas, muitas vezes em um contexto de uso entre os pares.

A influência direta de amigos e conhecidos é evidente em diversos relatos. Um entrevistado descreve ao relatar o momento em que teve o primeiro contato com as drogas: *“Aí veio um amigo, né?”* (M11 - § 9), sugerindo que a introdução ao uso de substâncias ocorreu por meio de uma relação próxima. Outro participante reforça essa ideia ao afirmar: *“ele me induziu a me usar aquilo ali”* (M13 - § 15), evidenciando a capacidade de influência que um indivíduo pode ter sobre outro em um ambiente social.

Essa realidade é ainda corroborada por outro relato que menciona a formação de um “grupinho” que se reunia para o uso de substâncias: *“A gente se reunia ou pra ir pra praia ou ir pro baile, a gente... Vamos fumar um”* (M10 - § 17). Essa prática não apenas normaliza o uso, mas também cria um ambiente onde a experimentação se torna uma atividade socialmente aceita.

A comunidade em que o indivíduo está inserido também exerce influência significativa. A disponibilidade e acessibilidade de drogas em certas comunidades aumentam a probabilidade de uso. Ambientes onde o consumo de substâncias é comum podem criar uma percepção de normalidade, facilitando a iniciação e continuidade do uso (Jorge et al., 2018). Um dos entrevistados menciona: *“Porque eu morava em comunidade, então isso aí tinha de graça”* (M13 - § 5), indicando que a disponibilidade e a acessibilidade das drogas naquele contexto social aumentaram a sua probabilidade de uso.

A influência de figuras de autoridade ou indivíduos mais experientes também é relevante. Conselhos ou comportamentos de pessoas em posições de influência podem impactar as decisões de uso de substâncias em momentos de vulnerabilidade emocional. Um participante relata: *“Aí foi aí que eu tava muito triste, chateado e o motorista ainda falou pra mim assim, pô, usa isso aí que vai te ajudar”* (M04 - § 19).

Observa-se uma clara interdependência entre a influência dos pares, a dinâmica comunitária e o uso de substâncias. A formação de grupos, a busca por aceitação e a

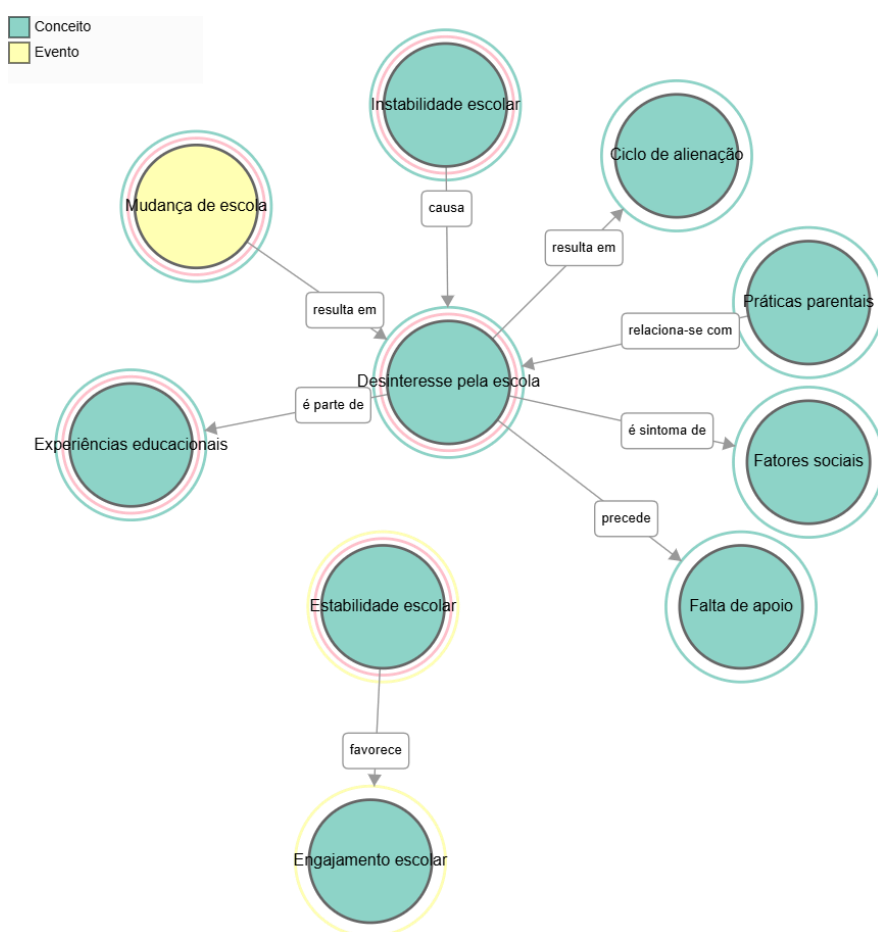
normalização do uso de drogas em contextos sociais específicos são fatores que se entrelaçam, contribuindo para a perpetuação de comportamentos de risco.

A partir dos relatos, é possível identificar que a interação social não apenas facilita a introdução ao uso de substâncias, mas também pode ser um fator determinante na continuidade desse comportamento ao longo do tempo. Compreender esses fatores é essencial para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção eficazes.

#### d) Desinteresse pela escola

**Figura 13**

*Rede de conhecimento - Desinteresse pela escola*



**Fonte:** Análise gráfica gerada pelo *requalify.ai*

A categoria “Desinteresse pela escola” aparece em apenas 3 (0,38%) das 773 sentenças e foram proferidas por 2 (10,52%) dos entrevistados. Esta *tag* não apareceu na análise por IA

no *requalify.ai*, entretanto é importante, pois reflete a complexidade das experiências vividas por indivíduos em contextos de vulnerabilidade social e familiar. A análise dos trechos extraídos das entrevistas revela uma relação entre a trajetória escolar dos participantes e o desinteresse escolar, que pode ser compreendido sob diferentes ângulos.

Bahls e Ingberman (2005) investigaram a trajetória escolar de adolescentes internados para tratamento por uso de drogas e identificaram que o consumo de substâncias está frequentemente relacionado a dificuldades acadêmicas e comportamentais. Esses jovens tendem a apresentar histórico de repetência, desmotivação e conflitos no ambiente escolar, fatores que contribuem para o afastamento progressivo da escola.

Nas entrevistas, o desinteresse pela escola é evidenciado pela instabilidade nas experiências educacionais dos indivíduos. O trecho “*Nesses três lugares. Aí, desinteresse, perdi logo da escola*” (F01 - § 50) sugere que a mudança frequente de instituições de ensino pode ter contribuído para a perda de conexão e engajamento com o ambiente escolar. Essa instabilidade pode ser interpretada como um fator de risco que não apenas desestabiliza a rotina do aluno, mas também compromete a construção de vínculos significativos com educadores e colegas, essenciais para o desenvolvimento de um ambiente de aprendizagem positivo.

A afirmação “*porque cada hora eu estava na escola diferente*” (F01 - § 53) reforça a ideia de que a falta de continuidade nas experiências escolares pode levar a um sentimento de alienação. A ausência de um espaço escolar estável e acolhedor pode resultar em um ciclo de desinteresse, onde o aluno não se sente parte integrante da comunidade escolar. Essa percepção de deslocamento e desamparo pode ser um reflexo de práticas parentais e sociais que não favorecem a educação como um valor central, contribuindo para a transmissão geracional de comportamentos de desinteresse e desengajamento.

O desinteresse pela escola não é um fenômeno isolado, mas sim um sintoma de uma rede mais ampla de fatores sociais, familiares e educacionais. A relação entre a instabilidade escolar e o desinteresse pode ser vista como um ciclo, onde a falta de apoio e continuidade na educação perpetua a desmotivação e a desconexão dos jovens em relação ao aprendizado.

A análise destaca a importância de intervenções que promovam a estabilidade e o apoio nas trajetórias escolares, visando não apenas a retenção dos alunos, mas também a construção de um ambiente educacional que favoreça o engajamento e a valorização da educação como um pilar para o desenvolvimento pessoal e social.

É essencial que escolas, famílias e comunidades trabalhem de forma integrada para identificar e abordar os fatores que contribuem para o desinteresse escolar e o uso de

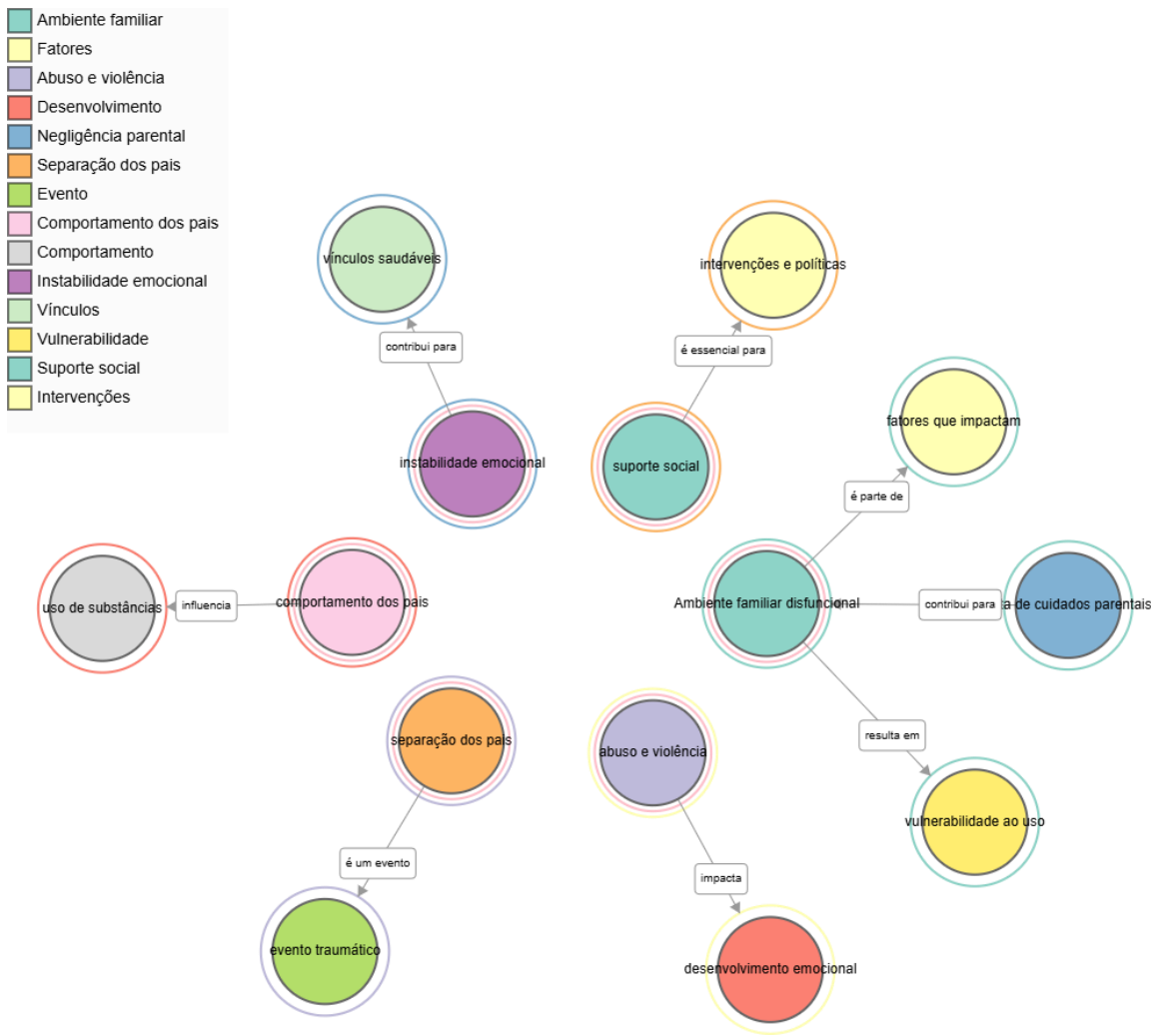
substâncias. Intervenções que promovam suporte emocional, ambientes escolares acolhedores e estratégias de prevenção ao uso de drogas podem ser eficazes na promoção do engajamento acadêmico e no desenvolvimento saudável.

12.3.2 Categorias familiares

a) Ambiente familiar disfuncional

Figura 14

Rede de conhecimento - Ambiente familiar disfuncional



Fonte: Análise gráfica gerada pelo *requalify.ai*

Nas frequências, essa foi a *tag* que mais apareceu com 180 (23,29%) das 773 aparições nas sentenças proferidas por 18 (94,73%) dos participantes, ficando bem à frente da categoria que aparece logo em seguida.

O fato desta categoria ter emergido como a mais frequente nas entrevistas, indica que a maioria dos participantes relatou experiências negativas em seus contextos familiares durante a infância e adolescência. Os relatos indicam que a violência doméstica e o abuso físico são experiências comuns.

Uma das participantes menciona: *“Meu pai me batia muito, batia muito na minha mãe e outras coisas a mais”* (F01 - § 25). Essa afirmação não apenas ilustra a violência física, mas também sugere um ambiente de medo e insegurança, que pode levar a consequências psicológicas duradouras. A violência física não só afeta o bem-estar psicológico da criança, como também contribui para um sentimento de insegurança crônica, o que pode levar à adoção de estratégias de enfrentamento prejudiciais, como o uso de substâncias.

A participante F02 afirma que presenciou o relacionamento violento dos pais, tendo sido agredida por contar ao pai sobre as “atitudes” da mãe quando ele estava fora, como mostra o relato: *“E, geralmente, minha mãe já falou muito, porque eles tinham separado por conta de mim, porque eu vi as atitudes da minha mãe quando meu pai não tava em casa, aí eu acabei falando, aí eles tiveram uma briga e logo depois eu fui morar com o meu pai, eu fui a primeira a ir morar com o meu pai. Não era muito boa não, eu apanhei bastante por conta disso.”* (F02 - §23 a §26). Aos 11 anos essa usuária vivenciou a separação violenta dos pais e com 13 anos começou a utilizar SPAs, confirmando a **Hipótese 1**, onde sugere-se que pessoas acolhidas que foram vítimas de violência familiar na infância tenderão a experimentar drogas mais precocemente.

Além disso, a falta de cuidados parentais é outro aspecto central que emerge das narrativas. Uma participante expressa: *“Minha mãe também, ela passou umas coisas dela lá e não cuidava muito da gente, nem mim, nem meu irmão, nem meus irmãos”* (F01 - § 38). Essa negligência parental é um fator crítico que contribui para a formação de um ambiente familiar disfuncional, onde as necessidades emocionais e físicas das crianças não são atendidas, resultando em um desenvolvimento prejudicado, como mencionado no capítulo 3.

A separação dos pais também é um elemento significativo que aparece nas entrevistas. Um dos relatos destaca: *“Eles se separaram quando eu tinha 11 anos”* (F02 - § 22). A separação pode ser um evento traumático para as crianças, especialmente quando acompanhada de



conflitos e desentendimentos entre os pais, como evidenciado pela afirmação: “*Aí ela não gostou e me expulsou de casa, falou tu vai morar com teu pai*” (F02 - § 31). Essa dinâmica pode gerar sentimentos de abandono e desamparo, que são frequentemente associados ao uso de substâncias na vida adulta.

Bronfenbrenner (1996) destaca que o mesossistema envolve as interações entre diferentes microssistemas (por exemplo, escola e família), o que também pode ser comprometido quando há separação parental. Muitas vezes, essa separação ocorre em um contexto de conflito intenso, o que pode aumentar a vulnerabilidade da criança ao estresse emocional e ao uso de substâncias.

A transição entre diferentes lares e a instabilidade emocional também são temas que emergem das entrevistas. Um relato indica: “*Uma hora estava morando na zona sul, outra no subúrbio, assim, a vida meio picotada*” (F01 - § 47). Essa instabilidade pode contribuir para a dificuldade em estabelecer vínculos saudáveis e uma sensação de pertencimento, fatores importantes para o desenvolvimento emocional saudável.

A presença da violência no ambiente familiar também pode ser destacada no trecho: “*quem me criou foi a minha avó. A minha avó, ela não tinha vício, mas ela botava alguns velhos dentro de casa. Aí eu fui abusada com seis anos de idade.*” (F04 - §33 e §34). Essa mesma participante, abusada na infância, relata que seu companheiro foi morto por integrantes do tráfico de drogas na região, após agredi-la fisicamente enquanto ambos estavam sob o efeito de entorpecentes. No trecho a entrevistada relata o motivo da morte do marido: “*Por conta das brigas também, não deixavam os moradores dormirem porque era de uma madrugada toda.*” (F04 - §80 e §81). Neste contexto, fica evidenciada a confirmação da **Hipótese 2** que usuários(as) que os pais/ cuidadores apresentaram episódios de violência doméstica durante a infância, tenderão a vivenciar relacionamentos violentos na vida adulta. A violência intrafamiliar pode perpetuar um ciclo de violência, onde indivíduos expostos a esses ambientes na infância têm maior probabilidade de se envolverem em relacionamentos abusivos na vida adulta (Rosa & Falcke, 2011; Benghozi, 2001).

A análise dos trechos revela que o ambiente familiar disfuncional é caracterizado por uma combinação de violência, negligência, separação dos pais, abusos sexuais e exposição a comportamentos de risco. Esses fatores interagem de maneira complexa, influenciando o desenvolvimento emocional e comportamental dos indivíduos, contribuindo para a vulnerabilidade ao uso de substâncias na adolescência e vida adulta.

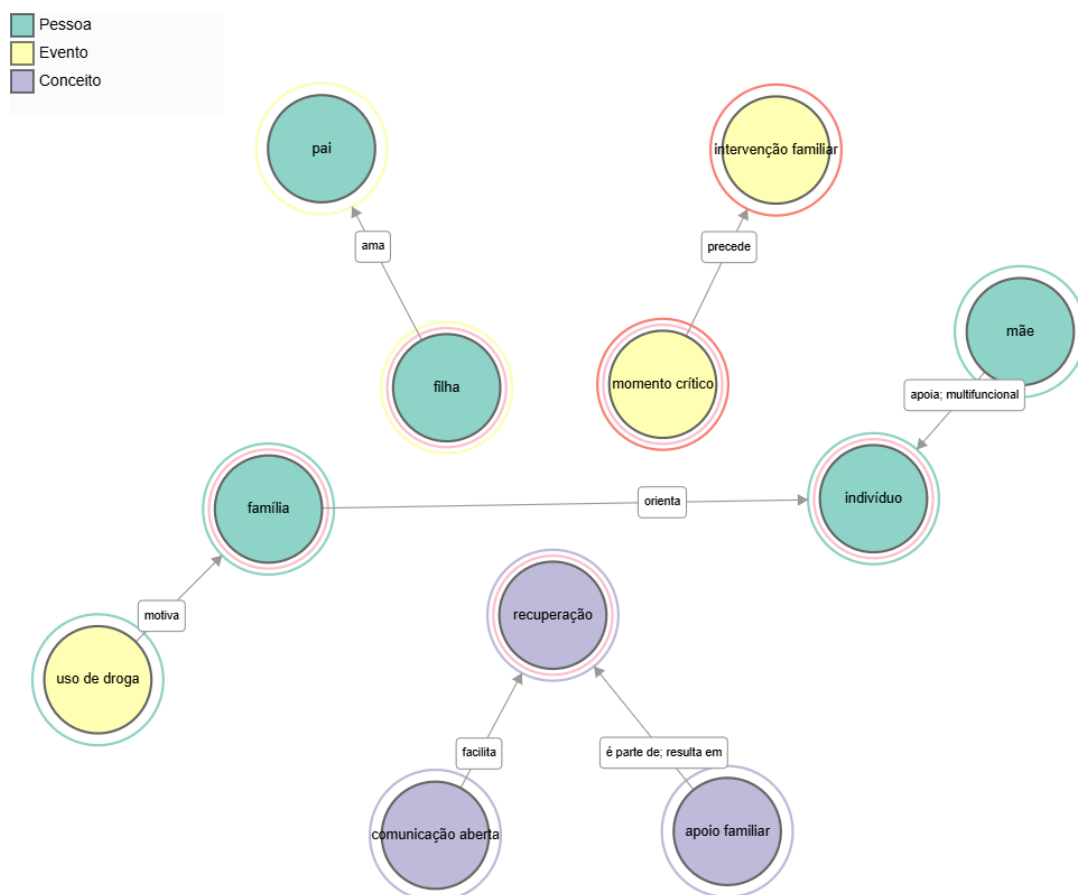
A teoria bioecológica enfatiza que o microssistema, que inclui a família, tem um impacto direto no desenvolvimento do indivíduo. Dentro dessa perspectiva, as relações familiares são fundamentais para determinar a qualidade do suporte emocional e a estabilidade oferecida à criança e ao adolescente (Bronfenbrenner, 1996). Fatores como violência doméstica e negligência parental criam um ambiente familiar disfuncional, elevando o risco de uso precoce de drogas, esses aspectos emergiram fortemente nas entrevistas analisadas.

A compreensão dessas dinâmicas é essencial para a formulação de intervenções e políticas que visem a prevenção e o tratamento de transtornos relacionados ao uso de drogas, enfatizando a importância de um suporte social e familiar adequado.

## b) Apoio familiar na recuperação

**Figura 15**

*Rede de conhecimento - Apoio familiar na recuperação*



**Fonte:** Análise gráfica gerada pelo *requalify.ai*

A categoria analítica “Apoio familiar na recuperação” aparece 22 vezes, perfazendo um total de 2,84% do total de sentenças categorizadas e foi emitida por 7 (36,84%) dos entrevistados. Essa *tag* revela a centralidade da família no processo de recuperação de indivíduos com transtornos por uso de substâncias, destacando a importância do suporte familiar como um fator determinante na decisão de buscar tratamento em comunidades terapêuticas.

As entrevistas permitiram uma compreensão mais profunda das dinâmicas familiares e do impacto que elas têm na trajetória de recuperação dos indivíduos. A intervenção familiar desempenha um papel significativo na motivação para a busca de tratamento.

O relato de um dos participantes, que menciona a influência da mãe em sua recuperação, é emblemático: “*E ali quem me dava força é a minha mãe*” (M11 - § 49). Este trecho ilustra como a figura materna pode ser um pilar de apoio emocional e motivacional, essencial para a superação de desafios associados ao uso de substâncias.

A presença de um suporte familiar sólido pode ser interpretada como um fator de proteção, que não apenas encoraja a busca por ajuda, mas também sustenta o indivíduo durante o processo de recuperação. A família está implicada no desenvolvimento saudável, ou não, de seus membros, ela é como um elo que une as diversas esferas da sociedade. A linguagem familiar imprime a maneira como o indivíduo relaciona-se, interage e comporta-se no seio da cultura (Schenker & Minayo, 2004).

A comunicação afetiva entre pais e filhos é um aspecto que se destaca nas narrativas. Um participante relata: “*Quando eu converso com a minha filha, ela fala que me ama*” (M13 - § 103), ele diz isso quando fala da motivação para permanecer no tratamento. Este tipo de interação fortalece os laços familiares e facilita a construção de um ambiente familiar mais saudável e propício à recuperação.

A urgência do apoio familiar é ainda mais evidente em situações críticas. Um dos entrevistados menciona: “*Ela foi me aconselhando, só que eu não sabia que eu já estava tão avançado em tão pouco tempo*” (M06 - § 14). Este relato sugere que, em momentos de vulnerabilidade, a orientação e o suporte familiar podem ser determinantes para evitar recaídas e promover a adesão ao tratamento. A percepção de que a família está atenta e disposta a ajudar pode ser um fator motivacional poderoso para o indivíduo em recuperação.

Um participante menciona: “*Quando descobriram que eu estava fazendo uso de droga, não foi agradável... me chamaram, me falaram, me deram conselho*” (M02 - § 43). Este trecho ilustra como a descoberta do uso de substâncias pode ser um momento de ruptura, mas também

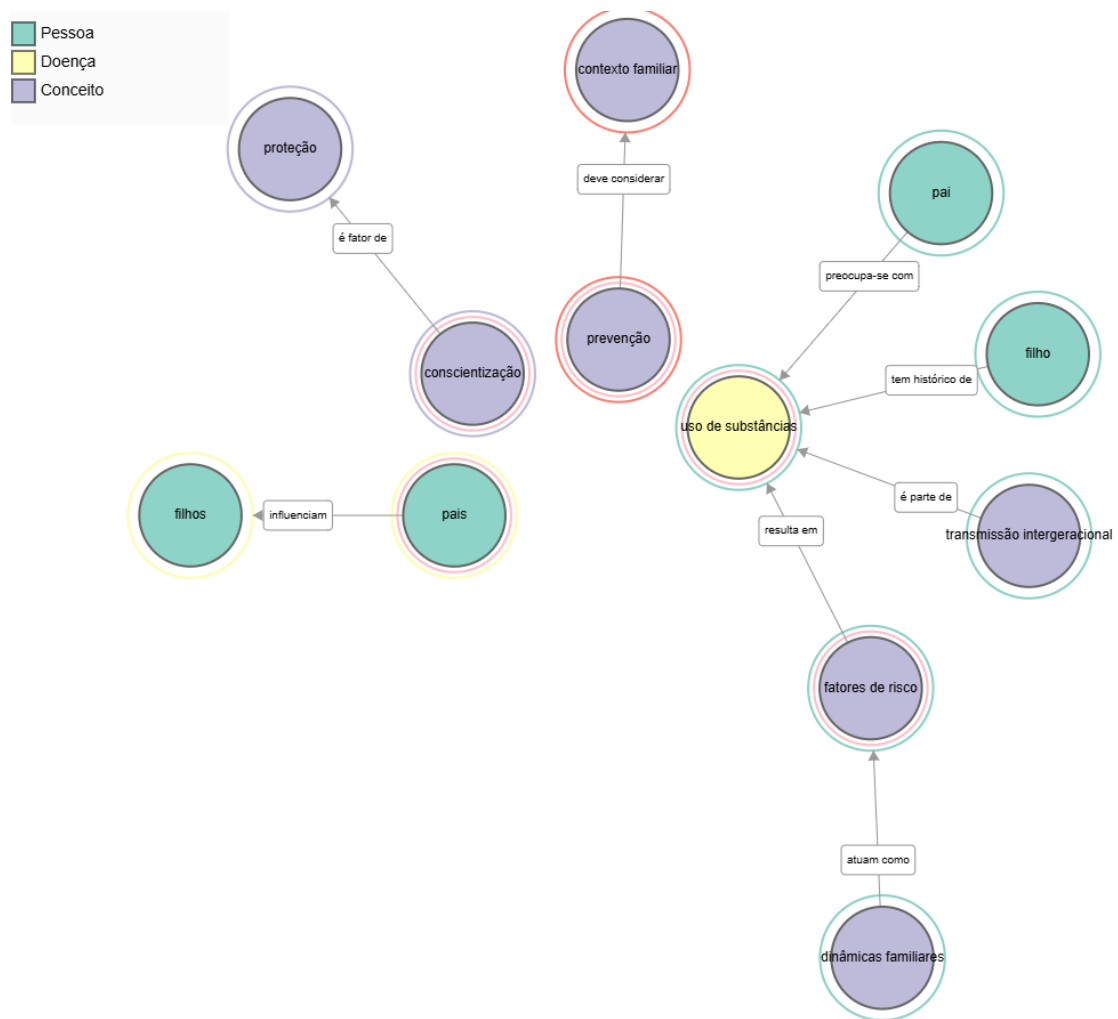
de oportunidade para a intervenção familiar. A capacidade da família de abordar a situação de forma construtiva pode ser crucial para a recuperação do indivíduo.

A intervenção familiar, a comunicação aberta e a mobilização em momentos críticos são fatores que contribuem significativamente para a adesão ao tratamento e para a construção de um ambiente propício à recuperação. A presença de um suporte familiar sólido pode, portanto, ser considerada um fator de proteção essencial na trajetória de superação dos desafios associados ao uso de substâncias.

c) Histórico familiar de uso de substâncias

**Figura 16**

*Rede de conhecimento - Histórico familiar de uso de substâncias*



**Fonte:** Análise gráfica gerada pelo *requalify.ai*

A análise das entrevistas permite uma reflexão aprofundada sobre a transmissão geracional de comportamentos relacionados ao uso de substâncias, bem como as dinâmicas familiares que podem atuar como fatores de risco ou proteção. A categoria “Histórico familiar de uso de substâncias” foi identificada em 19 (2,45%) das 773 sentenças enunciadas por 8 (42,10%) dos entrevistados.

Os relatos dos participantes indicam uma clara relação entre o histórico familiar e a percepção do uso de substâncias. Por exemplo, uma das entrevistadas menciona: “*Já tinha filho com isso*” (F02 - § 14) ao falar do momento em que seu pai descobriu que fazia uso de drogas, o que sugere que a experiência de ter um filho que enfrenta problemas relacionados ao uso de substâncias pode refletir padrões familiares estabelecidos.

Adicionalmente, a mesma entrevistada relata a preocupação do pai em relação ao seu próprio uso de substâncias, “*Meu pai ficou bem chateado, preocupado, porque ele fumava também, mas ele não queria aquilo*” (F02 - § 13), evidenciando a complexidade das relações familiares e a ambivalência que pode existir em torno do uso de substâncias. Este trecho sugere que, mesmo em contextos em que o uso de substâncias é presente, pode haver uma consciência e um desejo de proteção por parte dos pais, o que pode indicar uma luta interna entre a normalização do uso e a preocupação com as consequências para a saúde e o bem-estar dos filhos.

Uma participante menciona: “*Ah, eu comecei a sair com as amigas, minha mãe também bebia muito*” (F01 - § 4), sugerindo que a normalização do uso de álcool e outras substâncias no ambiente familiar pode predispor os jovens a replicar esses comportamentos. Silva et al. (2010) afirma que filhos de dependentes químicos ou aqueles que convivem próximo ao dependente apresentam risco aumentado para o desenvolvimento de outros transtornos psiquiátricos, de problemas físicos e emocionais e de dificuldades escolares. Os filhos de usuários de drogas também apresentam um risco aumentado para o consumo de substâncias psicoativas, quando comparados aos filhos de não usuários, sendo que filhos de alcoolistas têm um risco aumentado em quatro vezes para o desenvolvimento do alcoolismo.

É possível observar a importância de considerar o histórico familiar como um elemento central na análise dos fatores que contribuem para o uso de substâncias. A transmissão de comportamentos e atitudes em relação ao uso de drogas pode ser vista como um processo dinâmico, onde as experiências dos pais moldam as percepções e decisões dos filhos. Assim, a análise do histórico familiar não apenas ilumina os fatores de risco, mas também pode revelar potenciais fatores de proteção, como a conscientização e a preocupação expressas pelos pais.

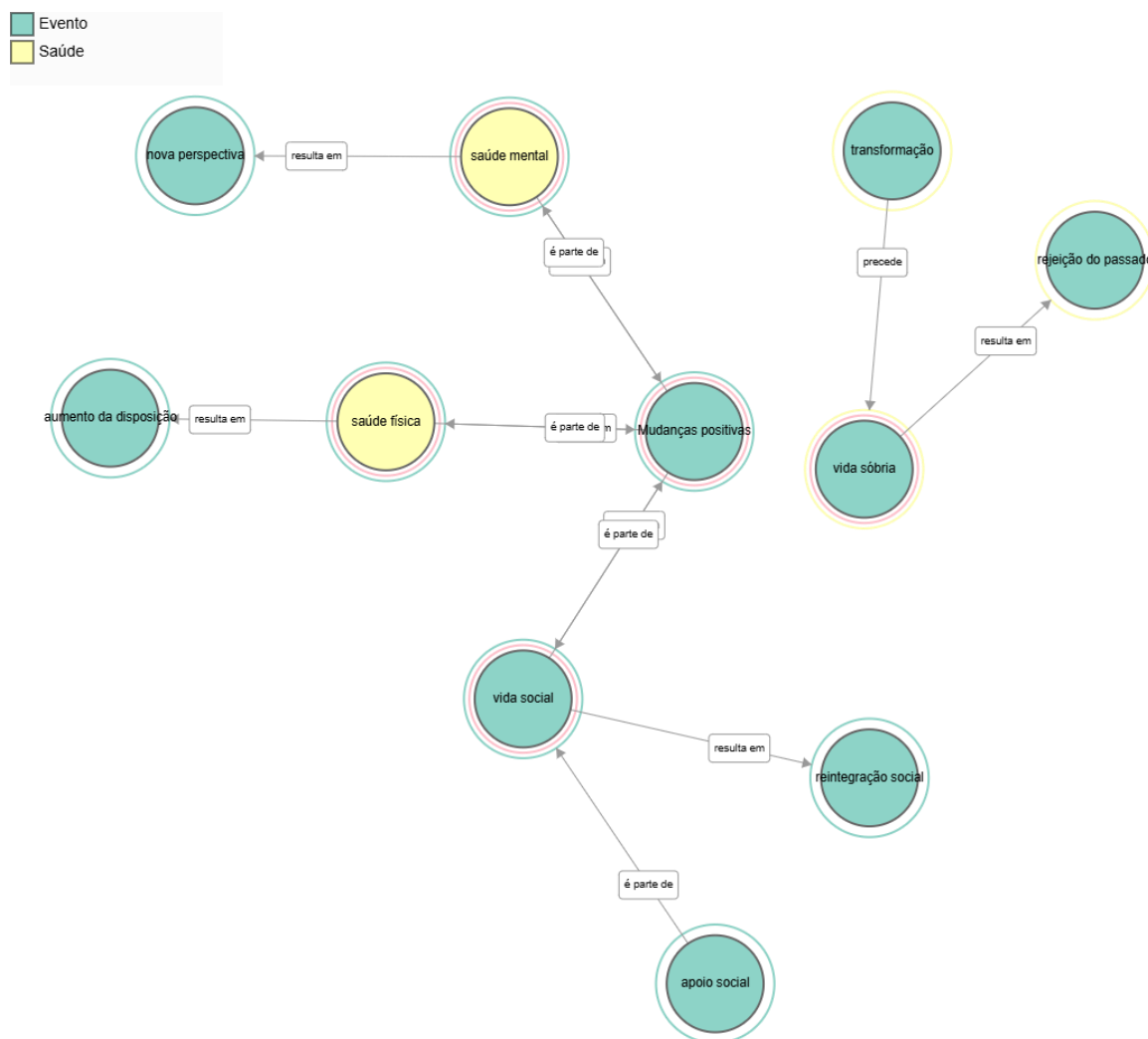
A tag “Histórico familiar de uso de substâncias” destaca a relevância das dinâmicas familiares na formação de comportamentos relacionados ao uso de drogas. Os trechos analisados das entrevistas demonstram que o uso de substâncias é frequentemente entrelaçado com as experiências e preocupações familiares, sugerindo que intervenções e políticas de prevenção devem considerar esses contextos familiares para serem mais eficazes. A compreensão dessas relações pode, portanto, contribuir para o desenvolvimento de estratégias de tratamento e prevenção que abordem não apenas o indivíduo, mas também o ambiente familiar em que ele está inserido.

### 12.3.3 Categorias individuais

#### a) Mudanças positivas após acolhimento

**Figura 17**

*Rede de conhecimento - Mudanças positivas após acolhimento*



**Fonte:** Análise gráfica gerada pelo *requalify.ai*

Em segundo lugar nas frequências, com 110 (14,23%) das 773 sentenças identificadas, sendo enunciada por 16 (84,21%) dos participantes apareceu a categoria “Mudanças positivas após o acolhimento”. Diante de tantas críticas à atuação das CTs no tratamento de usuários de álcool e drogas, chama a atenção o fato de aparecer com bastante frequência relatos de mudanças positivas após o acolhimento.

A *tag* reflete as transformações significativas na saúde física e mental dos indivíduos. A análise dos trechos relevantes revela um padrão de evolução que abrange desde a melhoria do estado físico até a reestruturação da vida social e emocional dos entrevistados. Todos eles interromperam o uso de substâncias após o acolhimento e relataram melhorias em sua saúde física e mental por conta disso, o que corrobora a **Hipótese 3** de que durante o período de acolhimento os(as) usuários(as) apresentariam diminuição no uso de substâncias psicoativas.

A saúde física dos participantes é um aspecto central nas mudanças observadas. Os relatos indicam ganho de peso e alimentação mais saudável, contrastando com comportamentos anteriores de descuido. Uma das entrevistadas menciona: “*Aqui que eu tô me alimentando melhor, pegando mais peso, tudo isso*” (F02 - § 59). Essa mudança é acompanhada por um aumento na disposição física, como evidenciado pelo depoimento: “*andar já não me incomoda mais*” (F01 - § 111). Além disso, o acompanhamento médico e a realização de exames são destacados, indicando um compromisso institucional com a saúde integral: “*tô fazendo todos assim, todos os acompanhamentos necessários*” (F04 - § 116).

Os entrevistados relatam que a desintoxicação vai além do aspecto físico, envolvendo também uma renovação mental. Um tema recorrente nos depoimentos é a clareza de pensamento e a possibilidade de planejar o futuro com mais foco após aderirem a CT. Uma participante expressa essa transformação ao dizer: “*A gente pensa de cara limpa, está desintoxicando a mente, o cérebro*” (F01 - § 98), o que indica não apenas a recuperação cognitiva, mas também um processo de diminuição da influência da dependência nos pensamentos, permitindo uma nova forma de enxergar a vida. Outro depoimento reforça essa mudança ao afirmar: “*Hoje em dia, eu gosto de fazer as coisas*” (F01 - § 109), demonstrando um resgate do prazer em realizar atividades cotidianas e um aumento na motivação para se engajar ativamente na vida.

As mudanças na vida social e nas relações interpessoais também são notáveis. Os entrevistados relatam um aumento na capacidade de interação e comunicação, como exemplificado pelo relato: “*aqui, eu cheguei muito fechada, cheguei dando até trabalho, os*

*peçoal quase me expulsando.*” (F02 - § 51). Essa melhoria nas habilidades sociais é fundamental para a reintegração à sociedade e para a construção de relacionamentos saudáveis. De acordo com Wagner e Oliveira (2009) usuários de drogas apresentam mais prejuízos nas habilidades sociais do que não usuários de substâncias, o que enfatiza a importância do tratamento na evolução do processo de recuperação do acolhido.

Uma das participantes menciona: *“tô buscando até mesmo pra ter uma vida boa lá fora depois de novo”* (F02 - § 54), o que demonstra uma intenção clara de aplicar as mudanças adquiridas na CT no ambiente externo. Além disso, a capacidade de sonhar e planejar um futuro sem drogas é um sinal de progresso significativo.

Um entrevistado reflete: *“Eu me surpreendi comigo mesmo, entendeu? Porque eu achava que eu não era capaz”* (M01 - § 160), o que indica uma reavaliação da autoimagem e das possibilidades de vida. A busca por uma vida sóbria e a rejeição do passado de sofrimento são evidentes em relatos como: *“Não quero mais aquela vida que eu levava, que era muito sofrimento, muita tristeza”* (F05 - § 42).

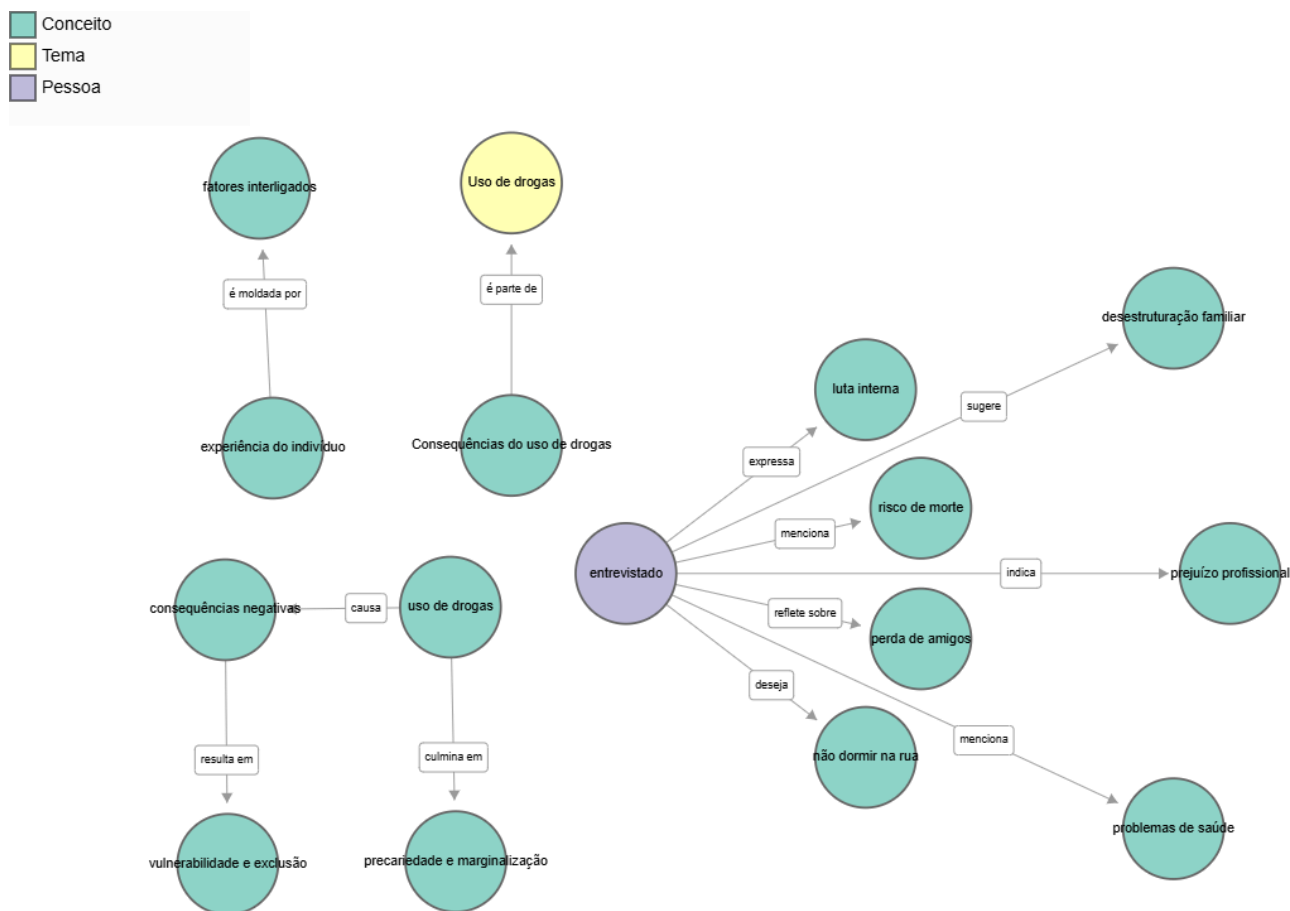
A categoria revela um quadro abrangente de transformação que abarca a saúde física, mental e social dos indivíduos em tratamento. As evidências coletadas demonstram que o acolhimento em comunidades terapêuticas não apenas promove a recuperação da saúde, mas também facilita a construção de uma nova identidade e a reintegração social.



## b) Consequências do uso de drogas

**Figura 18**

Rede de conhecimento - Consequências do uso de drogas



**Fonte:** Análise gráfica gerada pelo *requalify.ai*

Esta categoria define como o uso de substâncias pode ser prejudicial ao longo da vida do sujeito, ela aparece como a terceira mais frequente com 97 (12,54%) aparições das 773 sentenças classificadas, tendo sido mencionada por 17 (89,47%) dos entrevistados. Isso aponta para o fato de que é bastante mobilizador para os acolhidos entrevistados as consequências pessoais do uso de drogas.

Um dos entrevistados menciona: “*é fácil, a droga está lá, e hoje eu estou no meu coração aqui porque se eu for usar droga, eu vou morrer, mas não pela droga*” (M07 - § 94). Essa declaração ilustra a consciência do entrevistado sobre o risco de morte associado ao uso de drogas e sugere uma luta emocional, uma sensação de impotência diante da tentação.

A ideia de que a droga é um risco é reforçada quando um entrevistado reflete sobre a perda de amigos: “*acho que tem alguns morreram*” (M10 - § 14), indicando que o uso de

substâncias não apenas afeta o indivíduo, mas também resulta em perdas significativas no círculo social.

Um dos entrevistados expressou seu desejo de não dormir na rua, enfatizando: “*não quero dormir na rua, chovendo pra caramba*” (M09 - § 125). Essa afirmação revela a realidade de muitos usuários de drogas, que enfrentam a exclusão social e a falta de abrigo, refletindo uma deterioração das condições de vida pelo uso abusivo da substância psicoativa.

A relação com a rotina também é impactada, como evidenciado na fala: “*porque lá fora tudo acordava tarde, então almoçava tarde*” (M12 - § 90), que sugere uma desestruturação da rotina familiar e social.

A dimensão profissional das consequências do uso de drogas é igualmente significativa. Um dos entrevistados menciona ao falar sobre uma oportunidade de emprego que teve: “*não deu muito certo por causa dessa questão de drogas, entendeu, bebida principalmente*” (M12 - § 42), indicando que o uso de substâncias prejudicou suas oportunidades de trabalho e desenvolvimento pessoal. A incapacidade de manter um emprego estável é uma consequência direta do uso de drogas que se entrelaça com a percepção pessoal de fracasso e frustração. Silva et al. (2010) identifica o impacto das drogas na vida profissional dos usuários, onde mostra que a perda de emprego acontece pelo menos uma vez na vida do usuário devido ao abuso de substâncias psicoativas.

Outra consequência do uso de substâncias é que a saúde física e mental dos indivíduos é severamente afetada, como demonstrado nas falas que mencionam problemas de saúde: “*eu sou diabético, quase morri mesmo*” (M11 - § 84). Essa afirmação não apenas destaca a deterioração da saúde, mas também sugere uma relação entre o uso de drogas e o agravamento de condições médicas preexistentes.

A análise das entrevistas revela uma interconexão entre as diversas consequências do uso de drogas, onde a experiência de um indivíduo é moldada por uma rede de fatores que incluem a saúde, as relações sociais e a vida profissional. A narrativa dos entrevistados ilustra que o uso de substâncias não apenas gera consequências negativas, mas também perpetua um estado de vulnerabilidade e exclusão.

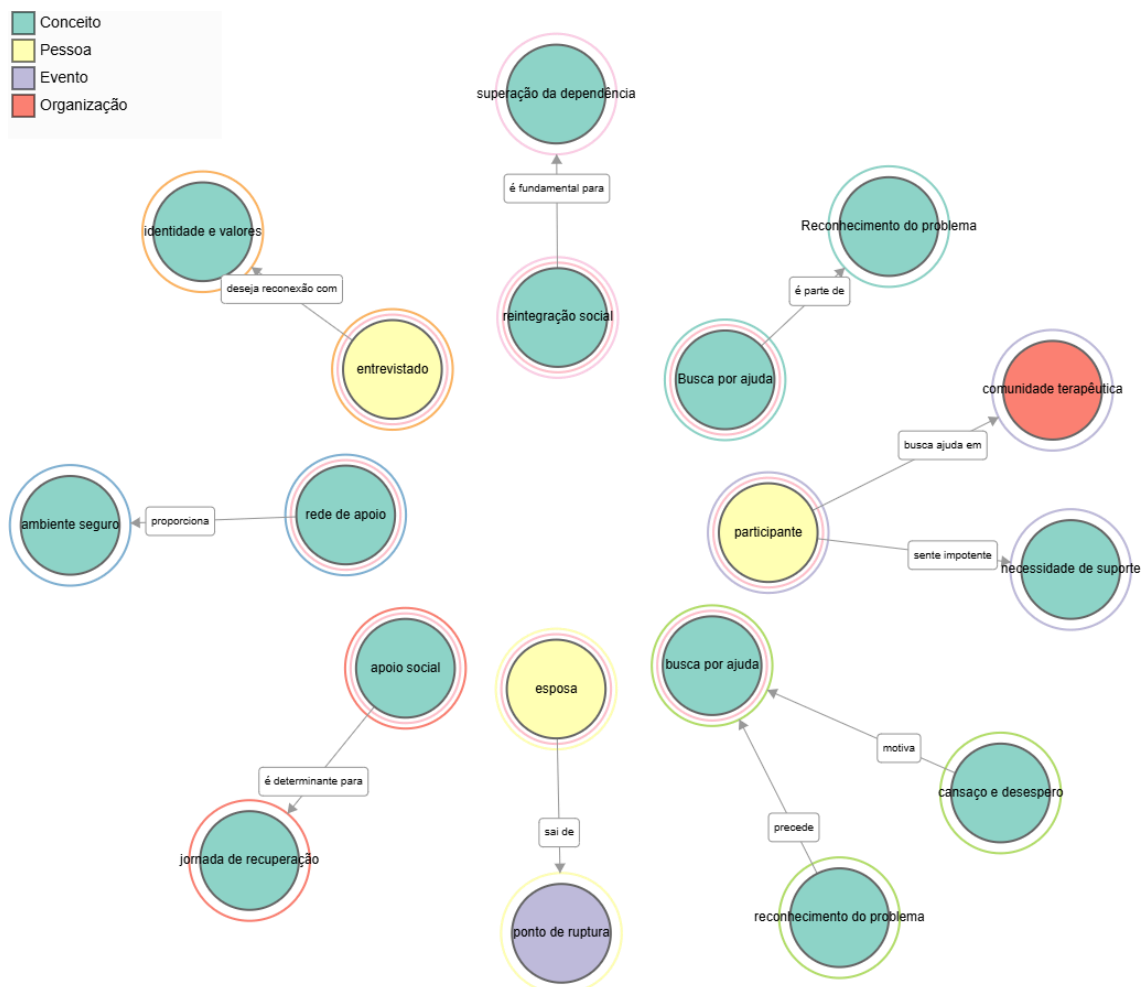
As evidências coletadas demonstram que as consequências do uso de drogas se estendem além do indivíduo, afetando suas relações sociais, familiares e profissionais, e culminando em um estado de precariedade e marginalização. O que destaca a necessidade de abordagens integradas e sensíveis às realidades vividas por aqueles que enfrentam o desafio do

uso de drogas, enfatizando a importância de intervenções que considerem as múltiplas dimensões da vida dos indivíduos.

c) Busca por ajuda e reconhecimento do problema

**Figura 19**

*Rede de conhecimento - Busca por ajuda e reconhecimento do problema*



**Fonte:** Análise gráfica gerada pelo *requalify.ai*

A tag que evidencia a busca por ajuda e o reconhecimento do problema apareceu 67 vezes nas entrevistas, o que corresponde a 8,66% do total de sentenças classificadas e foi referida por 17 (89,47%) dos entrevistados.

O que foi identificado é que a busca por ajuda é frequentemente precedida por um reconhecimento doloroso da situação em que se encontram. A declaração de um dos participantes contando quando decidiu buscar por ajuda em uma CT, dizendo: “Foi quando a minha esposa saiu de casa e eu perdi o controle” (M02 - § 86), ilustra um ponto de ruptura que

catalisou a necessidade de mudança. Este reconhecimento é um passo indispensável, pois implica uma avaliação crítica da própria vida e das consequências do uso de substâncias. A partir desse momento, a busca por tratamento se torna uma prioridade, como evidenciado na afirmação do participante “*é, que eu quero mudar de vida*” (M07 - § 83).

A decisão de buscar ajuda em uma comunidade terapêutica é frequentemente motivada pela percepção de que tentativas anteriores de controle foram infrutíferas. Um participante menciona: “*Porque eu vi que eu tentei parar por conta própria*” (M06 - § 52), o que sugere uma reflexão sobre a ineficácia de abordagens individuais sem suporte. Essa percepção de impotência é um tema recorrente, como demonstrado na frase “*me sentindo impotente*” (F01 - § 91) ao descrever como se sentia antes de buscar por ajuda, que destaca a necessidade de um suporte externo para a superação do problema.

A busca por uma “*instituição séria*” (M01 - § 107) que ofereça um tratamento estruturado é um reflexo da esperança de que a recuperação é possível, mesmo após experiências de fracasso.

Além disso, a narrativa dos participantes revela um desejo profundo de reconexão com suas identidades e valores pessoais. Um dos entrevistados expressa: “*então eu quero me tratar e voltar para a minha igreja e voltar pra minha varoa, que é filha de pastor*” (M05 - § 44), indicando que a busca por ajuda está também ligada a um anseio por restabelecer laços familiares e comunitários. Essa busca por reintegração social é um aspecto fundamental da recuperação, pois sugere que a superação da dependência não é apenas uma questão individual, mas também relacional.

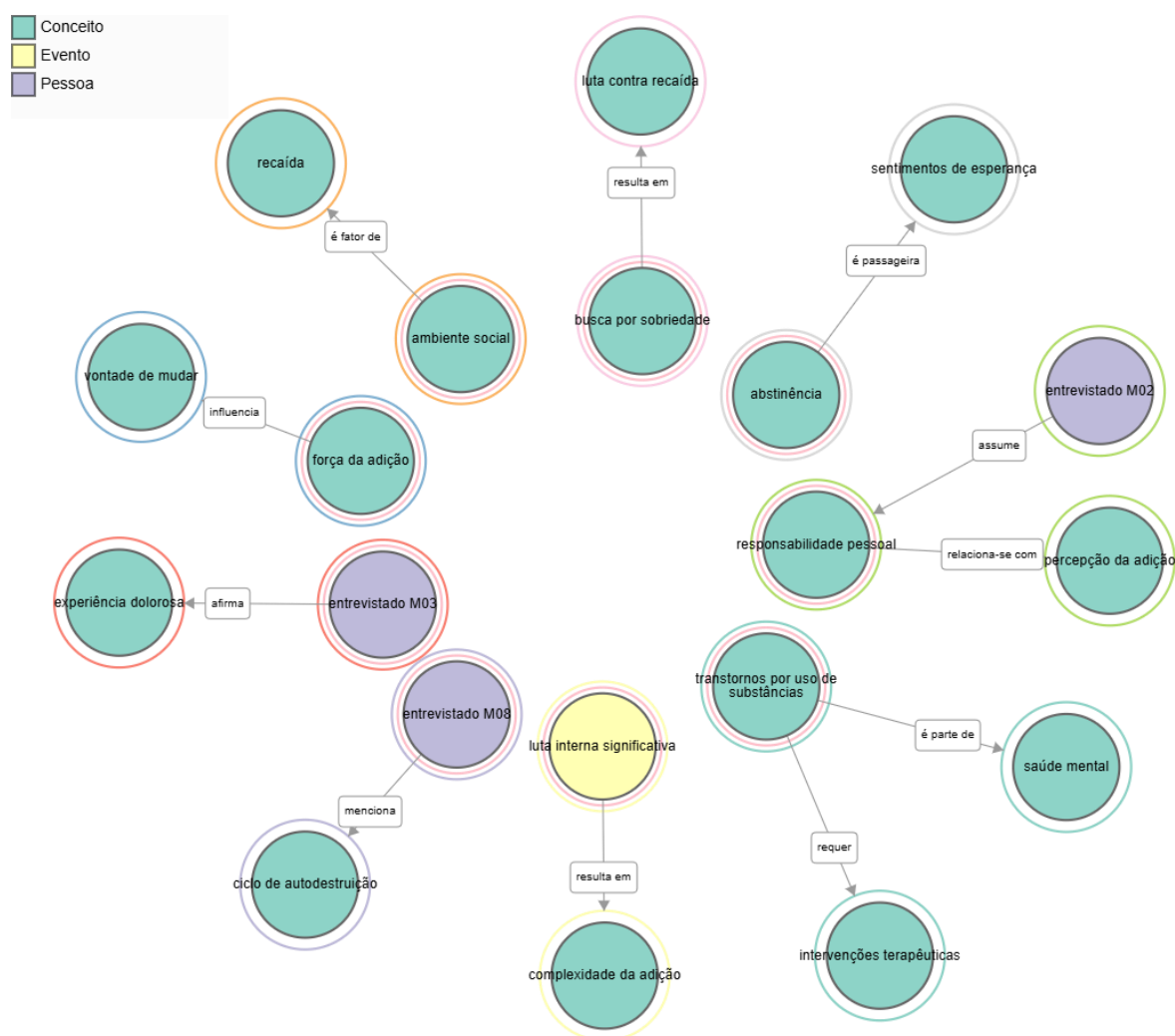
A análise dos trechos também revela um reconhecimento da necessidade de mudança, como evidenciado na frase “*Porque cansei disso. Isso não é vida pra ninguém*” (M04 - § 95). Este sentimento de cansaço e desespero é um motivador poderoso que impulsiona os indivíduos a buscar ajuda, refletindo uma transição de um estado de negação para um de aceitação e ação.

A categoria analítica “Busca por ajuda e reconhecimento do problema” encapsula a jornada de indivíduos que, ao reconhecerem suas dificuldades, buscam apoio em comunidades terapêuticas como um meio de transformação. A interdependência entre o reconhecimento do problema, a busca por ajuda e o apoio social é fundamental para a compreensão do processo de recuperação. Através das narrativas, fica evidente que a superação da dependência passa também pelo reconhecimento da necessidade de suporte para o atravessamento do problema da adição.

#### d) Compreensão dos transtornos por uso de substâncias

**Figura 20**

*Rede de conhecimento - Compreensão dos transtornos por uso de substâncias*



**Fonte:** Análise gráfica gerada pelo *requalify.ai*

A categoria analítica “Compreensão dos transtornos por uso de substâncias” busca aprofundar a percepção sobre os transtornos relacionados ao uso de substâncias, enfatizando a necessidade de uma abordagem que os considere como uma condição de saúde e não meramente como uma falha moral. Essa perspectiva é indispensável para a formulação de intervenções terapêuticas que sejam empáticas e informadas, reconhecendo a cronicidade dos transtornos e

a importância do acompanhamento contínuo. Esta categoria analítica apareceu em 42 das 773 sentenças enunciadas, perfazendo um total de 5,43% das frases e apareceu na fala de 14 entrevistados (73,68%).

Os relatos dos participantes revelam uma luta interna significativa e uma consciência da complexidade da adição. Por exemplo, um dos entrevistados menciona: *“E estava me afundando muito mais ainda na droga”* (M08 - § 62), o que ilustra a percepção de que vício é uma condição que leva a autodestruição. Essa ideia é reforçada por outro participante que afirma: *“Eu mesmo já não estava aguentando mais o meu jeito de viver”* (M03 - § 35), indicando que a experiência de viver com um transtorno por uso de substâncias é insustentável e dolorosa.

A narrativa dos participantes frequentemente reflete uma luta entre a vontade de mudar e a força da adição. Um entrevistado expressa: *“Possa ser que, como muitos eu já ouvi, recaiu, eu não estou livre disso acontecer comigo”* (M08 - § 106), o que evidencia a compreensão natureza crônica e do risco de recidiva, que requer um suporte contínuo e estratégias de enfrentamento. A percepção de que a droga controla a vida do indivíduo é uma constante nas falas, como exemplificado na afirmação: *“É a droga que nos controla num certo tempo, né?”* (M01 - § 11).

Os participantes também refletem sobre a influência de fatores externos e sociais em sua trajetória. Um deles menciona: *“Você vendo, convivendo com as pessoas usando do seu lado, entendeu?”* (M12 - § 75), sugerindo que o ambiente social pode ser um fator de risco significativo para a recaída. Essa observação é importante para entender a necessidade de intervenções que considerem o contexto social e as relações interpessoais dos indivíduos em tratamento.

A relação com a família e a responsabilidade pessoal também emergem como temas centrais. Um participante afirma: *“Entendeu? Eu que fiz minha escolha errada e assumo meu erro”* (M02 - § 57), o que demonstra uma consciência da própria responsabilidade. Essa dualidade entre responsabilidade pessoal e a percepção da adição como uma doença é um aspecto importante a ser considerado nas abordagens terapêuticas.

Por fim, a busca por sobriedade e a luta contra a recaída são temas recorrentes nas narrativas. Um dos entrevistados expressa: *“Agora é tentar manter a sobriedade”* (M13 - § 148), o que reflete a contínua batalha que os indivíduos enfrentam mesmo após períodos de abstinência. Essa luta é frequentemente acompanhada por sentimentos de esperança e

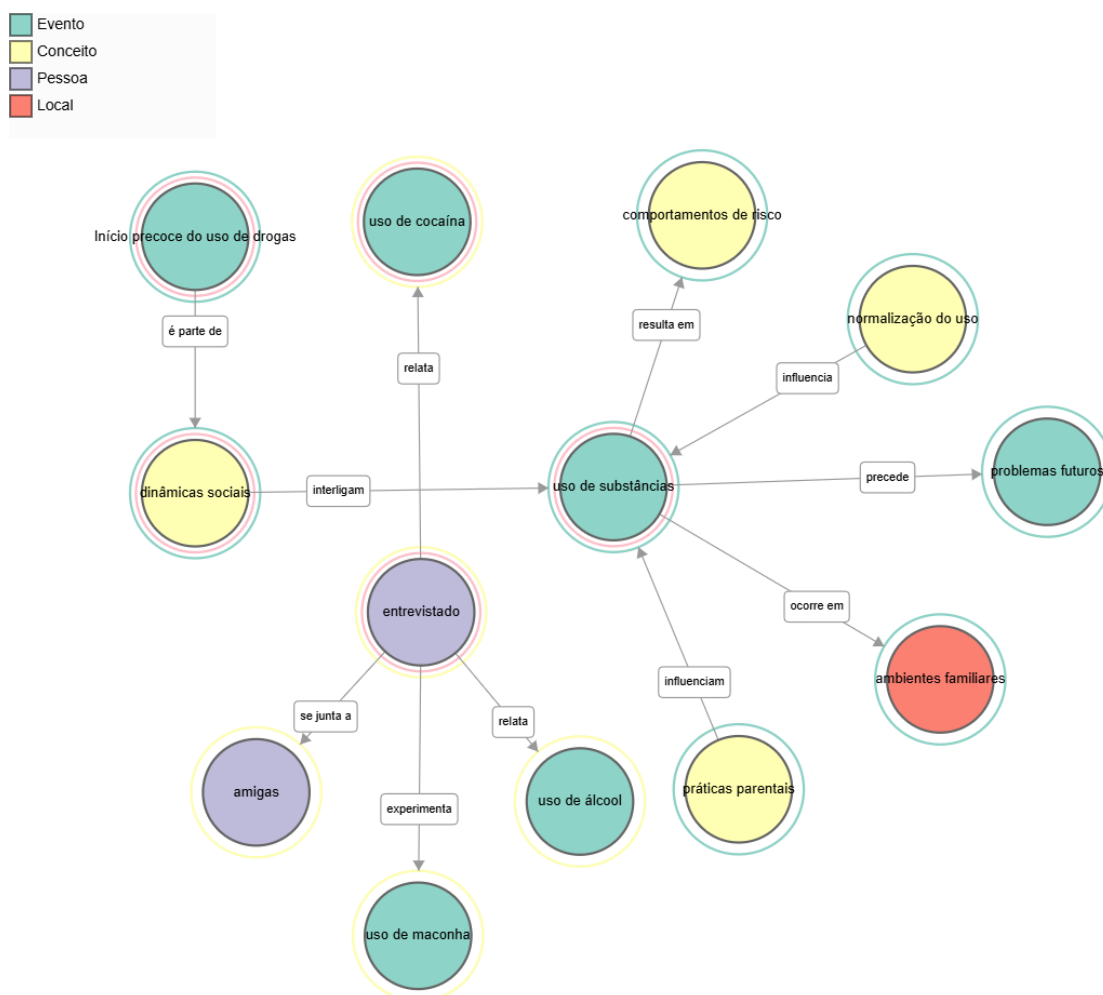
desespero, como evidenciado na frase: “Às vezes, dá abstinência, mas passa, passa, porque isso é passageiro” (F05 - § 60).

A análise dos trechos relevantes revela que a compreensão dos transtornos por uso de substâncias deve ser multifacetada, considerando a adição como uma condição crônica que requer intervenções baseadas em evidências com uma abordagem empática. A experiência dos participantes destaca a complexidade da adição, a influência do ambiente social, a responsabilidade pessoal e a necessidade de suporte contínuo, elementos que devem ser integrados nas práticas de tratamento e nas políticas públicas voltadas para a saúde mental e o uso de substâncias.

#### e) Início precoce do uso de drogas

**Figura 21**

*Rede de conhecimento - Início precoce do uso de drogas*



**Fonte:** Análise gráfica gerada pelo *requalify.ai*

A tag “Início precoce do uso de drogas” revela um fenômeno complexo que se entrelaça com as experiências de vida dos indivíduos, especialmente durante a infância e adolescência. A frequência observada dessa categoria na fala dos usuários foi de 32 (4,14%) e foi enunciada em 15 entrevistas (78,94%). Kosterman et al. (2000) indica que o início precoce do uso de drogas está associado a uma série de fatores de risco, como baixa supervisão parental, exposição a pares que fazem uso de substâncias e normalização do consumo dentro do ambiente familiar.

A análise dos trechos relevantes das entrevistas permite uma compreensão mais profunda das dinâmicas sociais e familiares que influenciam o início do uso de substâncias, destacando a importância das relações sociais e das práticas parentais nesse contexto.

O início do uso de substâncias na infância ou adolescência é frequentemente associado a fatores de risco que podem ser identificados nas narrativas dos participantes. Por exemplo, a experiência de um entrevistado que relata ter experimentado cocaína aos 16 anos, afirmando: *“Bem, na época eu tinha 16 para 17 anos quando eu experimentei a cocaína”* (M13 - § 3), ilustra como a adolescência é um período crítico em que a curiosidade que pode levar ao uso de drogas. Torales et al. (2018) sugere que a experimentação de substâncias nessa fase está associada a maiores riscos de dependência na vida adulta, além de impactos negativos na educação e na vida social.

A influência das práticas parentais é um tema recorrente nas entrevistas. Um relato impactante é o de um entrevistado que menciona ter experimentado maconha aos oito anos, sob a oferta da mãe: *“Ela chegou, ela comprava, eu comprava cachaça para ela, ela ia fazer limãozinho, aí ia pegar, botava uma casquinha de limão e me dava pra beber e falava que que tinha nada a ver. Aí eu trouxe aí, aí disse que você podia. Aí depois com oito anos eu experimentei maconha com ela”* (M09 - §8 ao §12). Este trecho evidencia como a normalização do uso de substâncias dentro do ambiente familiar atuando como facilitador do início precoce do uso, o que reflete uma transmissão geracional de comportamentos de risco. Esse fenômeno pode ser compreendido pela normalidade sociocultural e familiar do uso de substâncias. Crianças que crescem em ambientes onde o uso de drogas é normalizado tendem a iniciar o consumo mais cedo, muitas vezes devido à identificação com figuras parentais usuárias de substâncias (Schenker & Minayo, 2004; Torales et al., 2018).

A relação com os pares também desempenha um papel significativo. Uma participante descreve como, aos 13 anos, se juntava a amigas para beber sem que os pais soubessem: *“chegava a noite, ajuntava as meninas, a gente bebia, sem a mãe, o pai saber”* (F02 - § 5).



Essa busca por pertencimento e a prática de atividades clandestinas podem ser vistas como uma forma de rebeldia e exploração da identidade juvenil, que frequentemente culmina em comportamentos de risco. A exposição a amigos que fazem uso de substâncias é um dos principais preditores do início precoce do consumo de drogas (Kosterman et al., 2000; Torales et al., 2018).

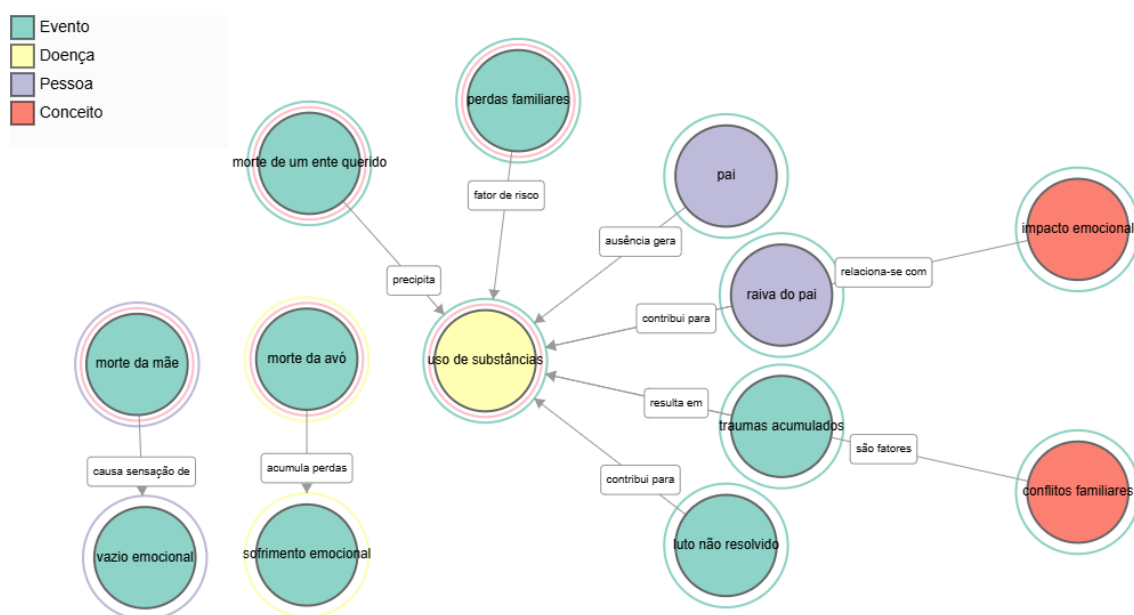
A análise dos dados também revela que o início precoce do uso de substâncias não ocorre de forma isolada, mas está interligado a contextos sociais mais amplos. A normalização do consumo de álcool e outras drogas em ambientes familiares, como evidenciado por um participante que menciona que “*era uma coisa normal eu sentar na mesa e beber com eles*” (F06 - § 6), sugere que a aceitação social do uso de substâncias pode ser um fator determinante na trajetória de uso.

A tag “Início precoce do uso de drogas” destaca a intersecção entre práticas parentais, relações sociais e a normalização do uso de substâncias, que se manifestam de maneira significativa nas narrativas dos participantes. A compreensão desse fenômeno é determinante para o desenvolvimento de intervenções que visem à prevenção do uso de drogas, especialmente em contextos em que a exposição precoce é prevalente.

#### f) Impacto emocional e trauma

**Figura 22**

*Rede de Conhecimento - Impacto emocional e trauma*



**Fonte:** Análise gráfica gerada pelo *requalify.ai*

A categoria analítica “Impacto emocional e trauma” apareceu em 21 (2,71%) dos trechos das entrevistas e foi enunciada por 7 (36,84%) entrevistados.

Esta *tag* revela a complexa inter-relação entre experiências traumáticas e o uso de substâncias, a análise das entrevistas permitiu uma compreensão mais profunda dos fatores emocionais que influenciam o comportamento dos participantes, destacando a importância de considerar a influência das perdas significativas na vida dos indivíduos que fazem uso de drogas.

Os relatos evidenciam um padrão de sofrimento emocional associado a perdas familiares, que se configura como um fator de risco significativo para o uso de substâncias. Por exemplo, um participante menciona ao falar da morte do pai: “*Fui beber depois que ele morreu*” (M10 - § 40), o que sugere que a morte de um ente querido pode precipitar comportamentos autodestrutivos, como o uso de álcool, como uma forma de lidar com a dor emocional. Outro relato reforça essa ideia ao afirmar: “*Sinto falta do meu pai*” (M08 - § 57), indicando que a ausência de figuras parentais pode gerar um vazio emocional que os indivíduos tentam preencher através de substâncias.

A experiência de luto e a sensação de desamparo são evidentes em vários relatos. Um participante descreve a sensação de estar perdido após a morte de sua mãe: “*Aí eu abri o guarda-roupa, não via as roupas dela*” (M02 - § 90), o que ilustra a profundidade do impacto emocional causado pela perda. Essa sensação de vazio pode levar os indivíduos a buscar alívio temporário através do uso de substâncias, como uma forma de escapar da dor.

A relação entre trauma e luto é amplamente discutida na literatura psicanalítica e em estudos sobre saúde mental. Freud (1996 [1917]), em seu clássico trabalho “Luto e Melancolia”, define o luto como um processo econômico ligado à perda de um objeto investido de energia psíquica pelo sujeito, seja este objeto uma pessoa amada, um ideal ou um trabalho que exigiu muito investimento. O luto diante da morte de um ente querido é caracterizado por um estado no qual se perde o interesse pelo mundo externo e se recusa qualquer forma de investimento em novos objetos de amor. Esse processo pode levar ao desamparo, onde o indivíduo busca alívio temporário através de substâncias, como observado nos relatos dos participantes.

Além disso, a teoria psicanalítica sugere que o uso de substâncias pode ser uma forma de lidar com a dor emocional e o desamparo resultante de perdas significativas. Silva e Ulhôa (2015) discutem como o uso abusivo de álcool e outras drogas pode ser uma tentativa de tamponar a angústia desencadeada pelo encontro do sujeito com a perda significativa e sua

própria finitude. A droga, nesse contexto, funcionaria como um objeto que tenta preencher o vazio deixado pela perda, mas que, ao mesmo tempo, impede a elaboração do luto e a reinserção do sujeito em novos investimentos libidinais.

A relação conflituosa com os pais, que é evidenciada com a sua morte, também emerge como um tema. Um entrevistado expressa: “*Que meu pai... eu tinha raiva do meu pai. Meu pai morreu, eu tinha ódio dele*” (M07 - § 34). Essa ambivalência emocional pode ser um fator de que influencia o uso de substâncias, uma vez que a raiva não resolvida pode se manifestar em comportamentos de risco. A morte de outros familiares, como avós e sogros, também é mencionada, revelando um padrão de perdas que se acumula ao longo da vida e que pode intensificar o sofrimento emocional, como observado no trecho: “*Aí a minha avó morreu*” (F03 - § 30).

A análise dos trechos também revela a presença de traumas acumulados ao longo da vida, que se manifestam em crises emocionais. Um relato destaca: “*entrei em estado de choque*” (F03 - § 11), indicando que a sobrecarga emocional resultante de múltiplas perdas pode levar a reações extremas, como o uso de substâncias como mecanismo de enfrentamento.

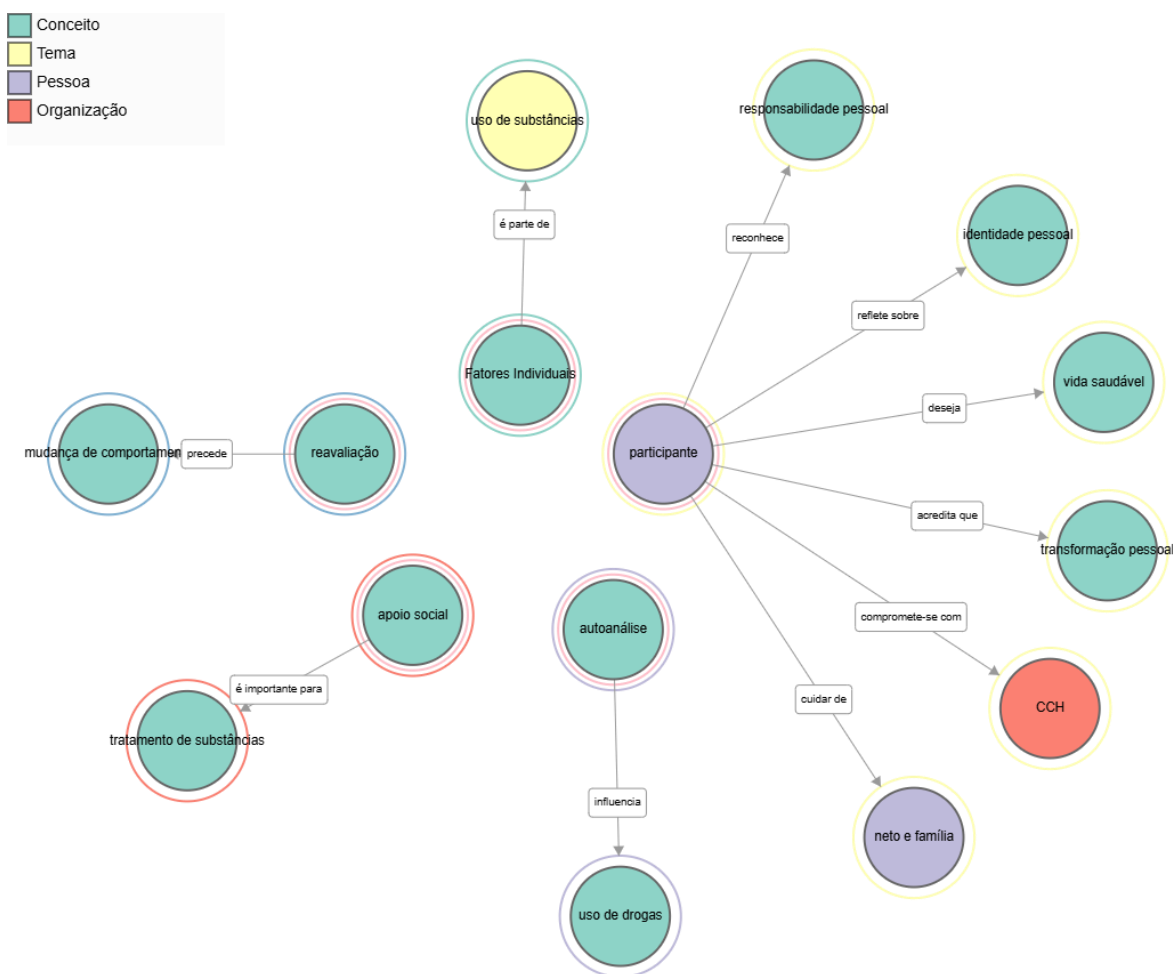
A relação entre trauma infantil e uso de substâncias também é destacada por Kapitány-Fövény et al. (2020), que investigaram a presença de traumas na infância entre usuários de substâncias em tratamento. Eles encontraram que experiências de negligência física e emocional na infância estão associadas a estratégias menos adaptativas de regulação emocional, o que pode levar ao uso de substâncias como forma de lidar com o sofrimento emocional. Essa descoberta reforça a ideia de que o trauma acumulado ao longo da vida, especialmente na infância, pode ser um fator de risco significativo para o desenvolvimento de transtornos por uso de substâncias.

Esta categoria destaca a interconexão entre experiências de perda, conflitos familiares e o uso de substâncias. O luto não resolvido e as experiências traumáticas acumuladas são fatores que influenciam o uso de substâncias. É imperativo que as abordagens terapêuticas considerem esses aspectos emocionais, promovendo intervenções que visem não apenas a abstinência, mas também a resolução de traumas e a construção de um suporte emocional.

## g) Fatores individuais

**Figura 23**

*Rede de conhecimento - Fatores individuais*



**Fonte:** Análise gráfica gerada pelo *requalify.ai*

A categoria analítica “Fatores Individuais” abrange as percepções e reflexões dos indivíduos sobre suas experiências pessoais e a relação com o uso de substâncias. Foi uma *tag* que apareceu em 21 (2,71%) das sentenças e foi proferida por 9 entrevistados (47,36%). A análise revelou um padrão de autoavaliação e reconhecimento de responsabilidade que permeia as narrativas dos participantes. Essa autoanálise é fundamental para entender como os fatores individuais influenciam o comportamento em relação ao uso de drogas e a construção da identidade.

Os trechos analisados indicam a presença de sentimento de culpa e renegação, que ajudam na compreensão do impacto das experiências pessoais na trajetória de uso de

substâncias. Por exemplo, um participante menciona: “*E tem costume de dizer, eu achava que era um pouco renegado*” (M03 - § 27), o que sugere uma percepção de marginalização e exclusão que pode ter contribuído para a sua relação com as drogas. Essa ideia é reforçada quando na mesma entrevista o participante afirma: “*o problema não era eu, o problema que eu era renegado. Mas, na verdade, na verdade, com o tempo você consegue refletir que o problema era eu*” (M03 - § 32). Aqui, observa-se uma evolução na percepção do indivíduo, que passa de uma visão externa de culpa para uma reflexão interna, reconhecendo sua responsabilidade nas situações vividas.

A narrativa de um participante que se descreve como “*um filho mais levado*” (M03 - § 26) sugere que comportamentos impulsivos e desafiadores na infância podem ter influenciado suas escolhas na vida adulta, incluindo o uso de substâncias. Essa conexão entre a infância e a vida adulta é um aspecto central na análise dos fatores individuais, pois evidencia como experiências precoces moldam a identidade e as decisões futuras.

A autoatribuição de culpa é um tema recorrente, como evidenciado em trechos como “*de nada, que o culpado foi eu*” (M05 - § 39) e “*Então, o culpado eu acho que fui eu*” (M05 - § 41). Essa internalização da culpa pode ser um fator que perpetua o uso de substâncias, uma vez que o indivíduo pode se sentir preso em um ciclo de autocrítica e desespero. Oliveira, Nascimento e Paiva (2007) apontam que o uso de substâncias psicoativas (SPA) por mulheres, por exemplo, está frequentemente associado a experiências traumáticas, como violência doméstica e depressão, que podem levar a sentimento de culpa e autodepreciação. Essa dinâmica pode ser extrapolada para outros grupos, onde a culpa e a autocrítica desempenham um papel significativo na manutenção do uso de drogas.

A reflexão sobre a responsabilidade nas ações é enfatizada quando um participante menciona: “*O único que desandou foi eu*” (M07 - § 80) e “*também, mas não foi em iniciativa deles não, foi em minha mesmo.*” (M10 - § 23). Essa autoanálise é corroborada por outro trecho em que se menciona: “*A gente mesmo que dá mole, né cara*” (M10 - § 51), sugerindo que os indivíduos reconhecem que suas decisões, muitas vezes impulsivas, têm um papel significativo em suas trajetórias de vida.

A construção da identidade dos participantes também é um aspecto relevante que emerge das narrativas. Um dos entrevistados reflete: “*Então eu não quero ver isso para minha vida, eu quero viver, aproveitar o nosso pouco tempo que eu tenho de vida*” (M07 - § 97), o que sugere uma reavaliação de suas prioridades e um desejo de se afastar de um estilo de vida autodestrutivo. Essa reavaliação é frequentemente acompanhada por um reconhecimento de

que, apesar das dificuldades, é possível encontrar um caminho diferente: “*Então nós vamos viver uma vida de outra maneira, de outra maneira diferente, como não víamos antes*” (M04 - § 127).

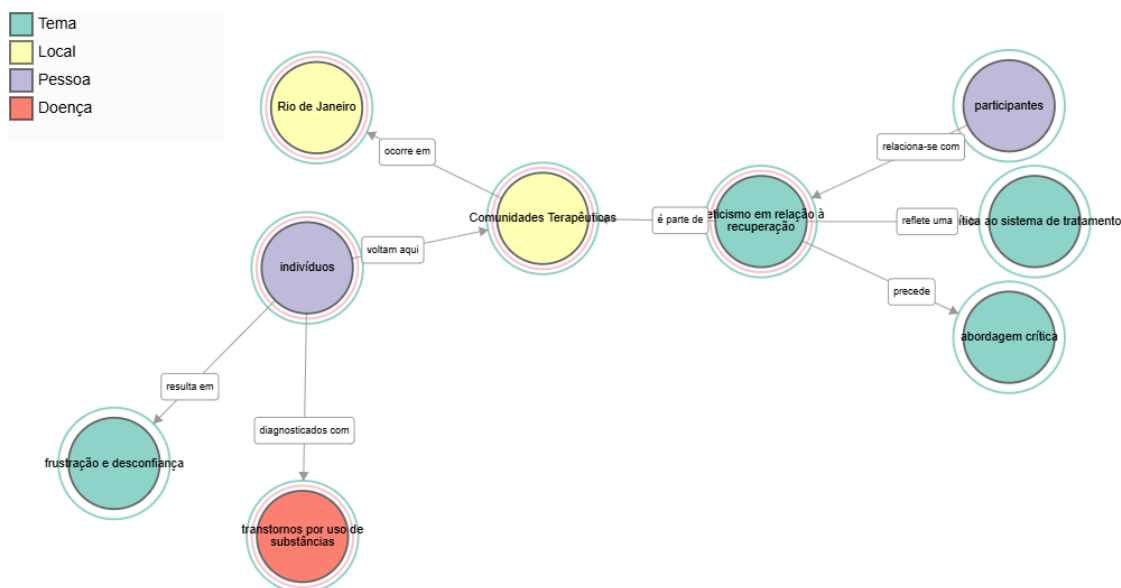
A categoria abrange uma rica tapeçaria de reflexões pessoais, reconhecimento de responsabilidade e um desejo de mudança que permeiam as narrativas dos participantes. A autoanálise e a construção da identidade são fundamentais para entender como esses fatores individuais influenciam o comportamento em relação ao uso de drogas. Através da exploração dessas experiências, é possível identificar caminhos para intervenções mais eficazes e personalizadas no tratamento de transtornos por uso de substâncias, enfatizando a importância do apoio social e da reavaliação das relações pessoais.

Destaca-se a importância de considerar as experiências pessoais e as reflexões dos indivíduos como elementos centrais na compreensão do fenômeno do uso de drogas, especialmente no contexto das Comunidades Terapêuticas. Essa compreensão pode informar intervenções e políticas que abordem não apenas os comportamentos, mas também as raízes emocionais e sociais que os sustentam.

#### h) Ceticismo em relação a recuperação.

**Figura 24**

*Rede de conhecimento - Ceticismo em relação à recuperação*



"Ceticismo em relação à recuperação" foi uma das categorias identificadas após a detecção por IA, ela aparece em 9 das falas, porém em apenas um entrevistado, refletindo uma desconfiança desse indivíduo sobre a eficácia dos processos de recuperação oferecidos, com uma percepção crítica em relação às promessas de transformação e cura.

Os trechos relevantes extraídos da entrevista revelam um padrão de ceticismo que permeia as experiências do participante. A afirmação de insegurança sobre o que é dito por pessoas que retornam para contar sua experiência é observada quando ele diz: *“Mas aí, por exemplo, eu não sei ela vindo aqui, o que ela está passando para a gente, que tem de verdadeiro e o que não tem de verdadeiro”* (M08 - § 77-80) o que sugere uma busca por autenticidade nas intervenções e um questionamento sobre a veracidade das experiências compartilhadas na CT. Essa dúvida é reforçada pela observação de que *“muitos voltam aqui e falam meia dúzia de palavras e lá na rua continua pior do que quem entrou”* (M08 - § 81-84).

Além disso, a expressão *“Eu já não acredito muito”* (M08 - § 88) ao se referir no potencial de ajuda que os pares podem ter no tratamento, evidencia-se a desilusão que o participante sente em relação às promessas de recuperação. Essa declaração não apenas reflete uma experiência pessoal de desencanto, mas também sugere uma crítica mais ampla ao sistema de tratamento, que pode ser visto como ineficaz ou superficial.

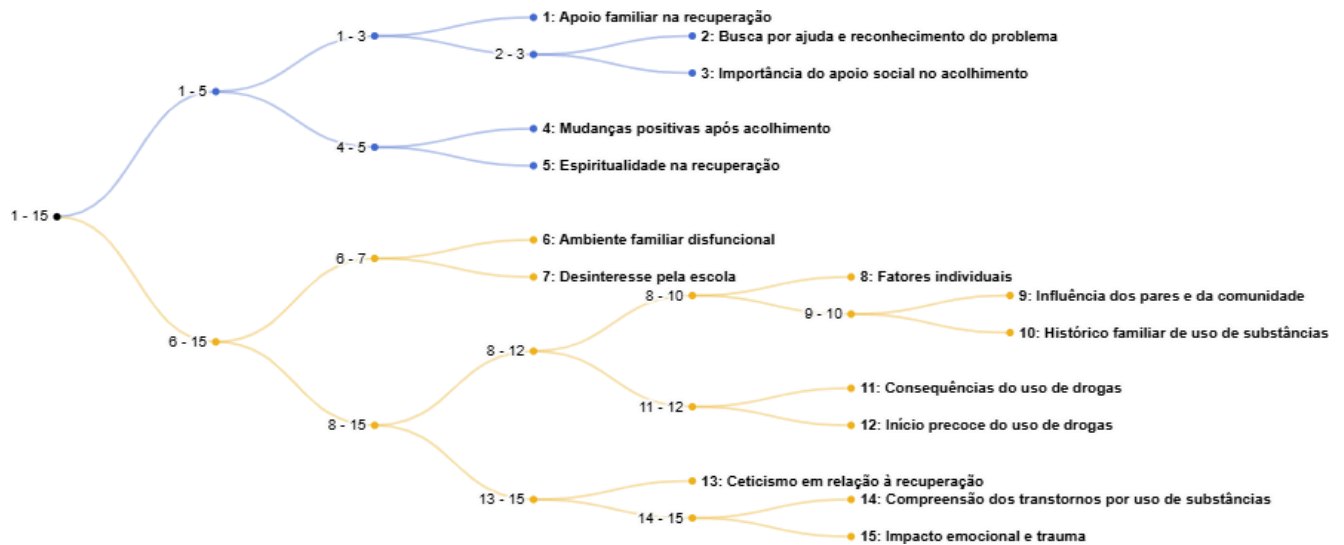
Esta *tag* revela uma complexa intersecção entre expectativas, experiências e realidades enfrentadas pelos indivíduos em tratamento. O ceticismo não é apenas uma resposta emocional, mas um reflexo de uma realidade onde as promessas de recuperação muitas vezes não se concretizam, resultando em desconfiança e frustração. Essa análise destaca a necessidade de uma abordagem mais crítica e reflexiva nas práticas de tratamento, que considere as vozes e experiências dos indivíduos como fundamentais para a construção de intervenções mais eficazes e significativas.

#### 12.3.4 Dendograma das categorias de análise

O *requalify.ai* processou um dendrograma que pode ser observado em detalhes na **Figura 25**. O dendrograma organizou as *tags* em *clusters*, agrupando aqueles que estão mais intimamente relacionados entre si, o que pode refletir a complexidade e a interconexão desses fatores no contexto do uso de substâncias psicoativas.

**Figura 25**

*Dendrograma das categorias de análise*



**Fonte:** Análise gráfica gerada pelo *requalify.ai*

A proximidade entre esses clusters no dendrograma sugere que intervenções que visam o contexto e melhorar o ambiente familiar podem ser mais eficazes quando implementadas em conjunto.

Os fatores de proteção, representados pelas categorias “Apoio familiar na recuperação”, “Busca por ajuda e reconhecimento do problema” e “Importância do apoio social no acolhimento” aparecem próximos no dendrograma. Isso reflete a ideia de que esses fatores atuam como mecanismos de resiliência, ajudando a mitigar os efeitos dos fatores de risco.

A distância entre os clusters de fatores de risco e proteção no dendrograma pode indicar a necessidade de abordagens diferenciadas para fortalecer os fatores de proteção, independentemente da redução dos fatores de risco.

A teoria bioecológica de Bronfenbrenner, apresentada no capítulo 5, oferece uma estrutura para entender como os fatores de risco e proteção estão interligados em diferentes níveis de influência (microssistema, mesossistema, exossistema, macrosistema e cronossistema). O dendrograma pode ser interpretado à luz dessa teoria, onde os clusters representam os diferentes sistemas e suas interações.

No dendrograma, os fatores relacionados ao microssistema, como práticas parentais, relações familiares e interações com pares (Bronfenbrenner, 1996), estão agrupados em um cluster próximo. Isso reflete a ideia de que o ambiente imediato do indivíduo (família, escola,



amigos) tem um impacto direto e significativo no desenvolvimento e no comportamento de uso de drogas. Por exemplo, as *tags* “Histórico familiar de uso de substâncias” e a “Influência de pares e da comunidade” estão próximos no dendrograma, indicando que esses fatores operam no mesmo nível de influência (microssistema) e podem se reforçar mutuamente.

O mesossistema, que envolve as interações entre os diferentes microssistemas, por exemplo, a relação entre a família e a escola (Bronfenbrenner & Morris, 2006), pode ser representado por clusters que conectam fatores familiares e escolares no dendrograma. Como por exemplo, as categorias analíticas “Ambiente familiar disfuncional” e “Desinteresse pela escola” aparecem próximos. Isso sugere que intervenções que promovem a colaboração entre família e escola podem ser particularmente eficazes na prevenção do uso de drogas.

A teoria de Bronfenbrenner enfatiza a importância dos processos proximais, que são as interações regulares e duradouras entre o indivíduo e seu ambiente (Bronfenbrenner & Evans, 2000). No dendrograma, esses processos podem ser representados por clusters que conectam fatores individuais e ambientais, como a relação entre as *tags* “Fatores individuais”, “Influência de pares e da comunidade” e “Histórico familiar de uso de substâncias”. Isso sugere que intervenções focadas em melhorar as interações entre o indivíduo e seu ambiente podem ser mais eficazes do que abordagens que focam apenas em um dos aspectos.

O dendrograma, ao agrupar fatores de risco e proteção, reflete a complexidade e a multidimensionalidade do uso de drogas, conforme destacado tanto no capítulo 4 quanto no capítulo 5. A teoria bioecológica de Bronfenbrenner fornece uma estrutura para entender como esses fatores operam em diferentes níveis de influência, desde o microssistema (ambiente imediato) até o macrossistema (contexto cultural e social).

Por exemplo, o uso de drogas por adolescentes pode ser influenciado por fatores do microssistema, como conflitos familiares, do mesossistema, como a falta de comunicação entre família e escola, do exossistema, como a disponibilidade de drogas no bairro e do macrossistema, como normas culturais que normalizam o uso de substâncias. O dendrograma, ao agrupar esses fatores, ajuda a identificar pontos de intervenção prioritários, como fortalecer os processos proximais no microssistema, melhorar as relações familiares e promover políticas públicas no exossistema, reduzindo a disponibilidade de drogas.

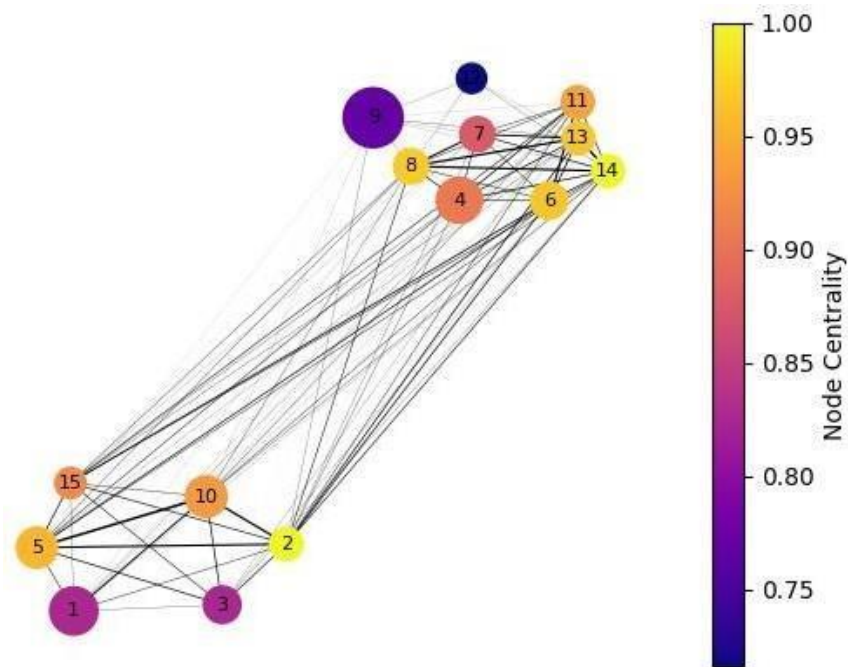
Além disso, a teoria de Bronfenbrenner destaca a importância do tempo, cronossistema, no desenvolvimento humano (Bronfenbrenner & Evans, 2000). No contexto do uso de drogas, isso significa que intervenções precoces, focadas em fortalecer os fatores de proteção durante a

infância e a adolescência, podem ter um impacto duradouro na prevenção do uso de substâncias na vida adulta.

### 12.3.5 Rede de similaridade

**Figura 26**

*Rede de similaridade das categorias de análise*



**Fonte:** Análise gráfica gerada pelo *requalify.ai*

**Legendas:**

1. Mudanças positivas após acolhimento
2. Apoio familiar na recuperação
3. Espiritualidade na recuperação
4. Consequências do uso de drogas
5. Busca por ajuda e reconhecimento do problema
6. Compreensão dos transtornos por uso de substâncias
7. Início precoce do uso de drogas
8. Influência dos pares e da comunidade
9. Ambiente familiar disfuncional
10. Importância do apoio social no acolhimento
11. Impacto emocional e trauma
12. Desinteresse pela escola
13. Histórico familiar de uso de substâncias
14. Fatores individuais

A rede de similaridade organiza as *tags*, onde cada categoria é um nó e a aresta é a sua relação com outra *tag*, indicando a similaridade semântica entre um nó e outro. Nós similares ficam mais próximos e tem uma aresta mais forte e nós mais dissimilares ficam distantes e com a aresta mais fraca. É possível notar a divisão entre dois clusters de nós.

Os nós mais centrais, representados por cores mais amareladas, são aqueles que possuem maior similaridade semântica com outras *tags*. A *tag* “Fatores individuais” em um cluster e “Apoio familiar na recuperação” do outro lado aparecem mais amarelas, isso indica que elas estão fortemente relacionadas a outras *tags* e por isso são mais generalistas.

O tamanho dos nós reflete a frequência com que a *tag* apareceu nas entrevistas. *Tags* maiores, como “Ambiente familiar disfuncional” ou “Mudanças positivas após acolhimento”, indicam que essas categorias foram mencionadas com maior frequência pelos participantes, sugerindo que são temas recorrentes e importantes na experiência dos usuários de substâncias.

A proximidade entre os nós e a força das arestas indicam que algumas *tags* estão semanticamente relacionadas. “Ambiente familiar disfuncional” está próxima de “Histórico familiar de uso de substâncias” e “Impacto emocional e trauma”, indicando que esses temas estão interligados. Isso reflete a ideia de que o ambiente familiar e as experiências traumáticas na infância podem levar ao uso precoce de substâncias e a dificuldades emocionais na vida adulta, conforme discutido por Bronfenbrenner (1996) e Benghozi (2001).

Outro ponto de discussão é a relação entre “Espiritualidade na recuperação” e “Apoio social no acolhimento”. Essas *tags* estão próximas na rede, indicando que a espiritualidade e o suporte social são vistos como fatores complementares no processo de recuperação.

A rede também mostra que *tags* “Início precoce do uso de drogas” e “Influência dos pares e da comunidade” estão próximas, sugerindo que o início do uso de substâncias está relacionado à influência de amigos e ao contexto social. Isso corrobora com a literatura que aponta que a pressão dos pares e a normalização do uso de drogas em certos ambientes são fatores de risco significativos para o início precoce do consumo (Kosterman et al., 2000; Torales et al., 2018).

Da mesma forma, “Consequências do uso de drogas” está próxima de “Busca por ajuda e reconhecimento do problema”, indicando que a percepção das consequências negativas do uso de substâncias é um fator motivador para a busca por tratamento, conforme observado por Silva et al. (2010).

A rede de similaridade pode revelar que *tags* como “Mudanças positivas após acolhimento” e “Compreensão dos transtornos por uso de substâncias” estão conectadas, sugerindo que a compreensão da natureza crônica dos transtornos por uso de substâncias e a percepção de mudanças positivas durante o tratamento são fatores que se reforçam mutuamente. Isso ressalta a importância de intervenções que promovam a conscientização sobre a adição e a motivação para a mudança, conforme discutido por Malivert et al. (2012) e Chinman et al. (2018).

A rede de similaridade oferece uma visão clara das interconexões entre as diferentes categorias analíticas, destacando como fatores familiares, sociais e individuais estão interligados no contexto do uso de substâncias e da recuperação. A centralidade de certas *tags*, como "Ambiente familiar disfuncional" e "Mudanças positivas após acolhimento", sugere que esses são temas fundamentais que permeiam as experiências dos usuários e devem ser considerados em intervenções terapêuticas. Além disso, a proximidade entre *tags* como "Início precoce do uso de drogas" e "Influência dos pares e da comunidade" reforça a necessidade de abordagens preventivas que considerem o contexto social e familiar dos indivíduos.

#### **12.4 Limitações e vieses do estudo**

Como limitações desse estudo foi possível identificar que ele contou com uma amostra pequena de 19 participantes (13 homens e 6 mulheres), o que limita a generalização dos resultados. Além disso, a maioria das comunidades terapêuticas (CTs) visitadas eram masculinas, o que pode ter influenciado os resultados, especialmente em relação às questões de gênero.

Foi observado também um viés de seleção, pois a participação foi voluntária, o que pode ter atraído indivíduos mais engajados ou com experiências mais positivas em relação ao tratamento. Podendo ter influenciado os resultados, especialmente em relação às percepções de mudanças positivas após o acolhimento.

O viés de resposta também foi identificado, pois as entrevistas foram realizadas dentro das CTs, fazendo com que se sentissem pressionados a relatar experiências mais positivas ou a omitir críticas ao tratamento.

Os dados foram coletados, principalmente, por meio de entrevistas, o que significa que os resultados são baseados em relatos subjetivos dos participantes. Introduzindo o viés de memória ou de interpretação. O viés de memória está relacionado à dificuldade de lembrar eventos passados com precisão, enquanto o viés de interpretação está ligado à forma como esses

eventos são compreendidos e relatados, tanto pelos participantes quanto pelos pesquisadores. Ambos podem distorcer os resultados de uma pesquisa, especialmente quando se baseiam em relatos subjetivos, o que é comum em delineamentos qualitativos.

Apenas três das nove CTs conveniadas ao estado do Rio de Janeiro aceitaram participar do estudo, o que pode indicar uma possível resistência de outras instituições em relação à pesquisa ou à transparência de suas práticas.

Todas as CTs participantes se autodeclararam evangélicas, limitando a diversidade de abordagens terapêuticas analisadas. Isso pode ter influenciado os resultados, especialmente em relação à espiritualidade como fator de recuperação, além da possível omissão da real orientação sexual.

A maioria dos participantes se autodeclarou preta ou parda e apenas uma CT era exclusivamente feminina, o que pode limitar a compreensão de como questões raciais e de gênero influenciam o tratamento em diferentes contextos.

Identificou-se a dificuldade em medir resultados de longo prazo, pois o estudo focou em participantes com pelo menos 30 dias de acolhimento, mas não os acompanhou após a saída das CTs. Portanto, não foi possível avaliar, mesmo que tenham relatado mudanças positivas no acolhimento, a eficácia do tratamento a longo prazo ou a taxa de recaídas.

Por fim, o estudo não comparou os resultados das CTs com outras formas de tratamento, como terapias ambulatoriais ou programas de redução de danos, limitando sua capacidade de avaliar a eficácia relativa desta modalidade de tratamento para o uso de drogas.

### 13 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que as comunidades terapêuticas (CTs) podem desempenhar um papel importante no tratamento de indivíduos com transtornos por uso de substâncias, especialmente no que diz respeito ao suporte social entre pares e à espiritualidade como fatores de recuperação. No entanto, também destacou a necessidade de abordagens mais inclusivas e diversificadas, que considerem as especificidades de gênero, raça e contexto social.

A pesquisa confirmou a importância das relações proximais, tanto na infância quanto na vida adulta, como fatores determinantes para o início do uso de substâncias e para a recuperação. A violência familiar e a falta de cuidado parental foram identificadas como fatores de risco significativos, enquanto o suporte social entre pares nas CTs foi visto como um fator de proteção.

A espiritualidade emergiu como um elemento central no processo de recuperação, especialmente pelo fato das CTs serem de orientação evangélica. No entanto, é importante garantir que as práticas religiosas não sejam impostas e que sejam respeitadas as crenças individuais dos acolhidos.

Os resultados sugerem que as CTs podem ser eficazes para alguns indivíduos, mas não são uma solução universal. É necessário integrar diferentes abordagens terapêuticas, como a redução de danos e o tratamento ambulatorial, para oferecer opções mais personalizadas e inclusivas.

Foi observado também que a prevenção do uso de substâncias deve considerar os fatores de risco identificados, como a violência familiar e o desinteresse escolar. Intervenções precoces, focadas no fortalecimento dos vínculos familiares e no engajamento escolar, podem ser mais eficazes do que o tratamento após o início do uso de drogas.

As políticas públicas sobre drogas devem ser revisadas para garantir que as CTs sejam fiscalizadas adequadamente e que ofereçam tratamentos baseados em evidências científicas. Além disso, é necessário investir em mais instituições voltadas para o acolhimento de mulheres e em abordagens que considerem as questões de gênero e raça.

O estudo destacou a importância de ouvir as experiências dos usuários para entender suas necessidades e expectativas em relação ao tratamento. Isso pode ajudar a desenvolver intervenções mais eficazes e humanizadas.

Em suma, o estudo oferece *insights* valiosos sobre o papel das CTs no tratamento dos transtornos por uso de substâncias, mas também aponta para a necessidade de reformulações

nas práticas e políticas públicas, com foco na diversidade, inclusão e respeito às individualidades dos usuários.

O tráfico e consumo de crack tomaram uma dimensão tão relevante no Brasil que podem ser considerados uma emergência. Mas emergência não é só urgência de resposta, também se trata de emergir, vir à tona, e, nesse sentido, um fenômeno emergente em saúde pública requer a proposição e utilização de novas formas de pensar. Para além dos desafios metodológicos relacionados a compreensão e dimensionamento da questão, sejam quais forem as determinações do consumo abusivo de substâncias psicoativas, o Estado e a sociedade devem submeter as políticas públicas e as opções terapêuticas ao escrutínio da pesquisa empírica e da reflexão crítica (Bastos, 2012).

Acredita-se que, a partir desse estudo, informações relevantes quanto as dinâmicas familiares dos usuários foram encontradas, sendo úteis para a elaboração futuros programas de prevenção ao uso de substâncias ligados à saúde e à educação. Além de oferecer dados que podem enriquecer a discussão quanto ao suporte social de pares, enquanto metodologia de tratamento utilizada pelas CTs e sua relevância no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas.

Promovendo assim, uma discussão política que enriquece os diálogos na academia e nos diversos âmbitos de atuação do psicólogo que se propõe lidar com os desafios relacionados ao tratamento dos transtornos por uso de substâncias.

## 14 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2015). Men, masculinity, and the contexts of help-seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>
- Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST, versão 3.0). Organização Mundial de Saúde (OMS). [https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340498167assist\\_portuguese.pdf](https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340498167assist_portuguese.pdf)
- Alvarenga, P. A., Weber, L. N., & Bolsoni-Silva, A. T. (2016). Cuidados parentais e desenvolvimento socioemocional na infância e na adolescência: Uma perspectiva analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(1), 4-21.
- Alves, C., Ribas, V., Alves, E., Viana, M., Ribas, R. M. G., Júnior, L., Martins, H., Lima, M., & Manhães-de-Castro, R. (2009). Uma breve história da Reforma Psiquiátrica. *Neurobiologia*, 72, 85-96. [https://www.researchgate.net/profile/Valdenilson-Ribas/publication/341446537\\_Uma\\_breve\\_historia\\_da\\_reforma\\_psiquiatrica/links/60d8d3a392851ca9448fd299/Uma-breve-historia-da-reforma-psiquiatrica.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Valdenilson-Ribas/publication/341446537_Uma_breve_historia_da_reforma_psiquiatrica/links/60d8d3a392851ca9448fd299/Uma-breve-historia-da-reforma-psiquiatrica.pdf)
- Alves, H. N. P., Ribeiro, M., & Castro, D. S. (2011). Cocaína e Crack. In Diehl, A., Cordeiro, D. C. & Laranjeira, R. (Eds.). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 170-179). Artmed.
- Alves, T. M., & Rosa, L. C. dos S. (2016). Usos de substâncias psicoativas por mulheres: a importância de uma perspectiva de gênero. *Revista Estudos Feministas*, 24(2), 443-462. <https://doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n2p443>
- Arnett, J. J. (2015). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Oxford University Press. <https://global.oup.com/academic/product/emerging-adulthood-9780199929382>
- Associação Brasileira de Psiquiatria (n.d.). *Cartilha para intervenção em catástrofes*. Projeto Psiquiatria para uma vida melhor. Governo do Estado de Santa Catarina. <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/desastre-de-origem-natural/2961-cartilha-catastrofes-2009/file>
- Bahls, F. R. C. & Ingbermann, Y. K. (2005) Desenvolvimento escolar e abuso de drogas na adolescência. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 22(4), 395-402. [https://www.scielo.br/j/estpsi/a/qnFJjJhLWzf5tS84krp3MTN/?format=pdf&lang=pt&utm\\_source=chatgpt.com](https://www.scielo.br/j/estpsi/a/qnFJjJhLWzf5tS84krp3MTN/?format=pdf&lang=pt&utm_source=chatgpt.com)



- Bardi, G., & Garcia, M. L. T. (2022). Comunidades terapêuticas religiosas: entre a salvação pela fé e a negação dos seus princípios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(4), 1557–1566. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.05152021>
- Barreto, C. A. (2016). Paradigma sistêmico no desenvolvimento humano e familiar: a Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Psicologia em Revista*, 22(2), 275-293. <https://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2016V22N2P275>
- Bassuk, E. L., Hanson, J., NeilGreene, R., Richard, M. & Laudet, A. (2016). Peer-Delivered Recovery Support Services for Addictions in the United States: A Systematic Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 63, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.01.003>
- Bastos, F. I. (2012). Crack no Brasil: uma emergência de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 28(6), 1016-1017. <https://www.scielo.org/pdf/csp/2012.v28n6/1016-1017/pt>
- Benghozi, P. (2001). Traumatismos precoces da criança e transmissão genealógica em situação de crises e catástrofes humanitárias: desemalhar e reemalhar continentes genealógicos familiares e comunitários. In O. Correa, (Org.), *Os avatares da transmissão psíquica geracional* (pp. 89-100). Escuta.
- Bensley, L. S., Spieker, S. J., Van Eenwyk, J., & Schoder, J. (1999). Self-reported abuse history and adolescent problem behaviors. II. Alcohol and drug use. *Journal of Adolescent Health*, 24(3), 173-180. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X98001128>
- Bernardy, C. C. F., & Oliveira, M. L. F. (2010). O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44, 11–17. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000100002>
- Brandão, C. C., Mendonça, A. V. M., & Sousa, M. F. O. (2023). Ministério da Saúde e a gestão do enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. *Saúde em Debate*, 47(137), 58-75. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313704>
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. (M. A. V. Veronese, Trad.). Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U., & Evans, G. W. (2000). Developmental Science in the 21 st Century: Emerging Questions, Theoretical Models, Research Designs and Empirical Findings. *Social Development*, 9(1), 115–125. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00114>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology*, Vol. 1: Theoretical models of human development (pp. 993-1028). John Wiley.

- Calsavara, T. V. S., & Fontanella, B. J. B. (2007). Uso de tabaco iniciado na infância: relatos de adultos em tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(4), 252-259. <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/CxptFKt6NFMN5kctx3CPbQg/?lang=pt>
- Cardoso, L. R. D. & Malbergier, A. (2014) A influência dos amigos no consumo de drogas entre adolescentes. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 31(1) I, 65-73. [https://www.researchgate.net/publication/274363507\\_A\\_influencia\\_dos\\_amigos\\_no\\_consumo\\_de\\_drogas\\_entre\\_adolescentes](https://www.researchgate.net/publication/274363507_A_influencia_dos_amigos_no_consumo_de_drogas_entre_adolescentes)
- Chagas, C., Paula, T. C. S. & Galduróz, J. C. F. (2021). A linguagem e o estigma: os termos utilizados na área de álcool e outras drogas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30, e2020921. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100024>
- Centre for Reviews and Dissemination (UK). (1999). *Therapeutic community effectiveness: a systematic international review of therapeutic community treatment for people with personality disorders and mentally disordered offenders*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK67920/>
- Chinman, M., McCarthy, S., Bachrach, R. L., Mitchell-Miland, C., Schutt, R. K., & Ellison, M. (2018). Investigating the Degree of Reliable Change Among Persons Assigned to Receive Mental Health Peer Specialist Services. *Psychiatric Services*, 69(12), 1238–1244. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800118>
- Conselho Federal de Psicologia (Brasil). (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. CFP. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia (Brasil). (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017*. CFP. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia (Brasil). (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas de álcool e outras drogas* (2ª ed.). CFP. [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/09/AlcooleOutrasDrogas\\_web-FINAL.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/09/AlcooleOutrasDrogas_web-FINAL.pdf)
- Coltro, B. P., Paraventi, L., & Vieira, M. L. (2020). Relações entre Parentalidade e Apoio Social: revisão Integrativa de Literatura. *Contextos Clínicos*, 13(1), 244–269. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822020000100013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822020000100013)
- Couteur, P. L., & Bureson, J. (2006). *Os botões de Napoleão: as 17 moléculas que mudaram a história* (M. L. X. de A. Borges, Trad.). Zahar.

- Crocetti, E., et al. (2016). Identity formation in adolescence: The dynamic of forming and consolidating identity commitments. *Child Development Perspectives*, 10(3), 145-150. <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cdep.12175>
- Cruz, N. F. de O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: O desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18, e00285117. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
- Dalgalarondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (3ª ed.). Artmed.
- De Leon, G. (2014) *A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método* (5ª ed.). Edições Loyola.
- Decreto nº 20.930, de 11 de janeiro de 1932. Fiscaliza o emprego e o comércio das substâncias tóxicas entorpecentes, regula a sua entrada no país de acordo com a solicitação do Comitê Central Permanente do Ópio da Liga das Nações, e estabelece penas. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20930-11-janeiro-1932-498374-publicacaooriginal-81616-pe.html>
- Deus, M. D. DE, Zappe, J. G., & Vieira, M. L. (2022). Envolvimento, práticas parentais e jornada de trabalho de mães de crianças pré-escolares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 38, e38513. <https://www.scielo.br/j/ptp/a/FQmzNb7D6QdRYSh6QDrvJFD/>
- Diniz, L. (2022). O barato do ovo. *Revista Veja*. <https://veja.abril.com.br/coluna/coluna-da-lucilia/o-barato-do-ovo>
- Domingues, M. R. C. & Domingues, T. L. C. (2007) *Adolescência: mudança e definição*. Trabalho apresentado no I Encontro Científico e I Encontro de Educação UNISALESIANO - Ensino, Pesquisa e Extensão: novas soluções para novos desafios. UNISALESIANO, São Paulo.
- Duarte, D. F. (2005). Uma breve história do ópio e dos opioides. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 55(1). <https://www.scielo.br/j/rba/a/jphPg6dLHxQJDsxGtgmhjfJ/abstract/?lang=pt>
- Edital de Credenciamento Público nº 8/2023. (2023). *Diário Oficial da União, de 01 de novembro de 2023*. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome/Gabinete do Ministro, 208(3), p.59.
- Ellis, B. J., Figueredo, A. J., Brumbach, B. H., & Schlomer, G. L. (2009). Fundamental dimensions of environmental risk: the impact of harsh versus unpredictable environments on the evolution and development of life history strategies. *Human Nature*, 20. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12110-009-9063-7>

- Escohotado, A. (2004). *História Elementar das drogas* (J. Colaço Barreiros Trad.). Antígona.
- Feitosa, A. N. C., & Filho, C. G. (2020). *Processo de trabalho em comunidade terapêutica e a política sobre drogas no Brasil*. Quipá Editora.  
<https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/582163/1/LIVRO%20processo%20trabalho%20comunidade%20terapeutica.pdf>
- Ferreira, P. M., & Martini, R. K. (2001). Cocaína: lendas, história e abuso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2).  
<https://www.scielo.br/j/rbp/a/WpZNRHsqk8sMtmWNFSyCxDz/?format=pdf&lang=pt>
- Filho, L. M. (2012). *Comunidades Terapêuticas I*. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia, Paraná - Educação A Distância. Sistema Escola Técnica Aberta do Brasil - e-Tec Brasil. Curitiba, PR.  
<http://proedu.rnp.br/bitstream/handle/123456789/1407/Comunidades%20Terapeuticas%20I.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023.  
<https://forumseguranca.org.br/wpcontent/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>.
- Foucault, M. (2012). *História da Loucura: na idade clássica* (J. T. Coelho Neto, Trad.). Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1961)
- Freud, S. (1996). *Luto e Melancolia*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, Imago. (Trabalho original publicado em 1917)
- Fundação Oswaldo Cruz. (2018). *III Levantamento Nacional de Uso de Drogas pela População Brasileira*. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz.  
<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>
- Garcia, J. J., Pillon, S. C., & Santos, M. A. dos. (2011). Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 753–761. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000700013>
- Gomes, L. (2019) *Escravidão: Vol. 1 Do primeiro leilão de cativos em Portugal até a morte de Zumbi dos Palmares*. Globo Livros. Edição do Kindle.
- Guimarães, A. N. et al. (2019). Adolescents coexisting with drug users: experiences in the light of the bioecological model / Adolescentes no convívio com usuários de drogas: vivências à luz do modelo bioecológico. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 11(1), 40-46. <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6447>

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2021). *Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2019*. Coordenação de População e Indicadores Sociais. IBGE.
- Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas – FIOCRUZ. (2020) *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual de uso na atenção primária* [recurso eletrônico] (2020). Humeniuk, R. et al. FIOCRUZ/ INI. Publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2010 com o título *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) manual for use in primary care*. Tradução e publicação do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas – FIOCRUZ, com revisão técnica de Raquel Brandini De Boni, a partir de uma permissão OMS. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/43471/Alcohol%2c%20Smoking%20and%20Substance%20Involvement%20Screening%20Test%20%28ASSIST%29-%20%20Manual%20de%20uso%20na%20aten%c3%a7%c3%a3o%20prim%c3%a1ria.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Instituto Patrícia Galvão; Inteligência em Pesquisa e Consultoria. (2022). *Percepções sobre controle, assédio e violência doméstica: vivências e práticas*. Pesquisa de opinião. [https://assets-dossies-ipv2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2022/09/2022\\_IPG\\_Ipec\\_Pesquisa-Percepcoes-sobre-controle-assedio-e-violenci-domestica-vivencis-e-praticas-1.pdf](https://assets-dossies-ipv2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2022/09/2022_IPG_Ipec_Pesquisa-Percepcoes-sobre-controle-assedio-e-violenci-domestica-vivencis-e-praticas-1.pdf)
- Instituto de Segurança Pública (2023). *Segurança em números 2022*, Secretaria de Estado da Casa Civil, Governo do Estado do Rio de Janeiro. [http://arquivo.proderj.rj.gov.br/isp\\_imagens/Uploads/SN2022\\_rev.html](http://arquivo.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Uploads/SN2022_rev.html)
- Jorge, K. O., Ferreira, R. C., Ferreira, E. F., Kawachi, I., Zarzar, P. M., & Pordeus, I. A. (2018). Influência do grupo de pares e uso de drogas ilícitas entre adolescentes brasileiros: um estudo transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(3), e00144316. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00144316>
- Kosterman, R., Hawkins, J. D., Guo, J., Catalano, R. F., & Abbott, R. D. (2000). The dynamics of alcohol and marijuana initiation: Patterns and predictors of first use in adolescence. *American Journal of Public Health*, 90(3), 360-366. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1446176/pdf/10705852.pdf>
- Latour, B. (2008). Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. In J. A. Nunes & R. Roque (Orgs.), *Objetos impuros: Experiências em Estudos sobre a Ciência* (pp. 39-61, G. Praça Trad.). Afrontamento.

- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.* Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)
- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.* Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.* Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)
- Lyons, N., Cooper, C., & Lloyd-Evans, B. (2021). A systematic review and meta-analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health conditions. *BMC Psychiatry*, 21(1), 315. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03321-z>
- Macarini, S. M., & Martins, G. D. F. (2010). Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62(1). [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672010000100013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672010000100013)
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., & Knox, V. J. (2015). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*, 10(6), 574-582. <https://doi.org/10.1080/13607860600641200>
- Magor-Blatch, L., et al. (2014). A systematic review of studies examining effectiveness of therapeutic communities. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 35(4), 168–184. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12110-009-9063-7>
- Malivert, M., et al. (2012). Effectiveness of Therapeutic Communities: A Systematic Review. *European Addiction Research*, 18, 1–11.
- Malta, D. C., Porto, D. L., Melo, F. C. M., Monteiro, R. A., Sardinha, L. M. V., & Lessa, B. H. (2011). Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14, 166–177. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500017>
- Martins, E., & Szymanski, H. (2004). A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 4(1). [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1808-42812004000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1808-42812004000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
- Martins, L. F.; Souza, F. R. & Freitas, J. M. (2024). *requalify.ai (Version 0.1)* [online software]. <https://requalify.ai>

- Ministério da Cidadania. (2021). *Política de Redução da demanda por drogas*. <https://www.mds.gov.br/webarquivos/cidadania/TCU/SENAPRED/SENAPRED%20-%20Informes%20da%20Gest%C3%A3o%2004-2021.pdf>
- Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2004). O Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano. In S. H. Koller (Org.), *Ecologia do Desenvolvimento Humano: Pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 51-66). Casa do Psicólogo. [https://books.google.com.br/books?id=Ntljjs0UtGUC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=Ntljjs0UtGUC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- Nery Filho, A. et al. (Orgs.) (2012) *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Coleção Drogas: Clínica e Cultura. CETAB/ UFBA. EDUFBA. [https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/7895/1/As\\_drogas\\_na\\_contemporaneidade\\_RI.pdf](https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/7895/1/As_drogas_na_contemporaneidade_RI.pdf)
- Nota técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, de 04 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>.
- Nunes, L. M., & Jóluskin, G. (2007). O uso de drogas: breve análise histórica e social. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, Porto, (4), 230-237. <https://core.ac.uk/download/pdf/61007124.pdf>
- Oliveira, J. F. de, Nascimento, E. R. do, & Paiva, M. S. (2007). Especificidades de usuários(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(4), 694-698. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000400022>
- Ozella, S. (2002) Adolescência: Uma perspectiva crítica. In M. L. J. Contini, S H, Koller & M. N. S. Barros (Orgs.). *Adolescência & Psicologia: Concepções, práticas e reflexões críticas* (pp. 16-24). Conselho Federal de Psicologia. <http://www.crprj.org.br/publicacoes/cartilhas/adolescencia.pdf>
- Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: Construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23, 154–162. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100017>
- Pechansky, F., Diemen, L. V., Micheli, D., & Amaral, M. B. (2017). Fatores de risco e de proteção em diferentes grupos de usuários: adolescentes, idosos, mulheres e indígenas. In P. C. A. V. Duarte & M. L. O. S. Formigoni (Orgs.), *O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1* (11ª ed., Cap. 4, pp. 71-92). Secretaria Nacional de Políticas sobre

- Drogas, SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/198390/001097762.pdf?sequence=1>
- Perrone, P. A. K. (2014). A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(02). <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013>
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], 16(12), 4579-4589. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.* Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
- Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.* Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Revogada pela Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023.
- Portaria GM/MC nº 562, de 19 de março de 2019.* Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED). Revogada pela Portaria GM/MDS nº 926, de 20 de outubro de 2023. [https://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2019/09/20/14\\_36\\_34\\_549\\_Portaria\\_n%C2%BA\\_562\\_de\\_19\\_de\\_mar%C3%A7o\\_de\\_2019.pdf](https://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2019/09/20/14_36_34_549_Portaria_n%C2%BA_562_de_19_de_mar%C3%A7o_de_2019.pdf)
- Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023.* Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0757\\_22\\_06\\_2023.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0757_22_06_2023.html)
- Portaria GM/MDS nº 926, de 20 de outubro de 2023.* (2023). Estabelece diretrizes em âmbito nacional para fiscalização e monitoramento dos serviços prestados por Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-mds-n-926-de-20-de-outubro-de-2023-518009210>



- Pozzer, M. R. O., & Neuhold, R. R. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 707-717.  
<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341755017.pdf>
- Quinderé, P. H. D., Jorge, M. S. B., & Franco, T. B. (2014). Rede de Atenção Psicossocial: Qual o lugar da saúde mental? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24, 253-271.  
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>
- Raupp, L., & Adorno, R. de C. F. (2011). Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2613-2622.  
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500031>
- Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)
- Resolução - RDC Nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029\\_30\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html)
- Ribas, P. G. L., Silva, T. M. G., Lara, Â. M. B., & Silva, J. L. L. (2024). Perfil de mulheres em comunidades terapêuticas e impactos multidimensionais do uso de substâncias psicoativas. *Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente*, 9(3), Fluxo Contínuo, 124-137.  
<https://doi.org/10.17564/2316-3798.2024v9n3p124-137>
- Rufato, L. S. (2022). *Contribuições do suporte de pares para o recovery em saúde mental: Grupo de ouvidores de vozes*. (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.  
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59141/tde-20072022-095456/>
- Saad, L. (2018). *Fumo de negro: a criminalização da maconha no pós-abolição*. Coleção Drogas: Clínica e Cultura CETAD/ UFBA. EDUFBA.  
<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/32169/1/fumo-negro-RI.pdf>
- Santos, M. P. G. (2018). Comunidades Terapêuticas e a disputa entre modelos de atenção e cuidado a usuários de drogas. *Boletim de Análise Político Institucional*, 18, 81-90.

[https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8846/12/bapi\\_18\\_comunidades\\_therapeuticas.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8846/12/bapi_18_comunidades_therapeuticas.pdf)

- Schenker, M., & Minayo, M. C. de S. (2004). A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3), 649–659. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300002>
- \_\_\_\_\_. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet], 10(3), 707–17. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300027>
- Sequeira, J. P. (2003). *As origens psicológicas da toxicomania*. Dissertação (Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica) - Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/916/1/DM%20SEQU-J1.pdf>
- Silva, A. C. C. S. & Adan. L. F. F (2003). Crescimento em meninos e meninas com puberdade precoce. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 47 (4), 422-431. <http://www.scielo.br/pdf/%0D/abem/v47n4/a14v47n4.pdf>
- Silva, L. H. P., Borba, L. O., Paes, M. R., Guimarães, A. N., Mantovani, M. F., & Maftum, M. A. (2010). Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. *Escola Anna Nery*, 14(3), 585–590. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300021>
- Soares, M. K. & Maciel, N. C. A. (2023). *A questão racial nos processos criminais por tráfico de drogas dos tribunais estaduais de justiça comum: uma análise exploratória*. Ipea. (Diest: Nota Técnica 61). [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12439/1/NT\\_61\\_Diest\\_Questao\\_Racial.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12439/1/NT_61_Diest_Questao_Racial.pdf)
- Sussman, S., Dent, C. W., & Galaif, E. R. (1997). The correlates of substance abuse and dependence among adolescents at high risk for drug abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9494952/>
- Takahara, A. H., Furino, V., Marques, A. C., Zerbetto, S., & Furino, F. (2017). Relações familiares, álcool e outras drogas: uma revisão integrativa. *Revista de APS*, 20(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15999>
- Targino, J. (2017a). Interfaces entre gênero e dependência química: trajetórias femininas. *Ideias*, 8(2), 177–196. <https://doi.org/10.20396/ideias.v8i2.8650126>

- \_\_\_\_\_. (2017b). Estudo de caso sobre comunidades terapêuticas religiosas. *Ciencias Sociales y Religión*, 19(26), 75–92. <https://doi.org/10.22456/1982-2650.67193>
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [online], 9(1), 25-59. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>
- Terroso, L. B. & Argimon, I. I. L. (2013). Drogadição e adolescência: uma revisão. *Psicologia.pt*. ISSN 1646-6977. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0709.pdf>
- Torales, J., González, I., Castaldelli-Maia, J., Waisman, M., & Ventriglio, A. (2018). Early age of onset of drug use in Paraguayan children and adolescents: A public health challenge. *Medicina Clínica y Social*, 2(2), 102-107. <https://www.medicinaclinicaysocial.org/index.php/MCS/article/download/56/55>
- United Nation Office on Drugs and Crime. (2022). *Informe mundial sobre las drogas 2022* (publicación de las Naciones Unidas).
- Vaitsman, J., Andrade, G. R. B., & Farias, L. O. (2009). Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 731-741. <https://www.scielo.br/j/csc/a/kv7MJrxjLCWw7xkK5Z4nh5M/?format=pdf&lang=pt>
- Wagner, M. F., & Oliveira, M. S. (2009). Estudo das habilidades sociais em adolescentes usuários de maconha. *Psicologia Em Estudo*, 14(1), 101–110. <https://www.scielo.br/j/pe/a/tsfxRDPXnDHBYMfWVRrd7xH/>

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**Pesquisa:** Impacto das relações proximais no uso de drogas

**Pesquisadora:** Marcella de Souza Rosa-Pereira.

**E-mail:** marcelli.srosa@gmail.com/ **Tel.:** (21) 98586-0707

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Fontes Pessoa

**E-mail:** luciana\_pessoa@puc-rio.br

### **1. Natureza da pesquisa**

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, que tem dentre outras finalidades, investigar o impacto da relação com seus pais durante sua infância e com outros usuários de drogas em recuperação durante a vida adulta. A pesquisa está sendo desenvolvida pelo Grupo de Pesquisas Desenvolvimento: Biologia & Cultura (DBC) da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio).

As instituições participantes desta pesquisa estão conveniadas no Sistema de Convênios do Estado do Rio de Janeiro (CONVERJ) e foram indicadas pela Subsecretaria de Prevenção à Dependência Química (SUBPREDQ) ligada a Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos (SEDSDH) do Governo do Estado do Rio de Janeiro.

### **2. Participantes da pesquisa**

Participarão da pesquisa 20 homens e 20 mulheres do estado do Rio de Janeiro, que tenham entre 18 e 59 anos, com diagnóstico de transtornos por uso de substâncias e acolhidos em Comunidades Terapêuticas (CTs).

### **3. Envolvimento na pesquisa**

Ao participar deste estudo você deverá concordar em assinar este termo de consentimento, em duas vias em que uma ficará com o participante e outra com a pesquisadora, fazer um teste sobre o uso de drogas (ASSIST), responder um breve questionário de dados sociodemográficos e, por fim, responder seis questões abertas que

serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas, na medida do possível, sem limite de tempo pré-determinado. A entrevista será realizada presencialmente nas unidades de acolhimento onde estiver sendo acolhido. O tempo total previsto para a entrevista é de 40 minutos, 20 minutos para as perguntas semiabertas que serão gravadas em áudio e 20 minutos para a aplicação do ASSIST e preenchimento dos demais documentos.

Você tem a liberdade de recusar a participação em qualquer etapa deste estudo sem qualquer prejuízo para você ou para sua família. A qualquer momento você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa e se precisar poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (21) 985860707 ou então na PUC-Rio, Rua Marquês de São Vicente, 225, Edifício Cardeal Leme, 2º andar, Gávea - Rio de Janeiro, RJ – Brasil, CEP 22451-900 - Cx. Postal: 38097.

#### **4. Riscos e desconfortos**

A participação nesta pesquisa não oferece riscos, talvez ela possa causar apenas um pequeno sentimento de timidez que algumas pessoas podem sentir diante de questionários.

#### **5. Confidencialidade**

Será oferecida a garantia do sigilo dos dados de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) (*Lei nº 13.709*, de 14 de agosto de 2018) em que se garante que os dados serão utilizados exclusivamente para a realização de estudos por órgãos de pesquisa, garantido o anonimato dos dados pessoais. Todas as informações coletadas neste estudo são confidenciais. Os relatos de pesquisa serão identificados por códigos. Apenas a pesquisadora terá conhecimento dos dados, que não serão considerados individualmente e, sim, em conjunto. Os dados da pesquisa também poderão ser publicados, utilizados para fins de ensino e durante encontros e debates científicos, mas sempre garantindo o anonimato dos participantes.

Os dados da pesquisa farão parte do acervo do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, no Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica

do Rio de Janeiro, ficando disponíveis apenas para consulta de pessoas autorizadas. Todos os materiais da pesquisa ficarão armazenados em arquivo no computador com login e senha restritos ao Grupo de Pesquisa Desenvolvimento: Biologia & Cultura (DBC), ambos localizados na PUC-Rio, sob guarda e responsabilidade da pesquisadora e sua orientadora, pelo período de 5 anos. Após esse período, todos os arquivos serão destruídos.

## **6. Benefícios**

Ao participar desta pesquisa você não deverá ter nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que estes dados nos deem informações importantes sobre como as relações proximais podem impactar os sujeitos com transtornos por uso de substâncias. No futuro, essas informações poderão ser usadas em benefício de outros homens e mulheres, em projetos de promoção ou prevenção ligados à saúde e à educação, além da criação de políticas públicas que minimizem o impacto social do uso/ abuso do álcool e outras drogas na sociedade.

## **7. Pagamento**

Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, e nada será pago por sua participação.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa.

---

**Nome do participante:** \_\_\_\_\_

---

**Local e Data**

---

**Marceli de Souza Rosa Pereira**

Código

## Inventário de dados sociodemográficos

### DADOS PESSOAIS

1. Sexo: ( ) F ( ) M Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_

Orientação sexual: \_\_\_\_\_ Raça/ cor: \_\_\_\_\_

2. Escolaridade:

- ( ) Não alfabetizado
- ( ) Ensino fundamental incompleto (está entre o 1º e o 9º ano)
- ( ) Ensino fundamental completo (concluiu o 9º ano)
- ( ) Ensino médio incompleto (está entre o 1º e o 3º ano)
- ( ) Ensino médio completo (concluiu o 3º ano)
- ( ) Ensino superior incompleto (está na faculdade)
- ( ) Ensino superior completo (concluiu faculdade)
- ( ) Pós-graduação

3. Você tem religião?

- ( ) Não tem
- ( ) Tem e mas não vai
- ( ) Tem, mas vai às vezes
- ( ) Tem e vai sempre

3.1 Se você tem religião, qual é? \_\_\_\_\_

3.2 Seus pais têm/ tinham religião? ( ) Não

( ) Sim, qual? \_\_\_\_\_

4. Você está:

- ( ) Solteiro (a)
- ( ) Casado (a)
- ( ) Companheiro (a) (mora junto)
- ( ) Separado (a)
- ( ) Viúvo (a)
- ( ) Outro, qual? \_\_\_\_\_

5. Você sabe com quantos anos sua mãe teve o primeiro filho?

( ) Sim ( ) Não

5.1 Se sim, com quantos anos? \_\_\_\_\_

## RENDAS FAMILIAR

6. Qual a sua profissão? \_\_\_\_\_
7. Quanto por mês entra de dinheiro na sua casa? Marque a opção que você acha mais próxima:
- ( ) R\$ 0,00 a R\$ 500,00
  - ( ) R\$ 500,00 a R\$ 1000,00
  - ( ) R\$ 1500,00 a R\$ 2000,00
  - ( ) R\$ 2500,00 a R\$ 3000,00
  - ( ) R\$ 3500,00 a R\$ 4000,00
  - ( ) R\$ 4500,00 a R\$ 5000,00
  - ( ) mais de R\$ 5000,00
8. Recebe algum auxílio do governo?  
Se sim, qual? \_\_\_\_\_

## LOCAL DE RESIDÊNCIA

9. Vive em situação de rua? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

## ACOLHIMENTO

10. Está há quanto tempo nesta Comunidade Terapêutica (CT)? \_\_\_\_\_
11. É a 1ª vez que passa por esse tipo de tratamento? ( ) Sim ( ) Não  
11.1 Se não é a primeira vez, em quantas outras instituições já passou?  
\_\_\_\_\_
12. Você já foi maltratado em alguma Comunidade Terapêutica (CT)?  
( ) Sim ( ) Não
- 12.1 Se sim, o que aconteceu?
- ( ) Violência física
  - ( ) Violência psicológica
  - ( ) Violência patrimonial
  - ( ) Cárcere privado
  - ( ) Ambiente insalubre (
  - ) Falta de alimentação
  - ( ) Outros? \_\_\_\_\_



## ASSIST - OMS

| 1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou?<br>(somente uso não prescrito pelo médico) | NÃO | SIM |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| a. derivados do tabaco                                                                                | 0   | 3   |
| b. bebidas alcoólicas                                                                                 | 0   | 3   |
| c. maconha                                                                                            | 0   | 3   |
| d. cocaína, crack                                                                                     | 0   | 3   |
| e. anfetaminas ou êxtase                                                                              | 0   | 3   |
| f. inalantes                                                                                          | 0   | 3   |
| g. hipnóticos/sedativos                                                                               | 0   | 3   |
| h. alucinógenos                                                                                       | 0   | 3   |
| i. opióides                                                                                           | 0   | 3   |
| j. outras, especificar                                                                                | 0   | 3   |

• SE "NÃO" em todos os itens investigue:  
Nem mesmo quando estava na escola?

• Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista

• Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

| 3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir?<br>(primeira droga, segunda droga, etc)) | NUNCA | 1 OU 2 VEZES | MENSALMENTE | SEMANALMENTE | DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| a. derivados do tabaco                                                                                                                           | 0     | 3            | 4           | 5            | 6                                  |
| b. bebidas alcoólicas                                                                                                                            | 0     | 3            | 4           | 5            | 6                                  |
| c. maconha                                                                                                                                       | 0     | 3            | 4           | 5            | 6                                  |
| d. cocaína, crack                                                                                                                                | 0     | 3            | 4           | 5            | 6                                  |
| e. anfetaminas ou êxtase                                                                                                                         | 0     | 3            | 4           | 5            | 6                                  |
| f. inalantes                                                                                                                                     | 0     | 3            | 4           | 5            | 6                                  |
| g. hipnóticos/sedativos                                                                                                                          | 0     | 3            | 4           | 5            | 6                                  |
| h. alucinógenos                                                                                                                                  | 0     | 3            | 4           | 5            | 6                                  |
| i. opióides                                                                                                                                      | 0     | 3            | 4           | 5            | 6                                  |
| j. outras, especificar                                                                                                                           | 0     | 3            | 4           | 5            | 6                                  |

## QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

| 2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou?<br>(primeira droga, depois a segunda droga, etc) | NUNCA | 1 OU 2 VEZES | MENSALMENTE | SEMANALMENTE | DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| a. derivados do tabaco                                                                                                                                   | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| b. bebidas alcoólicas                                                                                                                                    | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| c. maconha                                                                                                                                               | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| d. cocaína, crack                                                                                                                                        | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| e. anfetaminas ou êxtase                                                                                                                                 | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| f. inalantes                                                                                                                                             | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| g. hipnóticos/sedativos                                                                                                                                  | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| h. alucinógenos                                                                                                                                          | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| i. opióides                                                                                                                                              | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |
| j. outras, especificar                                                                                                                                   | 0     | 2            | 3           | 4            | 6                                  |

• Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

| 4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro? | NUNCA | 1 OU 2 VEZES | MENSALMENTE | SEMANALMENTE | DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| a. derivados do tabaco                                                                                                                                                          | 0     | 4            | 5           | 6            | 7                                  |
| b. bebidas alcoólicas                                                                                                                                                           | 0     | 4            | 5           | 6            | 7                                  |
| c. maconha                                                                                                                                                                      | 0     | 4            | 5           | 6            | 7                                  |
| d. cocaína, crack                                                                                                                                                               | 0     | 4            | 5           | 6            | 7                                  |
| e. anfetaminas ou êxtase                                                                                                                                                        | 0     | 4            | 5           | 6            | 7                                  |
| f. inalantes                                                                                                                                                                    | 0     | 4            | 5           | 6            | 7                                  |
| g. hipnóticos/sedativos                                                                                                                                                         | 0     | 4            | 5           | 6            | 7                                  |
| h. alucinógenos                                                                                                                                                                 | 0     | 4            | 5           | 6            | 7                                  |
| i. opióides                                                                                                                                                                     | 0     | 4            | 5           | 6            | 7                                  |
| j. outras, especificar                                                                                                                                                          | 0     | 4            | 5           | 6            | 7                                  |

## NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)

b. bebidas alcólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum tequila, gin)

c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)

d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)

e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)

f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)

g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)

h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mesalina, peiote, cacto)

i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)

j. outras – especificar:

**5.** Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de **(primeira droga, depois a segunda droga, etc)**, você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

|                          | NUNCA | 1 OU 2 VEZES | MENSALMENTE | SEMANALMENTE | DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS |
|--------------------------|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| a. derivados do tabaco   | 0     | 5            | 6           | 7            | 8                                  |
| b. bebidas alcoólicas    | 0     | 5            | 6           | 7            | 8                                  |
| c. maconha               | 0     | 5            | 6           | 7            | 8                                  |
| d. cocaína, crack        | 0     | 5            | 6           | 7            | 8                                  |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0     | 5            | 6           | 7            | 8                                  |
| f. inalantes             | 0     | 5            | 6           | 7            | 8                                  |
| g. hipnóticos/sedativos  | 0     | 5            | 6           | 7            | 8                                  |
| h. alucinógenos          | 0     | 5            | 6           | 7            | 8                                  |
| i. opióides              | 0     | 5            | 6           | 7            | 8                                  |
| j. outras, especificar   | 0     | 5            | 6           | 7            | 8                                  |

**7.** Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de **((primeira droga, depois a segunda droga, etc...))** e não conseguiu?

|                          | NÃO, Nunca | SIM, nos últimos 3 meses | SIM, mas não nos últimos 3 meses |
|--------------------------|------------|--------------------------|----------------------------------|
| a. derivados do tabaco   | 0          | 6                        | 3                                |
| b. bebidas alcoólicas    | 0          | 6                        | 3                                |
| c. maconha               | 0          | 6                        | 3                                |
| d. cocaína, crack        | 0          | 6                        | 3                                |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0          | 6                        | 3                                |
| f. inalantes             | 0          | 6                        | 3                                |
| g. hipnóticos/sedativos  | 0          | 6                        | 3                                |
| h. alucinógenos          | 0          | 6                        | 3                                |
| i. opióides              | 0          | 6                        | 3                                |
| j. outras, especificar   | 0          | 6                        | 3                                |

- **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

**6.** Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de **(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)** ?

|                          | NÃO, Nunca | SIM, nos últimos 3 meses | SIM, mas não nos últimos 3 meses |
|--------------------------|------------|--------------------------|----------------------------------|
| a. derivados do tabaco   | 0          | 6                        | 3                                |
| b. bebidas alcoólicas    | 0          | 6                        | 3                                |
| c. maconha               | 0          | 6                        | 3                                |
| d. cocaína, crack        | 0          | 6                        | 3                                |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0          | 6                        | 3                                |
| f. inalantes             | 0          | 6                        | 3                                |
| g. hipnóticos/sedativos  | 0          | 6                        | 3                                |
| h. alucinógenos          | 0          | 6                        | 3                                |
| i. opióides              | 0          | 6                        | 3                                |
| j. outras, especificar   | 0          | 6                        | 3                                |

**Nota Importante:** Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

**8- Alguma vez você já usou drogas por injeção?**  
(Apenas uso não médico)

| NÃO, nunca | SIM, nos últimos 3 meses | SIM, mas não nos últimos 3 meses |
|------------|--------------------------|----------------------------------|
|------------|--------------------------|----------------------------------|

**Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável**

Uma vez por semana ou menos  
Ou menos de três dias seguidos

Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"

Mais do que uma vez por semana  
Ou mais do que três dias seguidos

Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo\*

#### PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

|                      | Anote a pontuação para cada droga. SOME <b>SOMENTE</b> das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7 | Nenhuma intervenção | Receber Intervenção Breve | Encaminhar para tratamento mais intensivo |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|-------------------------------------------|
| Tabaco               |                                                                                       | 0-3                 | 4-26                      | 27 ou mais                                |
| Álcool               |                                                                                       | 0-10                | 11-26                     | 27 ou mais                                |
| Maconha              |                                                                                       | 0-3                 | 4-26                      | 27 ou mais                                |
| Cocaína              |                                                                                       | 0-3                 | 4-26                      | 27 ou mais                                |
| Anfetaminas          |                                                                                       | 0-3                 | 4-26                      | 27 ou mais                                |
| Inalantes            |                                                                                       | 0-3                 | 4-26                      | 27 ou mais                                |
| Hipnóticos/sedativos |                                                                                       | 0-3                 | 4-26                      | 27 ou mais                                |
| Alucinógenos         |                                                                                       | 0-3                 | 4-26                      | 27 ou mais                                |
| Opióides             |                                                                                       | 0-3                 | 4-26                      | 27 ou mais                                |

#### Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).

Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.

Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.

Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

## ANEXO D

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO

**ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA****EIXO 1 – INFÂNCIA e ADOLESCÊNCIA**

- 1) Quantos anos você tinha quando teve seu primeiro contato com as drogas, mesmo as lícitas como álcool e cigarro? Como isso aconteceu?
- 2) Como seus cuidadores/ responsáveis reagiram ao saber que estava fazendo o uso de drogas?
- 3) Como eram os cuidados com você quando era criança?

**EIXO 2 – VIDA ADULTA**

- 1) Por que decidiu buscar ajuda para tratar-se em uma Comunidade Terapêutica?
- 2) É comum nas comunidades terapêuticas que usuários sóbrios há algum tempo auxiliem no tratamento. Aqui existe esta prática? (Em caso afirmativo, seguir para: Como você percebe isso? Acredita que esse tipo de tratamento possa te ajudar? Em caso negativo, seguir para: Como é o tratamento aqui?)
- 3) Percebe estar melhor depois do de ter iniciado o tratamento? (O objetivo é entender sobre a melhora do quadro clínico, caso a resposta não dê detalhes, perguntar: Como sente-se física e psicologicamente?)

## COLÉGIO PEDRO II



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Impacto das relações proximais no uso de drogas

**Pesquisador:** Marcell de Souza Rosa Pereira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 78645524.1.0000.9047

**Instituição Proponente:** FACULDADES CATOLICAS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.078.569

## Apresentação do Projeto:

As informações colocadas nos campos denominados "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento intitulado "PB\_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO\_2298351.pdf" (submetido na Plataforma Brasil em 04/09/2024).

## INTRODUÇÃO

Ao longo da história, as drogas vêm sendo consumidas em contextos diversos, com objetivos igualmente distintos. A visão do consumo de substâncias foi assumindo diferentes contornos com múltiplas interpretações, sendo percebidas como benéficas ou nocivas em função da sua época, cultura, padrão e motivos de consumo (Nunes & Jóluskin, 2007). De acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas de 2021, divulgado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2022), cerca de 275 milhões de pessoas usaram drogas no mundo em 2020, enquanto mais de 36 milhões sofreram de transtornos associados ao uso de drogas. Com base nas mudanças demográficas, as projeções atuais sugerem um aumento de 11% no número de pessoas que usam drogas globalmente até 2030. No Brasil, o III Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas pela população Brasileira, dados anteriores a pandemia de COVID-19, aponta que 66,4% da

**Endereço:** Campo de São Cristóvão 177

**Bairro:** São Cristóvão

**CEP:** 20.921-903

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2163-5730

**E-mail:** cep@cp2.g12.br

população teve episódios com álcool em 2017. Já em relação ao cigarro industrializado, em torno de 33,5% da população relata ter feito uso no período da pesquisa. A maconha e a cocaína aparecem sendo usadas por 7,7 e 3,1% da população, respectivamente (Fundação Oswaldo Cruz [FIOCRUZ], 2018). Dalgallarrondo (2019) afirma que a categoria „transtorno por uso de substâncias“ no DSM-5 é a que caracteriza os indivíduos com baixo controle sobre o uso de substâncias psicoativas. Nesses sujeitos há um alto investimento de tempo e dinheiro para obter a droga, necessidade intensa de usar, prejuízo psicossocial pelas dificuldades em cumprir as obrigações da vida cotidiana, contínuo uso da droga apesar dos problemas interpessoais e sociais relacionados ao consumo. O indivíduo não consegue manter-se abstinente. O profissional de saúde mental que se depara com os transtornos por uso de substância, ao longo de seu percurso profissional, busca respostas quanto ao que leva alguém a chegar a esse lugar de não ser capaz de manter-se abstinente. Para alcançar essas explicações, extremamente relevantes hoje, principalmente para a promoção de políticas públicas de enfrentamento à questão das drogas, propõe-se a realização de um estudo de campo para ouvir os usuários diagnosticados com transtornos por uso de substâncias. Como um esforço a fim de evitar a estigmatização no uso dos termos utilizados na área de álcool e outras drogas (Chagas, Paula & Galduróz, 2021), neste trabalho os termos „transtornos por uso de substâncias“ e „dependência de álcool e outras drogas“ serão utilizados como sinônimos. Serão observados também como sinônimos os termos „pessoas que fazem uso de drogas“, „pessoas dependente de drogas“ e „pessoas com transtorno por uso de substâncias“. Serão consideradas drogas as substâncias psicoativas com potencial para dependência física, psicológica e social, sejam elas lícitas ou ilícitas. Para iniciar esta pesquisa será feita uma revisão histórica narrativa do uso de substâncias psicoativas pela humanidade. Em seguida, serão destacados os fatores de risco e proteção que contribuem para o entendimento a respeito das escolhas que envolvem o início do uso das substâncias psicoativas. Considerando o impacto das relações proximais ao longo do desenvolvimento humano e o início do uso de drogas ser na maior parte dos casos na adolescência, será abordada, em um eixo denominado infância e adolescência, a caracterização geral desta etapa e a percepção em relação às práticas de cuidado parental, além de como elas podem afetar diretamente o sujeito, sendo entendidas como fatores de proteção ou risco e até preditoras dos transtornos por uso de substâncias, levando também em conta a ideia de transmissão geracional da violência (Benghozi, 2001). Em um segundo eixo, uma proposta de tratamento a partir do suporte social de pares, de intervenção direta no microsistema do usuário de drogas e largamente utilizada

**Endereço:** Campo de São Cristóvão 177

**Bairro:** São Cristóvão

**CEP:** 20.921-903

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2163-5730

**E-mail:** cep@cp2.g12.br

no Brasil, será apresentada e discutida a partir da perspectiva dos usuários. Por ser essa a principal metodologia de tratamento utilizada em Comunidades Terapêuticas (CTs), o posicionamento dessas instituições também será abordado, levando-se em consideração a história das políticas sobre drogas no Brasil, tendo como pano de fundo a Reforma Psiquiátrica e o contexto político de polarização do país, além do caráter iatrogênico de muitas destas instituições. A discussão será embasada na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner, que propõe a interrelação entre o ambiente e o sujeito em desenvolvimento.

## HIPÓTESE

Hipótese 1 - Acolhidos que tenham vivenciado situações de violência no meio familiar durante a infância iniciarão mais cedo o uso de SPAs. Hipótese 2 - Usuários que os pais apresentaram episódios de violência doméstica durante a infância, tenderão a vivenciar relacionamentos violentos na vida adulta. Hipótese 3 - Durante o período de acolhimento os usuários apresentarão diminuição no uso de substâncias psicoativas. Hipótese 4 - Quanto mais atividades ligadas ao suporte social pares a instituição oferecer, maior será a percepção de melhora no quadro clínico dos transtornos por uso de substâncias.

## METODOLOGIA PROPOSTA

Propõe-se a realização de um estudo de campo com metodologia qualitativa. Tem-se como meta a participação de 20 homens e 20 mulheres com diagnóstico de transtornos por uso de substâncias, acolhidos(as) em Comunidades Terapêuticas localizadas no estado do Rio de Janeiro, com idades variando de 18 a 59 anos. A abordagem dos acolhidos será de forma aleatória dentro da CT e com a anuência de seu responsável técnico. O tempo total previsto para a entrevista é de 40 minutos, 20 minutos para as perguntas semiabertas que serão gravadas em áudio e 20 minutos para a aplicação do ASSIST e preenchimento dos demais documentos. Documentos: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); Inventário de dados sociodemográficos com perguntas sobre a idade, número de filhos, escolaridade, local de residência, composição e renda familiar, dentre outros itens (ANEXO B). Instrumentos: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias; Entrevista semiestruturada com seis

**Endereço:** Campo de São Cristóvão 177

**Bairro:** São Cristóvão

**CEP:** 20.921-903

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2163-5730

**E-mail:** cep@cp2.g12.br

questões abertas divididas em dois eixos, infância/ adolescência e vida adulta, com três perguntas em cada desenvolvidas por mim em parceria com a orientadora e estruturadas em um roteiro.

#### CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Poderão participar apenas participantes com pelo menos 30 dias de acolhimento, acolhidos em CTs endereçadas no estado do Rio de Janeiro, com diagnóstico de transtorno por uso de substâncias realizado antes do acolhimento. Participarão da pesquisa apenas CTs conveniadas ao estado do Rio de Janeiro através do Sistema de Convênios do estado do Rio de Janeiro (CONVERJ).

#### CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Não participarão do estudo aqueles que tiverem sob efeito de entorpecentes ou medicamentos que possam levar a embotamento cognitivo durante a entrevista e acolhidos com mais de 12 meses de acolhimento, pelo caráter de institucionalização que esse período prevê. Também não serão entrevistados acolhidos com comorbidades psiquiátricas que inviabilizem a entrevista.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### Objetivo Primário

Investigar o impacto dos processos proximais, na infância/ adolescência e na vida adulta, em sujeitos diagnosticados com transtornos por uso de substâncias, acolhidos em Comunidades Terapêuticas no estado do Rio de Janeiro

##### Objetivo Secundário:

¿ Analisar a relação entre a percepção das práticas de cuidado parental na infância/ adolescência e o início do uso de drogas. ¿ Avaliar o suporte social de pares enquanto processo proximal e metodologia de tratamento para os transtornos por uso de substâncias. ¿ Identificar se há relação entre a percepção de melhora nos transtornos por uso substâncias e o acolhimento em Comunidades Terapêuticas.

**Endereço:** Campo de São Cristóvão 177

**Bairro:** São Cristóvão

**CEP:** 20.921-903

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2163-5730

**E-mail:** cep@cp2.g12.br

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

#### **Riscos:**

A participação nesta pesquisa não oferece riscos, talvez ela possa causar apenas um pequeno sentimento de timidez que algumas pessoas podem sentir diante de questionários.

#### **Benefícios**

Ao participar desta pesquisa você não deverá ter nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que estes dados nos deem informações importantes sobre como as relações proximais podem impactar os sujeitos com transtornos por uso de substâncias. No futuro, essas informações poderão ser usadas em benefício de outros homens e mulheres, em projetos de promoção ou prevenção ligados à saúde e à educação, além da criação de políticas públicas que minimizem o impacto social do uso/ abuso do álcool e outras drogas na sociedade.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma resposta ao parecer CEP no 6.999.974, datado de 12 de agosto de 2024.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Conferir item ¿Conclusões ou Pendências e Listas de Inadequações¿.

#### **Recomendações:**

Conferir item ¿Conclusões ou Pendências e Listas de Inadequações¿.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foram realizadas as seguintes alterações no projeto Impacto das relações proximais no uso de drogas em atendimento às solicitações do CEP/CPII:

#### **1. Pendência: METODOLOGIA**

a) Como se dará o acesso aos participantes da pesquisa no que tange ao contato inicial para o seu assentimento?

b) Qual modalidade será utilizada para as entrevistas (se online e/ou presencial), o tempo previsto para a sua duração e se ela será gravada por áudio e/ou vídeo?

**Endereço:** Campo de São Cristóvão 177

**Bairro:** São Cristóvão

**CEP:** 20.921-903

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2163-5730

**E-mail:** cep@cp2.g12.br



c) Inserir a informação sobre o tempo previsto para o preenchimento do ASSIST.

Resposta:

a) A abordagem será aleatória e realizada em espaços da Comunidade Terapêutica (CT) com a anuência do Responsável Técnico pela instituição. Será reservada uma sala para realização da entrevista para a garantia do sigilo do participante. A informação foi incluída tanto no Projeto quanto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

b) No item 3 do TCLE “Envolvimento com a pesquisa” e no item 10.5 o Projeto de pesquisa “Procedimentos de coleta”, consta que a pesquisa será presencial e gravada em áudio. A informação quanto ao tempo da entrevista foi incluída no Projeto de pesquisa e no TCLE.

c) A informação quanto ao tempo do preenchimento do ASSIST foi incluída no Projeto de pesquisa e no TCLE.

Análise: Pendência Atendida

## 2. Pendência: CRONOGRAMA

Tendo como base a Resolução CNS n. 510 de 2016 e a Resolução CNS n. 466 de 2012, solicitamos a adequação do cronograma, uma vez que os Comitês de Ética não aprovam pesquisas em andamento ou já concluídas.

Resposta: O cronograma adequado foi submetido na plataforma para verificação e alterado no Projeto de pesquisa.

Análise: Pendência Atendida

## 3. Pendência: TCLE

Tendo como base a Resolução CNS n. 510 de 2016 e a Resolução CNS n. 466 de 2012, solicitamos a seguinte adequação no documento:

**Endereço:** Campo de São Cristóvão 177

**Bairro:** São Cristóvão

**CEP:** 20.921-903

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2163-5730

**E-mail:** cep@cp2.g12.br

a) inserir a informação sobre o tempo previsto para o preenchimento do ASSIST e da entrevista, detalhando ainda se ela será gravada por áudio e/ou vídeo

Resposta: A informação sobre como seria a entrevista (se ela será gravada por áudio e/ou vídeo) já constava no projeto e no TCLE, foi incluída a informação sobre o tempo previsto para o preenchimento do ASSIST.

Análise: pendência atendida

**Considerações Finais a critério do CEP:**

1. De acordo com o item X.1.3.b, da Resolução CNS n. 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais - a contar da data de aprovação do protocolo - que permitam ao Cep acompanhar o desenvolvimento dos projetos.

Esses relatórios devem ser assinados pelo pesquisador responsável e conter as informações detalhadas - naqueles itens aplicáveis - nos moldes do relatório final contido no Ofício Circular n. 062/2011:

<[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/aquivos/conep/relatorio\\_final\\_encerramento.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/conep/relatorio_final_encerramento.pdf)>, bem como deve haver menção ao período a que se referem. As informações contidas no relatório devem ater-se ao período correspondente e não a todo o período da pesquisa até aquele momento. Para cada relatório, deve haver uma notificação separada. A submissão deve ser como Notificação (consultar pág. 69 no arquivo intitulado 1 - Manual Pesquisador - Versão 3.2, disponível no endereço <http://plataformabrasil.saude.gov.br/login.jsf>. Anexar em arquivo com recurso <copiar e colar>.

2. Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas de forma clara e sucinta, identificando-se, por cor, negrito ou sublinhado, a parte do documento a ser modificada, isto é, além de apresentar o resumo das alterações, juntamente com a justificativa, é necessário destacá-las no decorrer do texto (item 2.2.1.H.1, da Norma Operacional CNS nº 001 de 2013)

3. O Cep lembra que o pesquisador deve ainda (1) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto (Res. CNS 466/12 item XI.g); (2) divulgar os resultados para os

**Endereço:** Campo de São Cristóvão 177

**Bairro:** São Cristóvão

**CEP:** 20.921-903

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2163-5730

**E-mail:** cep@cp2.g12.br

participantes da pesquisa e para as instituições onde os dados foram obtidos (Norma Operacional nº 001/2013 item 3.4.14); (3) anexar os resultados da pesquisa na Plataforma Brasil, garantindo o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais (Norma Operacional nº 001/2013 item 3.3.c) e (4) comunicar às autoridades competentes, bem como aos órgãos legitimados pelo Controle Social, dos resultados e/ou dos achados da pesquisa, sempre que esses puderem contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os participantes da pesquisa não sejam estigmatizados (Res. CNS 466/2012 item III.1.m). Essas providências devem ser tomadas no prazo máximo de seis meses, contados a partir da data da emissão deste parecer.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                                            | Arquivo                                             | Postagem               | Autor                         | Situação |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2298351.pdf       | 04/09/2024<br>16:57:36 |                               | Aceito   |
| Outros                                                    | PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_6999974.pdf          | 04/09/2024<br>16:50:55 | Marceli de Souza Rosa Pereira | Aceito   |
| Outros                                                    | DOCUMENTO_RESPOSTAS_PENDENCIAS_Marceli_Rosa.pdf     | 04/09/2024<br>16:48:54 | Marceli de Souza Rosa Pereira | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | PROJETO_FINAL_Marceli_Rosa.pdf                      | 04/09/2024<br>16:46:31 | Marceli de Souza Rosa Pereira | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Marceli_Rosa.pdf                               | 04/09/2024<br>16:42:11 | Marceli de Souza Rosa Pereira | Aceito   |
| Cronograma                                                | CRONOGRAMA_E_CURRICULO_LATTES_Marceli_Rosa.pdf      | 25/08/2024<br>15:29:55 | Marceli de Souza Rosa Pereira | Aceito   |
| Outros                                                    | DECLARACAO_PPGPUCRIO_Marceli_Rosa.pdf               | 02/04/2024<br>10:43:32 | Marceli de Souza Rosa Pereira | Aceito   |
| Outros                                                    | CURRICULO_LATTES_Marceli_Rosa.pdf                   | 29/03/2024<br>16:48:28 | Marceli de Souza Rosa Pereira | Aceito   |
| Orçamento                                                 | ORCAMENTO_Marceli_Rosa.pdf                          | 29/03/2024<br>16:08:15 | Marceli de Souza Rosa Pereira | Aceito   |
| Outros                                                    | ROTEIRO_ENTREVISTA_Marceli_Rosa.pdf                 | 29/03/2024<br>16:06:31 | Marceli de Souza Rosa Pereira | Aceito   |
| Outros                                                    | INVENTARIO_DADOS_SOCIODEMOGRAFICOS_Marceli_Rosa.pdf | 29/03/2024<br>16:04:22 | Marceli de Souza Rosa Pereira | Aceito   |
| Outros                                                    | ASSIST_Marceli_Rosa.pdf                             | 29/03/2024<br>16:02:11 | Marceli de Souza Rosa Pereira | Aceito   |
| Outros                                                    | CARTA_DE_APRESENTACAO_Marceli                       | 29/03/2024             | Marceli de Souza              | Aceito   |

**Endereço:** Campo de São Cristóvão 177

**Bairro:** São Cristóvão

**CEP:** 20.921-903

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2163-5730

**E-mail:** cep@cp2.g12.br

|                |                                                   |                        |                                  |        |
|----------------|---------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------|
| Outros         | _Rosa.pdf                                         | 15:53:10               | Rosa Pereira                     | Aceito |
| Outros         | DECLARACAO_ISENCAO_DE_CUSTO<br>S_Marceli_Rosa.pdf | 29/03/2024<br>15:06:03 | Marceli de Souza<br>Rosa Pereira | Aceito |
| Outros         | TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE_M<br>arceli_Rosa.pdf   | 29/03/2024<br>15:05:17 | Marceli de Souza<br>Rosa Pereira | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto_Marceli.pdf                        | 07/03/2024<br>09:50:16 | Marceli de Souza<br>Rosa Pereira | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 16 de Setembro de 2024

Assinado por:  
ROGERIO MENDES DE LIMA  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Campo de São Cristóvão 177  
**Bairro:** São Cristóvão      **CEP:** 20.921-903  
**UF:** RJ      **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2163-5730      **E-mail:** cep@cp2.g12.br