

**UNISA-UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

**CLAUDIA POLICANTE COUTO CANDIDO
ÉRIKA DE ALCÂNTARA HAGE
NEWTON ELEHÚ GARCIA GENRO JUNIOR**

**MULHERES DEPENDENTES QUÍMICAS EM SITUAÇÃO DE RUA E A
INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

**São Paulo
2011**

**CLAUDIA POLICANTE COUTO CANDIDO
ÉRIKA DE ALCÂNTARA HAGE
NEWTON ELEHÚ GARCIA GENRO JUNIOR**

**MULHERES DEPENDENTES QUÍMICAS EM SITUAÇÃO DE RUA E A
INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para
obtenção do título de Bacharel em Serviço Social da
Universidade de Santo Amaro, sob a orientação da
Prof^a. Dra. Alessandra Medeiros.

**São Paulo
2011**

CLAUDIA POLICANTE COUTO CANDIDO
ÉRIKA DE ALCANTARA HAGE
NEWTON ELEHÚ GARCIA GENRO JUNIOR

MULHERES DEPENDENTES QUÍMICAS EM SITUAÇÃO DE RUA E A
INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social do Curso de Serviço Social da Universidade de Santo Amaro.

Data de Aprovação ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra Alessandra Medeiros
(Orientadora)
Universidade de Santo Amaro

Professora Dra. Sonia Maria de Almeida Figueira
(Leitora)
Universidade de Santo Amaro

CONCEITO FINAL: _____

Dedicamos este Trabalho de Conclusão de Curso as mulheres dependentes químicas que estão em situação de rua e aceitaram participar da nossa pesquisa de campo, contribuindo muito para o desenvolvimento da mesma.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pela oportunidade de poder voltar a estudar quando pensei que já não seria possível, pela família maravilhosa que o Senhor me deu e que sem ela seria impossível que eu realizasse os meus sonhos.

Ao meu esposo Junior e meus filhos Mauro e Luiz Carlos por todo amor e compreensão essa vitória também é de vocês, pois estiveram sempre ao meu lado me apoiando e acreditando em mim, quando nem mesmo eu acreditava, amo vocês. Ao meu companheiro Zeus, que ficava acordado até tarde me fazendo companhia enquanto eu escrevia.

Em memória do meu pai Sérgio e meu irmão amado Mauro Sérgio, sei que onde vocês estiverem sentem muito orgulho de mim. A minha mãe uma mulher guerreira que sempre esteve ao meu lado me dando apoio, ela sonhava em ver um filho formado. Mãe esse diploma é seu!

Aos meus irmãos, sobrinhos, primas, tias e minha cunhada Priscila que sempre acreditaram em mim. A minha filha adotiva Dayane que mesmo longe sempre tinha uma palavra de otimismo para eu seguir em frente.

Aos meus compadres, comadres e afilhados que fazem parte da minha vida e aos amigos da Pastoral da Criança que compreenderam minha ausência durante este último semestre.

A todos os meus amigos e amigas, em especial, Luciano, Kika, Claudia, Carlos, Rô, Adelia, Marinalva, Claudia, Newton, Érika, Ricardo, Valéria, Margareth, Deise, Maria Helena, Camila, Ana Paula, Márcio. A minha querida amiga Regiane, não tenho palavras para agradecer por tudo só posso dizer que amo você.

A minha supervisora Fernanda que é um exemplo para qualquer profissional e me ensinou tudo o que eu sei na prática, muito obrigado.

Aos professores que colaboraram para minha formação, mesmo aqueles que não fazem mais parte da universidade. Meu agradecimento especial a Alessandra, Sônia, Alberta, Lourdes e Marlene. Dedico minha amizade, admiração e respeito.

Enfim, a todos o meu carinho, amor e respeito e muito obrigado!!!

Claudia Policante Couto Candido

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada.

Minha mãe Eunice, por toda a parceria com que me acompanhou em toda essa longa jornada, pela paciência e atenção com que sempre me escutou a cada novidade, aprendizado ou situação vivida, e com esta mesma paciência me “aturou” nos momentos mais turbulentos e por consequência disto, as minhas crises de mau humor! Pelos sacrifícios que fez em razão da minha educação e pelo seu exemplo de superação que me deu força e motivação para que pudesse completar mais esta fase da minha vida.

Ao meu pai Orlando que durante estes quatro anos, atencioso e preocupado, foi ao meu encontro todos os dias, tarde da noite, para que eu pudesse me manter segura para terminar esta caminhada. Muito obrigada!

Agradeço a compreensão de minha irmã Naná e também de Madu, pela minha ausência e por todo amor e carinho que sempre me dedicaram, pois é minha família que me dá força pra continuar sempre.

Ao meu noivo Igor, um anjo em minha vida, sempre amoroso e compreensivo, e que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades.

Aos professores que nos acompanharam durante jornada, dividindo conosco seus conhecimentos de forma tão comprometida e sábia.

Agradeço também à minha orientadora Alessandra e leitora Sônia, que me direcionaram e apoiaram com muito carinho, contribuindo de forma ímpar para a minha formação profissional.

Não poderia me esquecer da Regiane que sempre atenciosa, nos auxiliou muito na construção de nosso trabalho.

Aos meus amigos Cláudia e Newton pela acolhida, cumplicidade, pelas risadas e até desentendimentos que fazem parte deste processo, enfim, pela parceria no fechamento de mais um ciclo de nossas vidas. Obrigada!

Érika Hage

AGRADECIMENTOS

Eu particularmente tenho muitos agradecimentos a fazer, tenho até medo de esquecer algum nome, por isso agradeço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, acreditaram e me incentivaram a correr atrás dos meus ideais.

- Acima de tudo ao meu Poder Superior que eu chamo de “Deus”.
- Aos meus familiares, pai, irmãos, filhos e especialmente minha mãe.
- Ao Grupo Piraporinha de Narcóticos Anônimos.
- A todos que fazem parte da “EMEF Pracinhas da FEB”.
- Seria difícil elencar todos os meus professores, então dedico a todos; meus professores, mestres e doutores que com suas sabedorias me prepararam para mais esta etapa de minha vida.

- Não poderia esquecer é claro da minha orientadora Prof^a. Alessandra e também da minha leitora Prof^a. Sônia.

- Ao meu amigo e supervisor de estágio Assistente Social George e também a Assistente Social Ellen, outro que colaborou para este projeto o Sr. Itamar Moreira e a Assistente Social e amiga Regiane.

- Aos meus companheiros de curso que me acompanharam durante esses quatro longos anos.

- Dediquei especialmente a minha mãe, mas tenho outras duas pessoas que quero também em especial dedicar essa minha conquista, uma já não está aqui para poder me abraçar, mas tenho certeza que de onde ela está me enviou forças para esta vitória, minha tia Georgina (in memorian), e outra pessoa que me deu forças para seguir adiante em minha vida e obter felicidades uma pessoa maravilhosa, Cristiane Carbonari.

- E a todas essas mulheres que estão nas ruas sofrendo todos os tipos de humilhações e barbaridades, com certeza esse projeto não seria possível sem as suas colaborações.

- E por último, e não menos importante, obrigado as minhas amigas e companheiras deste projeto: Claudia Policante e Érika Hage.

Newton Junior

“... Mas tóxico é outro problema para nossos irmãos que se enfraqueceram diante da vida, que procuram uma fuga. Não são criminosos. São criaturas carentes de mais proteção, de mais amor. Porque se os nossos companheiros enveredaram pelo caminho do tóxico, eles procuraram esquecer algo. E esse algo são eles mesmos. Então, precisávamos, talvez, reformular nossas concepções sobre o vício.”

Chico Xavier

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo analisar o contexto histórico da mulher dependente química em situação de rua. O intuito de querer conhecer melhor este tema é compreender como essas mulheres foram para as ruas e se as drogas foram o principal motivo relevante para que isto acontecesse. Para que a pesquisa fosse desenvolvida foi necessário antes um estudo bibliográfico para que pudéssemos ter subsídios para desenvolver a parte teórica do primeiro capítulo, e no segundo capítulo elaboramos um questionário com perguntas semi-estruturadas que nos apresentou subsídios para o desenvolvimento da análise, sobre as respostas das entrevistadas. Este trabalho traz como pauta a dependência química, os tipos mais usados de drogas, tipos de tratamento, perfil das usuárias, as mulheres em situação de rua e a intervenção do Serviço Social.

Palavras chaves: drogas, dependência química, tratamento, mulheres em situação de rua.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura de cigarro.....	25
Figura de bebida alcoólica.....	26
Figura de lança perfume.....	26
Figura de maconha.....	27
Figura da cocaína.....	29
Figura crack.....	29
Figura do ópio.....	32
Figura da heroína.....	32
Figura de benzodiazepínicos.....	33
Figura do lírio.....	34
Figura de anabolizantes.....	35
Figura de metanfetaminas.....	37
Figura de usuária de metanfetamina.....	37
Figura de LSD e ecstasy.....	38
Figura de anfetaminas.....	38
Figura de Chá de chacrona(Ayahuasca).....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Uso de droga em adolescente.....	39
Tabela 2 – Perfil dos usuários.....	40
Tabela 3 – Número de pessoas em situação de rua.....	47
Tabela 4 – Moradores de rua idade atribuída.....	48
Tabela 5 – Moradores de rua Centro e Santo Amaro.....	48
Tabela 6 – Moradores de rua, sexo 2009.....	59

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Local de origem das entrevistadas.....	60
Gráfico 2 – Motivo da situação de rua	62
Gráfico 3 – Primeiro contato com a droga	66
Gráfico 4 – Interesse em parar com as drogas	67
Gráfico 5 – Relação ou contato com a família	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

AS – Assistente Social

BDZ – Benzodiazepínicos

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CEBES – Centro Brasileiro de Estudo da Saúde

COMENS – Conselhos Municipais de Entorpecentes

CONAD – Conselho Nacional Antidrogas

CONENS – Conselhos Estaduais de Políticas sobre Drogas

CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

DENARC – Departamento de Narcóticos

DST – Doença Sexualmente Transmissível

HIV – Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida

LSD – Dietilamida Ácido Lisérgico

NA – Narcóticos Anônimos

PNAD – Política Nacional Antidrogas

PNPSR – Política Nacional da Pessoa em Situação de Rua

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

SES – Secretaria Estadual da Saúde

SIDA – Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida

SISNAD – Sistema Nacional Antidrogas

SNC – Sistema Nervoso Central

SS – Serviço Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UNISA – Universidade de Santo Amaro

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPITULO I - O CONTEXTO HISTÓRICO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA	17
1.1 A história do Serviço Social na Saúde.	17
1.2 O conceito da dependência.....	20
1.2.1 Algumas definições ligadas a dependência química	22
1.2.2 Drogas e suas classificações	24
1.2.3 Perfil dos usuários de droga	39
1.3 As Diversas formas de tratamento	41
1.4 As drogas e a legislação brasileira	44
1.4.1 Redução de Danos.....	46
1.5 A exclusão das pessoas em situação de rua.....	47
1.5.1 A atuação do Serviço Social com mulheres em situação de rua e dependentes química.....	50
CAPÍTULO II - A MULHER E A DEPENDÊNCIA QUÍMICA: PESQUISA DE CAMPO	53
2.1 Os caminhos para a pesquisa de campo.....	53
2.2 Campos da pesquisa.....	56
2.3 A História do Instituto Santa Lúcia	56
2.3.1 A História do TENDA	58
2.4 Perfil das mulheres usuárias de drogas em situação de rua.....	59
2.5 Apresentação dos resultados e análise da pesquisa de campo	62
2.5.1 Motivo de estar em situação de rua	62
2.5.2 Envolvimento com as Drogas.....	65
2.5.3 Relação ou contato com a família.....	68
2.5.4 Contato com o trabalho do assistente social	70
CONSIDERAÇÕES	72
REFERÊNCIAS	75
ANEXOS	78

INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso, cujo tema é a Dependência Química tem como objetivo geral pesquisar sobre os danos causados pelas drogas a vida e ao cotidiano da mulher dependente química em situação de rua e seus familiares, as conseqüências destas drogas na saúde e o impacto que ela causa na sociedade e conhecer o trabalho do assistente social com essas mulheres.

A escolha e delimitação do tema surgiram de uma inquietação a respeito de mulheres usuárias de drogas que deixam seus lares e vão viver nas ruas, levamos em consideração as realidades, como, o aumento de mulheres dependentes químicas que estão em situação de rua na cidade de São Paulo, o poder de destruição, tanto físicas, como moral que as drogas têm sobre essas dependentes. Além desses motivos, houve outros como a atuação do assistente social no trabalho com dependência química e as formas de tratamento para esta dependência.

Segundo estudos realizados a dependência química é uma doença que altera o comportamento das pessoas, fazendo com que ela perca total controle sobre sua vida sendo assim excluída da sociedade, pois existe um padrão de normalidade e as pessoas que fogem deste padrão é tido como desvio de conduta.

Nossa hipótese foi mulheres que abandonam seus lares e vão para as ruas por causa das drogas, e se o tratamento oferecido pelo poder público é suficiente para atender a demanda.

Nossa pesquisa tem como base teórica autores que abordam temáticas, como dependência química, formas de tratamento, perfil do usuário de drogas, a Política Nacional Antidrogas, a exclusão de pessoas em situação de rua e a atuação do Serviço Social.

Nosso trabalho está dividido em dois capítulos, sendo que, no primeiro, abordamos a história do assistente social na saúde e o conceito da dependência química como doença. Mencionamos também, a dependência que sofre os familiares dos usuários, que são nomeados como codependentes. Depois apresentamos algumas definições ligadas à dependência química e as classificações das drogas. Nesse ponto, citamos algumas das drogas mais utilizadas pelos dependentes como o álcool e o crack e seus efeitos.

Na seqüência, apresentamos alguns tipos de tratamentos e seus resultados, com a exposição das seguintes metodologias utilizadas em alguns tratamentos

como: Doze passos e Redução de danos. Finalizamos este capítulo, com a exclusão das pessoas em situação de rua e a atuação do Serviço Social. Para tanto, utilizamos como principal referência os autores: Bravo, Paugam, Mussini, Silveira entre outros.

O assunto tratado no segundo capítulo é o caminho que trilhamos para fazer a nossa pesquisa de campo e a história dos locais onde foram realizadas as pesquisas com nossas entrevistadas.

Sáímos às ruas com os agentes do Instituto Santa Lúcia, que realizam um trabalho de proteção social, atendendo em especial a população em situação de rua e colhemos entrevistas com os freqüentadores da Tenda que é um local de acolhimento de adultos e também famílias que estão em situação de rua favorecendo a melhoria da qualidade de vida e a construção da saída das ruas.

Para o desenvolvimento da pesquisa, realizamos entrevista com uma assistente social de um equipamento que abriga mulheres para pernoite, chamada de Casa de Acolhida Reencontro, onde as mulheres são aceitas com seus filhos no período de até seis meses. Entrevistamos também mulheres que vivem nas ruas de São Paulo e que são dependentes químicas, essas pesquisas foram feitas pessoalmente com conteúdo de um roteiro por nós elaborado, contendo quinze questões que tinham objetivos específicos.

Concluímos, por fim, o trabalho com a exposição das respostas que motivaram a realização deste trabalho. As constatações apresentadas são feitas com base nas entrevistas concedidas pelas mulheres dependentes químicas em situação de rua e naturalmente com base em todo o aparato teórico presente na base deste trabalho.

CAPITULO I - O CONTEXTO HISTÓRICO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA

Neste capítulo, abordaremos a atuação do serviço Social na Saúde que vem se reformulando através dos tempos, e a atuação do Serviço Social com a dependência química. Também traremos assuntos relativos à dependência química, algumas definições de tipos de drogas bem como suas classificações, seus efeitos e conseqüências, tipos de usuários e formas de tratamento.

Destacaremos alguns tipos de tratamentos existentes como: psicológico, médico, grupos de auto-ajuda, orientação e terapia familiar, ambulatorial, terapêutico e outros.

Abordaremos também as drogas e a Legislação Brasileira, outro ponto por nós levantado, passando pelos Conselhos Antidrogas e chegando ao PNAD (Política Nacional Antidrogas).

O uso abusivo de drogas e suas conseqüências os danos causados em todas as áreas da vida de um dependente químico, até chegar a sua exclusão social onde o problema se torna crônico e, chega a um dado momento que a rua acaba sendo a sua situação de moradia e sua total exclusão social, são também assuntos deste capítulo.

1.1 A história do Serviço Social na Saúde.

Neste momento iremos contextualizar a atuação do Serviço Social nessa área que é de uma imensa responsabilidade, pois a saúde é mais do que um direito é um princípio básico para o bem viver da humanidade.

Com a promulgação da Constituição de 1988 no Brasil, adota-se um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social. A Assistência Social, a Previdência e a Saúde passam a ser uma questão pública e de responsabilidade do Estado, o que antes era uma atividade filantrópica e prática liberal.

Foi nos anos 1980 que o Brasil vivenciou um novo regime político democrático e um momento de crise econômica, e a saúde veio ser o alvo de discussões para que as condições da vida da população brasileira fosse revista. Essas discussões mobilizaram a sociedade civil e foram tomando tamanha

proporção, que não teve como deixar de se vincular a esse novo período político do Brasil.

Diversos personagens atuaram para que esse processo de mudanças fosse ocorrendo, dentre eles destacamos: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, defendiam a melhoria da situação de saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário que tinha como veículo de difusão o Centro Brasileiro de Estudo da Saúde (CEBES), para ampliação do debate sobre a Saúde e a Democracia e também a elaboração de contra propostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a inserir seus programas em debates no Congresso; e os movimentos sociais urbanos que em conjunto com outras entidades da sociedade civil promoveram diversos eventos.

Muitas foram as propostas defendidas por esses sujeitos coletivos, mas as principais foram: universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através de um Sistema Unificado de Saúde, tendo um reordenamento setorial para que tivessem uma visão nova quanto a saúde individual e a saúde coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estaduais e municipais, e também ter um financiamento efetivo e uma democratização do poder local com outros tipos de gestão os chamados Conselhos de Saúde.

Em março de 1986 houve uma das mais importantes discussões sobre Saúde no Brasil, em Brasília no Distrito Federal ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde onde os principais temas discutidos foram:

- I – A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania;
- II – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde;
- III – Financiamento setorial.

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial,

referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária (BRAVO, 2008, p.96).

Com todas essas participações populares, o processo constituinte junto com a Constituição de 1988, o nosso sistema de Saúde veio caminhando para um melhoramento ou transformação, através de todas as turbulências e desigualdades sociais, a sociedade com suas mobilizações e reivindicações chegou a uma situação importante para o Sistema de saúde.

Os principais aspectos aprovados na nova Constituição, segundo Teixeira (1989), foram:

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não-segurado, rural/urbano; As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle;

Constituição do Sistema Único de Saúde, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade.

A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais.

Proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (TEXEIRA, 1989, apud, BRAVO, 2008 p.97-98).

Todos esses aspectos foram por anos defendidos pelo movimento sanitário, e foi a 8ª Conferência o passo mais importante para que ocorressem mudanças significativas trazendo um bom desenvolvimento para a saúde, como também para o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; o enfraquecimento do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde.

Chegando então no passo mais avançado na reformulação administrativa no setor de Saúde do país, o SUS (Sistema Único de Saúde).

Mas o que seria um sistema que pudesse trazer a melhoria da condição de saúde da população deixou muito a desejar, pois, percebe-se o descaso com os serviços e atividades do setor público de saúde no Brasil.

Isso tudo por uma série de razões, por falta de operacionalização, de estrutura, e por retrocessos políticos do governo, da transição democrática que repercute na saúde, pois mexe nos aspectos tanto econômico quanto no político. E com tudo isso que vem ocorrendo na saúde pública do país, o assistente social como um profissional de Saúde, tem competências de intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos, que vem cada vez mais reduzindo a eficácia dos programas de prestação de serviço no setor, podendo ser em vários níveis como de: promoção, proteção ou recuperação da saúde.

O assistente social vem desenvolvendo a sua prática profissional a cada dia, para atuar diante as necessidades para a promoção e atenção à saúde.

A atenção na área da saúde deve-se compreender os aspectos sociais, econômicos e culturais que sempre interferem no processo saúde/doença e cabe ao Serviço Social a busca de ações estratégicas como uma necessidade para a superação reforçando o direito à saúde. E a especialização da pratica profissional no trabalho coletivo na saúde torna-se evidente, em sua atuação, que não se dá na doença de forma específica, mas no conjunto de variáveis que a determinam, podendo ser estas, o desemprego, a violência, a exclusão social e outras mais.

E sendo assim é no confronto entre o direito do usuário e as normas institucionais que o assistente social intervém para assegurar o cumprimento deste direito que é a expressão mínima de outros grandes embates que o assistente social enfrenta no setor de Saúde, e também fazer com que a população ou usuários possam compreender ou entender sobre seus direitos e facilitar a inserção desses cidadãos nas políticas públicas, e sensibilizando os usuários sobre seus direitos e os programas sociais, fazendo que o mesmo venha a compreender e a depender menos do assistencialismo.

1.2O conceito da dependência

O conceito da dependência, assim como todos os outros, tem sido explicado de diferentes formas de acordo com estudos realizados. Uma delas percebe a dependência como uma doença que altera o comportamento das pessoas, tirando assim o controle que se tem sobre sua vida e suas atitudes. Segundo essa perspectiva, a dependência pode se apresentar de diversas formas e atingir pessoas que acabam desenvolvendo a dependência química, ou ainda, dependência

comportamental. O dependente químico é caracterizado pelo uso ou ingestão compulsiva de substâncias químicas variadas, como drogas, medicamentos, tabaco, álcool ou ainda, açúcar, café ou mesmo chocolate. No que diz respeito ao comportamento, o sujeito pode apresentar dependência de jogo, sexo, trabalho, paixão, entre outros que passam despercebidos no dia a dia da população. Porém nosso objetivo é apresentarmos neste trabalho a dependência química feminina.

A dependência química traz como resultado a perda de limites no consumo da substância pela qual o indivíduo é dependente, isso faz que ele aumente as doses de consumo, sentindo assim os efeitos desejados. Através desse aumento abusivo o sujeito perde controle e assim a droga vai afetando cada vez mais seu organismo levando muitas vezes até a morte por overdose. As drogas mudam o cérebro, mudam a estrutura de como ele funciona, o cérebro do dependente é diferente (informação verbal).¹

Silveira (1996) nos diz que, dependendo do contexto histórico e cultural em que o indivíduo está inserido, o contato com a droga pode ser considerado natural ou ilegal. Quando temos, por exemplo, pessoas que bebem “socialmente”, ou as que só dormem se tomam medicação ou ainda, plantas alucinógenas utilizadas pelos índios, são situações consideradas normais ou legais para a sociedade, embora todas estas substâncias são tipos de drogas e causam dependência.

Ele prossegue explicando que existem especificidades nas relações de dependência que nós, seres humanos, estabelecemos com os diversos produtos de consumo presentes na nossa cultura, mas que diferenças são marcadamente influenciadas por atitudes preconceituosas e moralistas.

Para isso faremos um breve relato histórico sobre os diferentes tipos de drogas e seus tratamentos. Antes do século XX esse assunto era tratado de outra forma levando em conta que o usuário naquela época era tido como marginal e não como doente. Com o passar do tempo e o grande crescimento no consumo principalmente entre os jovens, a sociedade vem tratando essa questão de uma forma mais complexa.

¹ Informação fornecida pelo Professor Titular de Psiquiatria da UNIFESP Doutor Ronaldo Laranjeira, Simpósio: Políticas, Serviços e Práticas na Construção da Rede de Dependência Química.

Não podemos nos esquecer também de falar da codependência que afeta os familiares e as pessoas que estão em volta do dependente trazendo graves riscos para a saúde, chegando até ao suicídio.

Codependência é uma doença emocional que foi "diagnosticada" nos Estados Unidos por volta das décadas de 70 e 80, em uma clínica para dependentes químicos, através do atendimento a seus familiares. Porém, com os avanços dos estudos das causas e dos sintomas, que são vários, chegou-se à conclusão de que esta doença atinge não apenas os familiares dos dependentes químicos, mas um grande número de pessoas, cujos comportamentos e reações perante a vida são um meio de sobrevivência. Os codependentes são aqueles que vivem em função do(s) outro (os), fazendo destes a razão de sua felicidade e bem estar. São pessoas que têm baixa auto-estima e intenso sentimento de culpa. Vivem tentando "ajudar" outras pessoas, esquecendo, na maior parte do tempo, de viver a própria vida, entre outras atitudes de auto-anulação. O que vai caracterizar o doente é o grau de negligenciamento de sua própria vida em função do outro e de comportamento insanos. A codependência também pode ser fatal, causando morte por depressão, suicídio, assassinato, câncer e outros. Embora não haja nas certidões de óbito o termo codependência, muitas vezes ela é o agente desencadeante de doenças muito sérias. Mas pode-se reverter este quadro, adotando-se comportamentos mais saudáveis. Os profissionais apontam que o primeiro passo em direção à mudança é tomar consciência e aceitar o problema.

Fonte: <http://WWW.antidrogas.com.br/oquedrogas.php>

1.2.1 Algumas definições ligadas a dependência química

Definiremos a seguir alguns tipos mais usados de drogas e seus efeitos, as drogas evoluíram com o tempo. Algumas naturais, outras sendo desenvolvidas dentro de laboratórios.

Droga: É toda a substância (natural ou não), que introduzida no organismo vivo, pode modificar uma ou mais de suas funções. É tudo aquilo que ingerirmos e provocar alguma alteração no funcionamento do organismo. Um exemplo disto é quando se está com febre e toma um antitérmico e este medicamento provoca uma alteração no organismo para que a temperatura corpórea baixe.

Tóxico: É toda droga capaz de provocar reações graves no organismo, como por exemplo, um veneno.

Psicotrópico: É toda a droga que modifica o comportamento do usuário, devido ao seu efeito tropismo (atração pela mente) como a cocaína e LSD (MUSSINI, 2005, p.17).

Entorpecente é toda e qualquer droga que tem o poder de diminuir a atividade motora do usuário, deixando assim seus reflexos prejudicados: álcool e maconha.

Narcótico é toda droga opiácea, ou seja, derivada do ópio que é extraída da planta da papoula, chá de papoula, ópio, morfina, heroína.

Dependência é entendida como “um estado de necessidade física ou psíquica resultado do uso diário ou periódico de uma ou mais drogas” (MUSSINI, 2005, p.18).

Já a dependência física é quando o organismo do usuário, já está acostumado com a droga e sente falta dela, quando o usuário deixa de usar, ele apresenta tremedeiras, espasmos e outras reações de acordo com cada organismo.

O alcoólatra quando fica sem consumir a bebida seu corpo começa a ter reações como tremedeira e alterações no raciocínio, após o primeiro gole seu corpo reage imediatamente voltando a funcionar normalmente.

A dependência psíquica é quando a droga provoca uma vontade muito grande já não tendo mais o controle e assim ele passa a consumir freqüentemente.

Os viciados em nicotina, quando tomam a decisão de parar de fumar, contrariam sua própria vontade e sua mente o lembra a todo instante que ele deve voltar a fumar; assim ele contraria sua vontade durante todos os dias até que ele consiga vencer esta dependência.

Síndrome de abstinência: É um conjunto de reações físicas e psíquicas que se manifestam quando o uso das drogas é interrompido, total ou parcial ou as doses usadas já não são mais suficientes para satisfazer o organismo e ele reage pedindo doses mais fortes causando assim tremores, calafrios, confusão mental, convulsões, náuseas, vômitos, confusão mental, convulsões (MUSSINI, 2005, p.19).

A Tolerância é quando o organismo já adquiriu resistência com uma determinada droga, ele já se acostumou com aquela dose e já não faz mais o efeito desejado pedindo assim outra maior ou até a troca por uma droga mais forte, muitas vezes causando assim uma overdose.

A Overdose por sua vez é um conjunto de reações, causadas pelo uso de altas doses e requer cuidados médicos, pois a pressão arterial aumenta, aumenta também a temperatura do corpo, taquicardia chegando até mesmo a morte.

1.2.2 Drogas e suas classificações

O alvo principal das drogas é o cérebro, mais precisamente o Sistema Nervoso Central (SNC), elas são classificadas em decorrência dos efeitos causados em estimulantes, depressoras e perturbadoras.

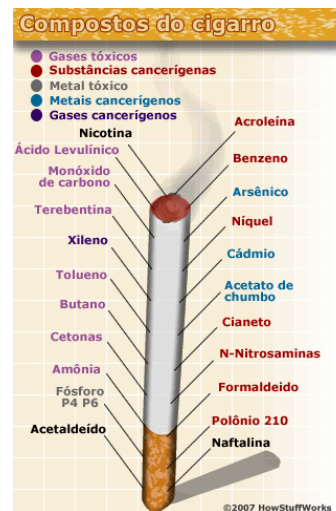
As drogas estimulantes são aquelas que ao serem ingeridas agem no cérebro estimulando SNC, ela acelera o funcionamento, deixando o usuário sempre em alerta, insônia, falta de apetite, a pessoa fica elétrica. Este efeito se dá com o uso da cocaína e anfetaminas (remédios controladores de apetite).

As depressoras agem no SNC o contrário dos estimulantes, deixando o usuário quieto, deprimido, pensativo. Algumas destas drogas são o álcool, calmantes, opiáceo, os inalantes (cola de sapateiro, éter, etc.).

As drogas perturbadoras são as junções das últimas duas drogas, seu efeito principal é trazer alterações no funcionamento do cérebro, que resultam em vários fenômenos psíquicos anormais. O usuário passa por momentos de euforia e logo após fica deprimido, ao mesmo tempo em que ele sorri ele chora. Um dos seus efeitos são as alucinações, por isso são chamadas alucinógenas. É o caso da “maconha, chá de cogumelo, LSD, ecstasy”.

Tabaco (fumo) é a folha seca da planta Nicotina Tabacum. O fumo que é consumido normalmente em forma de cigarros tem dois componentes principais: a nicotina e o alcatrão. Os cigarros são vendidos livremente sob a supervisão do Ministério da Saúde. “O componente mais prejudicial a saúde é a nicotina e o alcatrão”, que age no SNC causando dependência psíquica e também outras doenças como hipertensão e câncer no pulmão; além disso causa síndrome de abstinência. “O usuário sente uma falsa sensação de conforto”, o início normalmente se dá geralmente na adolescência, o jovem quer mostrar a sociedade que já tornou adulto. “Apesar de saber de todos os males que o cigarro causa, o usuário não consegue facilmente largar o vício, pois ele causa uma dependência com grau muito alto”.

Figura de cigarro



Fonte: [conviver com cancro](http://www.convivercomcancro.com)²

O álcool é uma droga natural e muito consumida por ser considerada uma droga estimulante, mas na verdade ela é depressora. Se consumida em doses pequenas ela causa euforia, mas em doses maiores ela causa moleza, tontura, perda dos reflexos, e o consumo excessivo “causa doenças no fígado, coração e cérebro, sem contar na forte dependência psíquica (de 2 a 5 anos de uso) e física (de 15 a 20 anos)”. Os usuários do álcool ficam mais corajosos e extrovertidos, mas assim como todas as outras drogas já analisadas essa sensação que o álcool causa é artificial e logo em seguida o usuário volta a ficar tímido e consegue perceber que o álcool não foi a saída esperada para aquele problema que o fez exagerar no consumo. Após o organismo já encontrar-se em dependência física do álcool, o usuário cura sua ressaca ingerindo novamente o álcool, pois o organismo pede cada

² Foto extraída do site [http:// WWW.convivercomcancro.blogspot.com/2010_05_01archivehtml](http://WWW.convivercomcancro.blogspot.com/2010_05_01archivehtml) no dia 22/02/2011 às 16h12.

vez mais e assim o usuário se afasta do ambiente familiar, sua única companhia é seus amigos de copo, ele também apresenta síndrome de abstinência.

Foto de bebidas alcoólicas



Fonte: alo alo brasil³

Os inalantes: “São aquelas em que o usuário inala o seu” “cheiro”, podemos citar algumas como cola de sapateiro, lança perfume, éter, benzina, acetona, tiner, esmalte de unha, gasolina. Normalmente o usuário com um pano úmido leva a substância até o nariz e permanece assim por alguns minutos, isso tem gerado uma preocupação grande por ser uma droga barata e de fácil acesso esta ligado a todas as classes sociais. Em casa temos alguns deste inalante que usamos diariamente, os inalantes causam depressão e por ser um produto químico forte pode causar depressão na medula óssea e diminuir a imunidade do ser humano levando até a morte.

Figura de Lança Perfume



Fonte: globo⁴

³ Foto extraída do site <http://www.aloalobrasil.com.br/geral/comercio/02,03,2008,28753.shtml> no dia 14/03/2011 às 15h13.

Maconha: No meio científico é conhecida como *Cannabis Sativa* L⁵, uma planta de origem asiática que chega a medir 3 metros de altura e normalmente é cultivada de maneira silvestre, essa planta não dispensa cuidados seu cultivo é de fácil manejo (MUSSINI, 2005, p.23).

Está entre as drogas perturbadoras, pois seus efeitos oscilam entre euforia e depressão, A maconha é usada geralmente como um cigarro e seus efeitos principais são a redução da defesa do organismo, retarda a memória, atrapalha a coordenação motora, altera a noção de tempo e espaço, causa choros e risos e relaxamento. O usuário fica com a boca seca, olhos vermelhos e lacrimejantes e seus batimentos cardíacos fica alterados, ele procura ficar sozinho.

O cotidiano hoje é muito agitado e o usuário além de perder em saúde corre o sério risco em perder seu emprego e também ter um baixo rendimento escolar, podendo até ser reprovado ou demitido.

Figura de Maconha



Fonte: antidrogas⁶

Cocaína: Extraído da planta da Coca, tem como nome científico *Erythroxilon Coca*, é originária da região dos Andes⁷. Esta planta

⁴ Foto extraída do site <http://www.g1.globo.com/Noticias/Brasil/O..MUL1100345-5598,00.html>.

⁵ “A letra L indica o médico e naturalista sueco CAROLOS LINNEAUS, que em trabalho publicado em 1753, classificou a planta e identificou grande parte dos 69 cannabinóis (elemento ativo) da planta”(MUSSINI, 2005, p.23).

⁶ Foto extraída do site <http://www.antidrogas.com.br>, dentro deste site existe material para esclarecimento dos tipos de drogas e os diversos tipos de tratamentos.

chega e medir 1,5 m de altura, sua flores são amareladas e seus frutos carnosos e vermelhos, é o estimulante mais forte de origem natural e seu elemento ativo é o cloridrato de cocaína (MUSSINI, 2005, p.25).

Nos tempos antigos a cocaína era usada pelos incas para combater a sede, fome e o cansaço e até o início do século passado também se usavam a cocaína como medicamento⁸. Com os estudos descobriram que seus efeitos faziam mal a saúde e causavam dependência. A cocaína é estimulante, ela provoca ao usuário uma sensação muito grande de euforia e é a mais popular entre os jovens e o meio artístico, muito se ouve falar e isso muito influencia os jovens, pois eles a usam para se comparar aos seus ídolos, mas é uma ilusão, pois esses artistas que consomem a cocaína normalmente acabam com suas carreiras e são esquecidos muito facilmente pela mídia.

O usuário cheira a cocaína ou a dilui em líquido para injetar na veia, com essa prática o aumento do número de usuários contaminados pelo vírus HIV cresceu consideravelmente já que as seringas são usadas por mais de um usuário.

A cocaína causa uma euforia e um prazer indescritível, esse é o principal motivo da dependência psíquica, a vontade incontrolável de sentir as mesmas sensações levam ao uso descontrolado da droga. Ela causa excitação e hiperatividade, ausência de cansaço, falta de apetite e insônia. Se as doses forem mais elevadas ela causa irritabilidade, agressividade, delírios, alucinações, aumento do batimento cardíaco, aumento de temperatura e pressão arterial, podendo ser fatal em caso de overdose. Seu uso constante e de uso prolongado causa danos irreversíveis ao cérebro.

⁷“De origem das regiões montanhosas dos Andes, principalmente do Peru e Bolívia, chegou aos conquistadores espanhóis e daí passou para a Europa e América do Norte”. (MUSSINI, 2005, p.25).

⁸ “Principalmente em remédios anestésicos e era muito usada em cirurgias oftalmológicas, de nariz e de garganta e também utilizada por SIGMUND FREUD, em tratamentos terapêuticos” (MUSSINI, 2005, p.25).

Figura de Cocaína



Fonte: antidrogas

Já o Crack- é uma droga derivada da cocaína, pois seu refino não se completa. O crack chegou ao meio dos usuários de drogas devido a força que o narcotráfico vem combatendo os laboratórios de cocaína, isso prejudicou a produção e a qualidade da cocaína. O crack é o refugo, são as sobras que não podem mais ser aproveitadas para a comercialização da cocaína. O crack não necessita de éter e acetona para o refino do pó, ela é apresentada em forma de uma pedra amarelada que ao ser acesa provoca estalos, por isso o nome de crack.

O crack é fumado em cachimbos que são improvisados pelos usuários com o material que ele tem nas mãos, são chamados de maricas, seu efeito é muito potente e chega ao SNC em 4 segundos e dura em torno de 15 minutos.

O custo é muito baixo e por isso se expandiu rapidamente, por ser muito estimulante provoca euforia imediata ao consumo, o usuário fica agressivo durante o uso e principalmente pela falta do crack, isso contribui para o aumento da criminalidade e da violência urbana. (MUSSINI, 2005).

Figura de Crack



Fonte: antidrogas

Os Opiáceos são sedativos, naturais, semi-sintético e sintético, lícito e ilícito. Os opiáceos podem ser divididos em três classes: a morfina, a codeína (Elixir Paregórico) são opiáceos naturais extraídos da planta *Papaversomniferum*, conhecida por papoula. As moléculas foram alteradas e daí surgiram os opiáceos semi-sintéticos, de ação ou duração prolongada, como a heroína e a metadona. Já a meperidina(Dolantina), propoxinefo (Algafan) e fentanil (Inoval) foram totalmente em laboratório.

Os opiáceos são apresentados em comprimidos, ampolas, em pó e supositórios, assim ele pode ser consumido por inalação, fumado, injetado ou como supositório.

No Brasil o seu consumo não é muito freqüente, o seu uso se dá mais por profissionais da saúde (acesso aos derivados sintéticos) e também em regiões portuárias. Seu uso na área médica é de vital importância para o alívio das dores intensas (câncer) e na anestesia.

Os opiáceos produzem analgesia, sensação de euforia e bem-estar, quando no caso de uma intoxicação maior pode evoluir um quadro de sedação excessiva e afeta o sistema respiratório.

Os usuários se tornam dependentes rápidos dos opiáceos quando consumidos em grandes quantidades. Depois de instalado a síndrome costuma aparecer rapidamente e o usuário se torna irritado, ansioso, sudorese, provoca aumento da frequência cardíaca, cólicas, diarreia profunda e muitas dores pelo corpo. Só se consegue aliviar este quadro com a administração de um opiáceo de substituição.

No ópio são encontrados mais de 20 alcalóides, mas poucos com propriedades farmacológicas podem ser extraídos de uma planta chamada *Papaversomniferum*, conhecida popularmente com o nome de Papoula do Oriente, originária da Ásia Menor. Ao se fazer cortes na cápsula da papoula, quando ainda verde, obtêm-se um suco leitoso, o ópio (do grego-suco). Quando seco, esse suco passa a se chamar pó de ópio. Nele existem várias substâncias a mais conhecida é a morfina, palavra que vem do deus da mitologia grega Morfeu, o deus dos sonhos. Segundo o próprio nome da planta da uma idéia o que a droga pode causar (somniferum), sono, e do nome morfina, de sonho, isto é, são depressores do sistema nervoso central, fazem o cérebro funcionar mais devagar. Mas o ópio ainda

contém mais substâncias, sendo a codeína também bastante conhecida. Ainda é possível obter-se outra substância, a heroína, ao se fazer pequena modificação química na fórmula da morfina, a heroína é uma substância semi-sintética (Khantizian, 1974).

Esta substância é um opiáceo, sendo, por isso, produzida a partir da papoula (de onde é extraído o ópio), que é transformada em morfina e mais tarde em heroína. Os principais produtores de papoula são o México, Turquia, China, Índia e os países do chamado Triângulo Dourado (Birmânia, Laos e Tailândia).

Este alcalóide tem uma ação depressora do sistema nervoso. É comercializada em pó, geralmente castanho ou branco (quando pura) de sabor amargo. Foi, durante muito tempo, administrada por via intravenosa, mas o aparecimento da SIDA e os efeitos devastadores que esta teve nos heroínómanos, levou à procura de novas formas de consumo. Atualmente, opta-se também por fumar ou aspirar aos vapores libertados pelo seu aquecimento. No entanto, a preparação de uma injeção de heroína continua a ser um ritual, do qual fazem parte a colher e o limão.

A heroína é freqüentemente misturada com outras drogas como a cocaína ("speedball"), de forma tornar os efeitos de ambas mais intensas e duradouras.

Em calão, a heroína possui várias denominações. Entre elas podemos referir heroa, cavalo, cavalete, chnouk, castanha, H, pó, poeira, merda, açúcar, Brown sugar, burra, gold (heroína muito pura), veneno, bomba ou blacktar.

Os opiáceos acam sobre receptores cerebrais específicos localizados no sistema límbico, na massa cinzenta, na espinal medula e em algumas estruturas periféricas. A morfina, um dos principais componentes da heroína é responsável pelos seus mais salientes efeitos. Funciona como um analgésico poderoso e abranda o funcionamento do Sistema Nervoso Central e da respiração (Zaiter, 1994).

Segundo Mussini (2005), "Quando a vontade de usar drogas vem do próprio usuário, ou seja, quando ele tem pré-disposição. Também podemos citar a hereditariedade, relacionamentos familiares e sociais".

Figura do Ópio



Fonte: antidrogas

Figura da Heroína

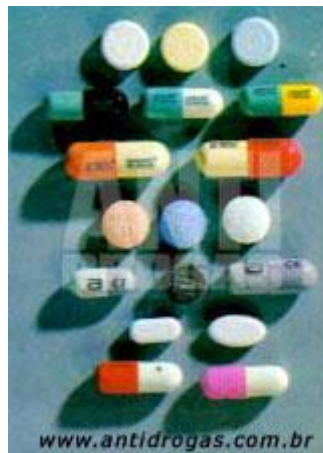


Fonte: antidrogas

Calmantes são substâncias lícitas de indicação médica. Existem duas classes principais: os barbitúricos e os benzodiazepínicos (BDZ). Os barbitúricos são utilizados como anestésicos e também para tratar os pacientes com epilepsia (fenobarbital). Os benzodiazepínicos são mais comuns em nosso meio e é utilizado para tratar insônia e ansiedade.

Os efeitos colaterais do uso do BDZ é o prejuízo de atenção, baixo desempenho escolar e no trabalho e o perigo ao conduzir automóveis e equipamentos motores. O abuso desta substância pode levar a confusão mental, coma e até uma parada respiratória.

Figura de Benzodiazepínicos



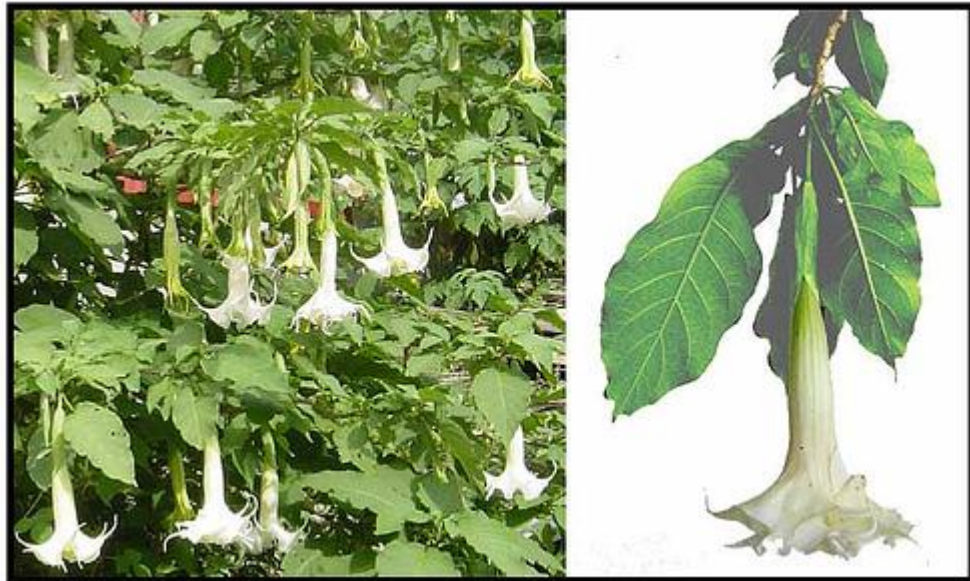
Fonte: antidrogas

Já os anticolinérgicos são naturais (chá de lírio) ou sintéticos (biperideno, triexafenidil), que se apresentam em comprimidos para o tratamento de mal de Parkinson. O triexafenidil ainda não é muito conhecido pelos profissionais da área da saúde, mas chega a ser a terceira droga mais consumida (depois dos inalantes e maconha) entre os meninos e meninas em situação de rua no Brasil. (<http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/antcmed.htm>)

O seu uso com indicação médica costuma ter o efeito desejado pela medicina, mas quando em uso excessivo o usuário passa a ter alucinações e delírios, tendo visões de animais e pessoas, seu efeito pode durar até três dias. O sintoma psíquico vem acompanhado de boca seca, aumento dos batimentos cardíacos, dilatação nas pupilas, dificuldades em urinar e possibilidade de convulsões.

Os anticolinérgicos não induzem quadros de dependência, suas complicações agudas são as principais preocupações acerca do consumo.

Figura de Lírio



Fonte: projeto reviver⁹

Esteróides anabolizantes são substâncias similares à testosterona, são desenvolvidas em laboratórios para reposição deste hormônio em pessoas que apresentam alguma deficiência do mesmo.

A testosterona é a responsável pelo aparecimento das características sexuais masculinas. Também ajuda no aumento da massa muscular, por isso muitos esportistas usam anabolizantes para acelerar o crescimento dos músculos. Alguns destes esportistas chegam a usar até anabolizantes de uso veterinário e seu consumo ilícito expõe os usuários a vários danos à saúde. Estudos não comprovam sua eficácia para o aumento da massa.

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) afirma que são várias as complicações com o uso destas substâncias, nos homens, há redução dos testículos, impotência, infertilidade, calvície, aumento de mamas, aumento da próstata.

Na mulher o aparecimento de pelos faciais, aumento ou diminuição do ciclo menstrual, aumento do clitóris, a voz engrossa e os seios diminuem. A maioria

⁹ Foto extraída do site <http://www.projetoreviver.wordpress.com2010/01/23/a-droga-mais-perigosa-mundo-2/>

destes efeitos é irreversível. No adolescente pode haver ainda maturação esquelética prematura e puberdade acelerada.

Usuários que usam esta substância com frequência acabam ficando deprimidos quando tentam parar com a droga, aí começam a perder a massa adquirida e por isso seu uso é freqüente.

Figura de Anabolizantes



Fonte: blog da filosofia¹⁰

As anfetaminas foram os primeiros estimulantes a serem desenvolvidos em laboratório, são medicamentos de venda controlada, pois seu uso causa dependência. Em doses baixa é usada para facilitar a inclusão do indivíduo em grupos, ou para a perda de peso, e em doses mais altas é usado para o usuário se sentir mais eufórico. Pessoas que vivem preocupadas com o peso normalmente usam para a perda do mesmo.

As anfetaminas são sedativas como o álcool e os benzodiazepínicos e sua descoberta ocorreu na década de 1930 para o tratamento da falta de atenção e hiperatividade. Hoje em dia é usada também para a obesidade.

Nos últimos anos a anfetamina tem sido sintetizadas em laboratórios clandestinos e usadas de forma ilegal. A mais conhecida usada no Brasil é 3,4-metilenedioxi-metanfetamina (MDMA), o ecstasy.

¹⁰ Foto extraída do site <http://www.blogdafilosofia.blogspot.com/2010/06/definição-de-esteroide-anabolizante.html>

Seus efeitos são muito parecidos com os da cocaína, tiques¹¹, cefaléia, vômitos, tremores, etc. Cristais de metanfetaminas, como o ice ou o cristal (desconhecidas no Brasil), são fumadas em cachimbos de vidro. Também podem ser inaladas ou injetadas. Quase 90% dos usuários de anfetaminas sofrem da síndrome de abstinência, sua característica é redução de energia, lentidão, agitação.

Ecstasy é uma anfetamina modificada e sua composição faz com que se torne estimulante e alucinógena. Foi descoberta no início do século 1920 e é usada como moderadora de apetite. Na década de 1970 era usada dentro das sessões de psicoterapia e a partir daí avançou pelas ruas das grandes cidades.

O ecstasy é consumido em tabletes ou cápsulas, contém cerca de 120mg da substância, seu efeito é longo e dura de 4 a 6 horas. Seus sintomas são anorexia, taquicardia, hipertensão, edema agudo de pulmão, etc.

Seu uso se dá em casas noturnas onde se encontra um grande número de jovens, e o consumo de água não é comum produzindo assim um calor e aquecendo o organismo, com o acúmulo de pessoas o corpo não consegue fazer sua função normal que é perder calor e assim resulta em hipotermia. Os rins param de funcionar causando convulsões.

LSD e similares alucinógenos são usados desde a pré-história , mais foi durante os anos 1960 e 1970 que eles se tornaram mais populares. O LSD é o mais conhecido sintetizados em laboratório. É produzido a partir de um alcalóide (ergotina) produzido por um fungo (ergot), ao fermentar grãos de centeio.

O LSD é mais usado por adolescentes e jovens, com o intuito de ter visões e sensações novas e coloridas, pois as formas, cheiros, cores e situações se modificam, levando a pessoa a criar ilusões e delírios, como por exemplo, paredes que escorregam, mania de grandeza e perseguição. Pode ocorrer também um “flashback” , fenômeno onde são sentidos os efeitos da droga após um período de semanas ou meses sem usá-la.(<http://www.brasilecola.com/drogas/lsd.htm>)

O LSD é tão potente que o efeito de 50 microgramas dura de 8 a 12 horas. É utilizado em forma de micro pontos ou gotas.

¹¹ Tiques são movimentos rápidos e involuntários geralmente repetitivos e involuntários. Estão associados a um distúrbio neurológico denominado Síndrome de Gilles de la Tourette. Envolvem os músculos do rosto, pescoço, ombros, braço produzindo movimento como piscar de olho, contração da boca, franzir da testa, sacudir da cabeça. (REVISTA VIVA SAÚDE/ EDIÇÕES/49/ARTIGO 52924-1. ASP).

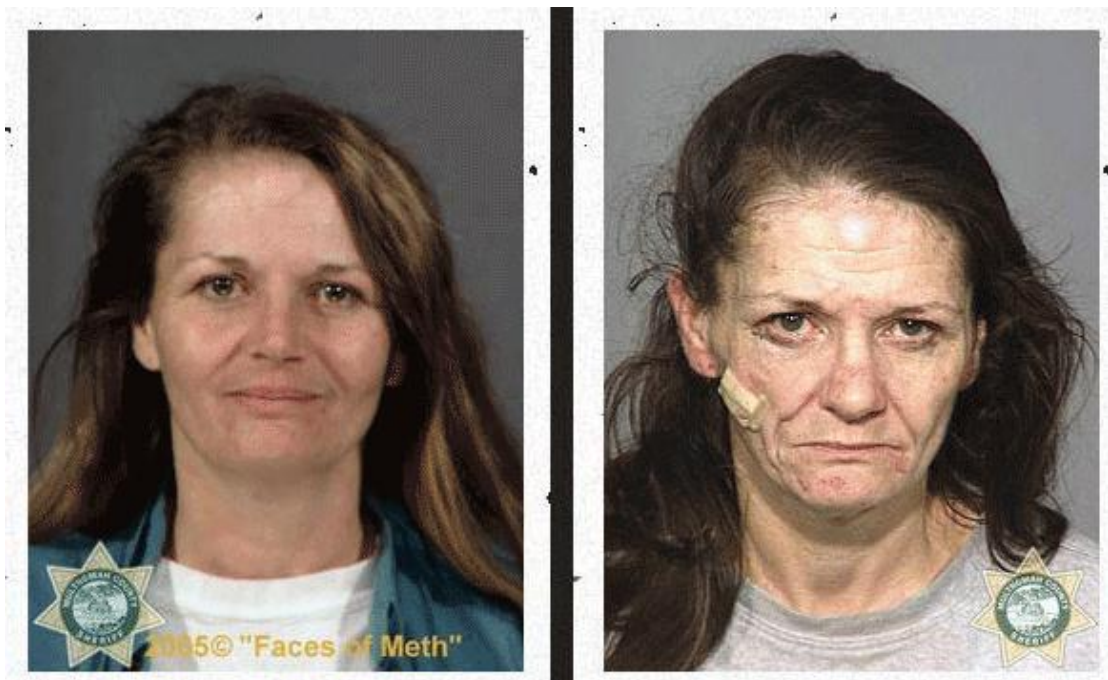
Metanfetamina é uma droga estimulante ao SNC, muito potente e viciante. Ela tem se tornado mais popular devido ao seu efeito agradável e intenso como a euforia, aumento no estado de alerta, do apetite sexual e pela intensificação de emoções. Por outro lado diminuem o apetite, a necessidade de dormir, existindo indicações para as metanfetaminas nos casos de obesidade mórbida, a narcolepsia e congestão nasal. Sua dependência vem de forma rápida e com o tempo começam a surgir mudanças no comportamento psicóticas e violentas, em decorrência dos danos que ela causa no SNC.

Figura de Metanfetaminas



Fonte: cotia net¹²

Figura de uma usuária de Metanfetamina



Fonte: <http://e-drogas.blogspot.com/2009/01/metanfetaminas.html>

¹² Foto extraída do site <http://www.cotianet.com.br/seg/koban/rel2.htm>

Figura do LSD e Ecstasy



Fonte: antidrogas

Figura de Anfetaminas



Fonte: Brasil escola¹³

O chá da chacrona é consumido em rituais religiosos do Santo Daime. O chá é utilizado milenarmente por tribos amazônicas e chamados pelos incas de ayahuasca (vinho da alma).

A Ayahuasca é composta com o cipó jagube, ou mariri (*Banisteriopsis caapi*) e a planta arbustiva conhecida como chacrona (*Psychotria viridis*), duas plantas nativas da Floresta Amazônica e de uso dos xamãs da floresta. Unidas, as duas plantas rendem um chá também chamado de: vinho da alma, vinho novo, chicote de Deus, lajé, caapi, o Vegetal, o Daime ou Oaska.

A primeira descrição do consumo da bebida é de 1855, feita pelo britânico Richard Spruce, mas há evidências arqueológicas de que ela já fazia parte dos hábitos indígenas há 5 000 anos. Sua utilização em rituais religiosos é uma tradição entre os pajés de várias tribos amazônicas do Brasil, do Peru e do Equador.

O jagube, considerado o princípio masculino da bebida, é cortado em pedaços iguais. Assim, acredita-se que todos que tomarem a bebida receberão seus benefícios nas mesmas proporções. O arbusto

¹³ Foto extraída do site <http://www.brasilecola.com/drogas/anfetaminas.htm>

chacrona é visto como o princípio feminino do chá e, por isso, suas folhas são separadas pelas mulheres.

Fonte: jardim de flores

Ayahuasca (vinho da alma)



Fonte: jardim de flores¹⁴

1.2.3 Perfil dos usuários de droga

Segundo Silveira (1996) os usuários podem ser recreativos ou dependentes, para o recreativo a droga é procurada como fonte de prazer e o dependente usa a droga como meio de fuga de uma realidade e não pode ficar sem ela.

A cada dez dependentes de drogas, cerca de nove iniciaram o vício pela maconha. A primeira droga, para mais da metade dos consumidores, quem a forneceu foi um amigo ou um conhecido. Na grande maioria das vezes, a rua é o local onde tudo começou, por curiosidade ou influência dos colegas. Segundo pesquisas realizadas pelo DENARC (Departamento de Investigação sobre Narcóticos).¹⁵

Tabela 1

Tabela da idade em que os jovens iniciam o consumo das drogas

Uso de Droga em Adolescentes		
Idade de início	Substância	Tempo para uso problemático
11 anos	álcool	2,5 anos
12 anos	maconha	1 ano
13 anos	cocaína	6 meses
14 anos	crack	1 mês

¹⁴ Foto extraída do site <http://www.jardimdeflores.com.br/ervas/A47daime.htm>

¹⁵ Informação obtida através do site: http://WWW.suacara.com/drogas_2.htm.

Tabela 2
Tabela do perfil dos usuários de drogas

Perfil dos Usuários	
81%	são de classe média
46,8%	cursam o nível superior
50%	mencionam apenas os efeitos positivos da droga
84%	já tiveram episódios depressivos após o uso
65,6%	acreditam que o ecstasy é seguro
15,6%	já tiveram problemas financeiros pelo uso do ecstasy
100%	usam a droga em grupo
100%	são usuários de outras drogas como maconha, cocaína e LSD

Fonte: antidrogas

Dentro do mundo dos usuários existe uma linguagem comum entre eles que é a gíria, são palavras modificadas por eles para dar sentido a algo ou a alguma situação.

Gírias utilizadas por usuários de drogas

Apagar – sono que se dá após uso de drogas

tiro – cheirar uma carreira de cocaína

queimar um – fumar

mocosar - esconder

caretaço - livre de qualquer efeito da maconha

sussu - sossego

rolê - volta

pifão - bebedeira

rolar - preparar um cigarro

cabeça feita - fuma antes de ir a um lugar

chapado - sob o efeito da maconha

bad trip - viagem ruim, com sofrimentos

nóia - preocupação

marofa - fumaça da maconha

tapas - tragadas

palas - sinais característicos das drogas

larica - fome química

matar a lara - matar a fome química

maricas - cachimbos artesanais

pontas - parte final da maconha não fumada

cemitério de pontas - caixinha ou recipientes plásticos usados para guardar as pontas

pilador - socador para pressionar a maconha já enrolada dentro da seda

dichavar o fumo - soltar a maconha compactada em tijolos ou seus pedaços e

separar as partes que lhe dão gosto ruim

sujeira - situação perigosa

dançou - usuário que foi flagrado fumando

mocós - esconderijos de droga

"pipou uma vez, está fisgado"

Fonte: antidrogas

1.3 As Diversas formas de tratamento

Existem vários tipos de tratamento para o dependente químico, tratamentos estes que podem ser eficazes se forem feitos ou cumpridos corretamente, salientando sempre que para o tratamento ser eficaz depende muito do dependente químico, desde que ele queira e que tenha um acompanhamento, podendo ser de um familiar ou de um profissional isso pode variar de acordo com o tipo de tratamento, podendo ser até uma internação clínica.

E em todos os tipos de tratamentos para pessoas com problemas de uso de álcool e drogas, podemos dizer que não há ou exista um tratamento que possa ser melhor que o outro, pois segundo os profissionais que trabalham em clínicas para dependentes químicos, não existe cura para a dependência química, mas vale lembrar que o tratamento feito com seriedade surte efeitos positivos para os dependentes.

Destacaremos agora alguns tipos de tratamento existentes:

- Grupos de auto-ajuda;
- Intervenção Médica;
- Psicológico;

- Orientação e Terapia Familiar;
- Comunidade Terapêutica.

Dentro dos grupos de auto-ajuda temos os Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA), como grupo que fazem um trabalho muito significativo e valoroso desde que, o dependente químico aceite e ingresse como membro.

Os Alcoólicos Anônimos e os Narcóticos Anônimos são grupos de auto-ajuda que se baseiam no programa dos Doze Passos. O primeiro trata somente a dependência do alcoolismo, já os Narcóticos Anônimos trata, além do alcoolismo, outros tipos de droga.

Não há no NA nenhum tratamento contra o tabagismo, pois o grupo não tem nenhuma opinião formada em relação ao cigarro.

São grupos de auto-ajuda formados somente pelos dependentes químicos, onde para ser membro existe apenas um único propósito primordial, que é o desejo de parar de usar.

São Irmandades sem fins lucrativos e são auto-sustentáveis recusando contribuições de fora, ou seja, só podem contribuir quem for membro. Os membros se reúnem para se ajudarem mutuamente com suas experiências de vida e de recuperação.

E para ter um serviço que vá de acordo com os princípios dos Doze Passos as Irmandades dos Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos não são filiadas nem vinculadas ou associadas ou qualquer tipo de vínculo com nenhum tipo de religião, polícia ou qualquer partido político, além de que não receita e nem recomenda qualquer tipo de remédio, porém não proíbe e nem interfere em algum possível tratamento que o dependente venha estar fazendo.

Os doze passos:

- 1º. Admitimos que éramos impotentes perante a nossa adicção, que nossas vidas tinham se tornado incontroláveis.
- 2º. Viemos a acreditar que um Poder maior do que nós poderia devolver-nos à sanidade.
- 3º. Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, da maneira como nós o compreendíamos.
- 4º. Fizemos um profundo e destemido inventário moral de nós mesmos.
- 5º. Admitimos a Deus, a nós mesmos e a outro ser humano a natureza exata das nossas falhas.
- 6º. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.

7º. Humildemente pedimos a Ele que removesse nossos defeitos.

8º. Fizemos uma lista de todas as pessoas que tínhamos prejudicado, e dispusemo-nos a fazer reparações a todas elas.

9º. Fizemos reparações diretas a tais pessoas, sempre que possível, exceto quando fazê-lo pudesse prejudicá-las ou a outras.

10º. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.

11º. Procuramos, através de prece e meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, da maneira como nós O compreendíamos, rogando apenas o conhecimento da Sua vontade em relação a nós, e o poder de realizar essa vontade.

12º. Tendo experimentado um despertar espiritual, como resultado destes passos, procuramos levar esta mensagem a outros adictos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

Fonte: NA

A intervenção médica já é outro tipo de tratamento, um tratamento profissional, com a intervenção da medicina. O médico tem sua atuação mais focada nas questões de saúde em geral e na investigação do uso de drogas com relação a outras doenças, visto que os usuários de drogas ou dependentes químicos são um grupo de risco e de mais vulnerabilidade quanto a doenças sexualmente transmissíveis, as chamadas DST e também do HIV, ou seja, além de outras doenças infecto contagiosas os dependentes químicos em geral não se previnem das DST/AIDS.

O dependente pode ainda ser encaminhado ao pronto-socorro, que é recomendado nos momentos de intoxicação, agressividade e na síndrome de abstinência (interrupção do uso). Na realidade é um atendimento de emergência, quando há necessidade de uma intervenção rápida.

Muitos acreditam que a internação em hospital é o melhor tratamento e que o paciente estará curado ao receber alta. Isso não é verdade. Os benefícios de uma internação são a melhorias das condições gerais de saúde do paciente. Esta internação pode durar alguns dias e o paciente ao sair terá que se cuidar para manter essas melhorias em sua saúde.

Ainda como intervenção médica, poderá ser realizado um tratamento ambulatorial, onde o dependente faz visitas freqüentes a um ambulatório especializado, no qual tem consultas com profissionais de saúde (psicólogo, médico e enfermeiro). A vantagem desse acompanhamento é que a pessoa continua em seu ambiente social, sem interromper suas atividades.

O acompanhamento psicológico aborda as questões relacionadas ao comportamento, às emoções, à motivação, aos relacionamentos sociais (trabalho,

casamento, família, amigos) e analisa como cada um desses aspectos se relaciona com o uso de substâncias.

A orientação e Terapia Familiar é um tratamento de intervenção muito importante. Ela ajuda os familiares a reavaliarem sua postura diante da pessoa dependente química. Além disso, é uma forma de os familiares receberem apoio e amparo.

É uma maneira de a família compreender um pouco mais sobre a doença da dependência química e também de como lidar com o dependente, visto que na maioria das vezes o dependente químico é tido como um sem vergonha ou um marginal e desta maneira sendo marginalizado fica cada vez distante do convívio familiar, por isso a importância dessa orientação e terapia familiar.

Comunidade Terapêutica é um lugar (uma fazenda ou um sítio) onde as pessoas ficam internadas por vários meses para desintoxicação. A recuperação baseia-se no trabalho, na religião e em grupos de auto-ajuda, aliás, há varias comunidades terapêuticas que fazem o seu tratamento através dos Doze Passos.

Eis aí alguns tipos de tratamento existentes, e se o dependente químico recusar o tratamento ou não reconhecer o problema, a família pode procurar ajuda especializada.

E mais, independente em quais dos tipos de tratamento que o dependente químico esteja se tratando ele pode participar dos grupos de auto-ajuda, ou seja, das Irmandades de Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos.

1.4 As drogas e a legislação brasileira

Até a década de 1990, o Brasil não dispunha de uma política específica para o problema da dependência do álcool e outras drogas, restringindo a medidas repressivas, direcionadas para o impedimento da oferta e do comércio das drogas.

Na década de 70 criou-se o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão que era então vinculado ao Ministério da Justiça. As atribuições dos representantes deste sistema eram de prevenção, fiscalização e repressão no âmbito federal, estadual e municipal. É a partir disso que surgem os Conselhos Antidrogas, já na década de 1980, chamados Conselhos de Entorpecentes -

Conselho Federal – CONFEN¹⁶, Conselhos Estaduais – CONENS e Conselhos Municipais – COMENS.

No governo de Fernando Henrique Cardoso, todo esse sistema foi mudado, transformando-se em Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) e criando a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Com nova estrutura, a SENAD é vinculada ao Gabinete Militar da Presidência da República e hoje ao Gabinete de Segurança Institucional, e é a SENAD o órgão responsável pela coordenação e articulação da Política Nacional Antidrogas – PNAD.

A PNAD entrou em vigor em 2001, com o objetivo de construir uma sociedade livre de drogas com a redução da demanda e da oferta. Suas ações são pautadas na prevenção, tratamento, recuperação, reinserção social e redução de danos, com o intuito de desmistificar e superar um modelo que exclui e pune o dependente/usuário, diferenciando-o do traficante e compartilhando então a responsabilidade com a sociedade e a iniciativa privada no enfrentamento deste problema.

O Sistema Nacional Antidrogas - SISNAD, regulamentado pelo Decreto n.º 3.696, de 21.12.2000, orienta-se pelo princípio básico da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre Governo, iniciativa privada e cidadãos - considerados individualmente ou em suas livres associações. A estratégia visa a ampliar a consciência social para a gravidade do problema representado pela droga e comprometer as instituições e os cidadãos com o desenvolvimento das atividades antidrogas no País, legitimando, assim, o Sistema. (PNAD, 2003 p.6)

No governo posterior é criada uma nova política de enfrentamento da questão das drogas. Vinculada ao Ministério da Saúde, a Política para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas tem seu sistema organizado pelo SUS – Sistema Único de Saúde, e adotando o sistema de tratamento redução de danos.

Esta Política, ao contrario da PNAD, traz a responsabilidade da atuação governamental na questão das drogas.

¹⁶ Em 1998 o CONFEN foi desfeito, originando o Conselho Nacional Antidrogas - CONAD.

Proporcionar tratamento na atenção primária, garantir o acesso a medicamentos, garantir atenção na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades/famílias/usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorizar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos são práticas que devem ser obrigatoriamente contempladas pela Política de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas, em uma perspectiva ampliada de saúde pública. (BRASIL, 2004 p. 11)

Na Política Integral para Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas, o tratamento dessa demanda é realizado em unidade extra-hospitalar, o Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas - CAPS-AD, que preconiza a passagem da idéia de doentes, marginais ou desajustados para a de cidadãos, a reinserção social e adoção da redução de danos e outros princípios para atenção integral justa. A redução de danos, referindo-se a políticas ou programas, visa diretamente reduzir o dano resultante do uso abusivo de álcool ou outras drogas, tanto para o indivíduo como para a sociedade.

Ao optar pelo método da redução de danos, o Ministério da Saúde avança, no sentido de entender e respeitar o indivíduo, percebendo-o como sujeito da sua vida, podendo escolher entre manter a abstinência ou reduzir os danos a si mesmo e a sua comunidade.

1.4.1 Redução de Danos

Redução de Danos é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas e complementa outras medidas que visam diminuir o consumo de drogas como um todo. Ela age com uma proposta diferente da maioria das abordagens que costumam manter as drogas e usuários no lugar de marginalização.

Em usuários dependentes, que não têm controle sobre seu uso da substância, a ação da Redução de Danos deve ser orientada no sentido de restabelecer o controle do sujeito sobre seu uso de drogas, bem como auxiliar na formulação de uma eventual demanda de tratamento.

E falar em redução de danos decorrentes do uso de drogas, num contexto contemporâneo e crítico, pressupõe respeitar as diferenças, garantir direitos de cidadania e olhar para uma perspectiva de

educação para autonomia. (VELOSO, CARVALHO, SANTIAGO 2009 p. 172).

Desse modo, a Redução de Danos não coloca os usuários em nenhum outro lugar senão no de cidadãos com direito à vida e à saúde, e estimula nessas pessoas práticas de cuidado de si para que possam efetivamente tomar seus lugares no tecido social.

1.5 A exclusão das pessoas em situação de rua

Ao passarmos por uma praça ou viaduto na cidade de São Paulo é comum vermos pessoas tentando se abrigar, fazendo dali sua moradia.

[...] Considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (Política Nacional para a População em Situação de Rua, 2009)

É tão comum que a sociedade já não se importa com estas pessoas, negando a elas o direito de ter uma vida digna. O modelo econômico brasileiro e a má distribuição de renda no país é um dos fatores que levaram estas pessoas a chegarem nesta situação. Quando se está de fora do problema é fácil responsabilizar o outro pela condição de vida escolhida, como se ele tivesse opção e está nas ruas porque gosta.

Tabela 3

Numero de pessoas em situação de rua, 2009

População	Número	%
Moradores de Rua	6.587	48,2
Acolhidos	7.079	51,8
Total	13.666	100,0

Fonte: Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas

Tabela 4
Moradores de rua, idade atribuída, 2009

	Numero	%
Criança/adolescente	448	6,7
Adulto	5.129	77,9
Idoso	503	7,7
Sem Informação	507	7,7
Total	6.587	100,00

Fonte: Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas

Tabela 5
Moradores de rua – Centro e Santo Amaro, 2009

Distrito	Moradores de rua	%
Bela Vista	138	3,53
Bom Retiro	165	4,15
Brás	249	6,37
Cambuci	53	1,36
Liberdade	128	3,27
República	1570	40,09
Santa Cecília	309	7,89
Santo Amaro	110	2,82
Sé	1195	30,52
Total	3.917	100

Fonte: Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas

Devemos analisar quais foram os fatores que levaram esses indivíduos a tomar tal decisão e procurar entender através de pesquisas e questionamentos o foco principal desta decisão tão difícil.

Tão próximos e tão visíveis – mas, ao mesmo tempo, tão distantes e tão invisíveis. É como se fizessem parte de uma outra nação, tivessem diferentes códigos, costumes, línguas. Amedrontam mais por serem tão diferentes e tão próximos, mesclando a visibilidade com a invisibilidade. A exclusão se presta como uma linha, em todo o “nosso” território, criando fronteiras imaginárias. (CHIAVERINI, 2007, p. 09).

Dentro do senso comum, o indivíduo que se encontra já algum tempo nas ruas acomoda-se com a situação e não quer deixar as ruas, segundo alguns Assistentes Sociais e também por freqüentadores das casas de acolhida que usam o sistema há pouco tempo.

Segundo Paugam (2003), o conceito de ruptura se caracteriza pelo,

[...] acúmulo de dificuldades (afastamento do mercado de trabalho, problemas de saúde, falta de moradia, perda de contatos com a família etc.). Trata-se de última fase do processo, produto de uma soma de fracassos que conduzem à acentuada marginalização. Não nutrindo mais nenhuma esperança de sair, verdadeiramente, dessa situação, essas pessoas sentem-se inúteis para a sociedade. Perderam o sentido de suas vidas. Procuram, então, muitas vezes na embriaguez, a compensação para seus infortúnios ou suas derrotas. Os assistentes sociais que tentam reinseri-los salientam que o maior problema com que se defrontam é o do álcool ou da droga. (VERAS in PAUGAM, 2003, p.39).

É necessário também entender o comportamento de pessoas que se encontram nessa situação, que por meio de defesa, por vezes agem com agressividade no contato com profissionais do Serviço Social.

É preciso ressaltar, também, que no modo de vida desses andantes implica formas de resistência à miséria que podem passar como provocação e, em alguns casos, como reivindicação da liberdade de viver à margem da sociedade. Tais comportamentos correspondem ao último estágio de inversão simbólica do estigma. Quando se dirigem aos assistentes sociais, eles sabem que não têm nada a perder e adotam um tom agressivo. Trata-se de um mecanismo de defesa. Sentem-se ameaçados ou observados com reprovação por esses profissionais do setor social, que vivem em um outro mundo. Assim manifestam seu direito à palavra. Esses comportamentos não são sempre compreendidos. Eles não facilitam os contatos com a administração e com as pessoas que gostaria de ajudá-los. (VÉRAS in PAUGAM, 2003, p.41).

Na realidade, são pessoas destituídas de seus direitos, marginalizadas, tentando criar estratégias para sua sobrevivência em uma sociedade excludente, dormindo em espaços públicos, na chuva, com fome, com frio, enfim, no limite máximo das expressões da questão social.

E mais uma vez estas pessoas são excluídas e violentadas quando o Estado não implementa políticas públicas direcionadas à este perfil, e mesmo quando as existentes são ineficazes. Políticas de verdadeira inclusão, de acesso ao direito mínimo à proteção básica, declarado na Política Nacional para a Pessoa em Situação de Rua.

São alguns dos objetivos da PNPSR:

I - assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda; [...]

VII - implantar centros de defesa dos direitos humanos para a população em situação de rua; [...]

IX - proporcionar o acesso das pessoas em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica; [...]

XIII - implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela população em situação de rua à alimentação, com qualidade. (2009)

A lei existe, mas ainda não é executada em sua totalidade e com eficácia, por falta de estrutura, preparo ou atenção do Estado á esse tema.

Mas observamos que ainda há resquícios de uma política antiga de higienização, que expulsa os moradores dos locais onde dormem para limpar a cidade desta visão e presença tão incômoda, os obrigando á dormir em outro local, até que o mesmo aconteça novamente.

1.5.1 A atuação do Serviço Social com mulheres em situação de rua e dependentes química.

Desde que começamos esse TCC (Trabalho de Conclusão de Curso) não economizamos nossos esforços em busca de conhecimentos ou de outros trabalhos, que tratem deste tema tão delicado que é a mulher em situação de rua e dependente química.

Apesar de todos nossos esforços não encontramos uma bibliografia que fosse realmente ao encontro com nosso tema, no entanto fomos à procura de alguma publicação que pudesse nos ajudar em nosso trabalho e no nosso entendimento e constatamos que não existe publicação específica sobre isso.

Isso acaba dificultando o trabalho destes profissionais que atuam nesta área, pois não tem onde buscar leituras para encontrar soluções diante desta problemática.

O tratamento para dependentes não inclui só a parte clínica, as mulheres já vem com uma história de vida e diante disto a necessidade de uma equipe multidisciplinar para que o tratamento possa surtir resultado.

Segundo a Assistente Social Ellen da Casa de Acolhida Reencontro,

...”questão das drogas e do alcoolismo, tem uma origem, uma origem né, origem lá trás, e tem a ver com a história de vida da pessoa, então antes dessas pessoas estarem em situação de rua eles tiveram uma história, precederam de algum conflito, enfim, esta muito ligado a história de vida da pessoa né. Então hoje né é um problema real, problema que exigem um enfrentamento muito forte, que a meu ver é o maior problema que a gente encontra aqui, é o que eu sinto e assim, reparei que essa problemática de dependência que as vezes a gente fica se sentindo de mãos atadas porque aonde recorrer, ainda o problema da dependência da droga, álcool não é encarado ainda como um problema de saúde pública.”

O uso do crack é apontado pela assistente social como a droga mais consumida entre as mulheres que estão nas ruas e freqüentam a Casa de Acolhida Reencontro, segundo ela o inicio normalmente se dá por influência do marido ou companheiro.

“Pelo que eu to percebendo, é nessa situação de rua o número maior seja o crack né, já tem casos aqui que eu já relatou que já iniciou no crack por influência ou do marido né que é usuário enfim, e assim as vezes a gente percebe, acredita que começa na maconha e depois vai para o crack. (, assistente social).

Ainda interrogada sobre o tratamento e os encaminhamentos destas mulheres ela relatou que as encaminha para o CAPS, mas nem sempre vão e quando vão dificilmente voltam para continuar o tratamento. O ideal seria clínicas de internação, mas isso é muito difícil, pois o tratamento é muito caro e inviável para as mulheres que se encontram em situação de rua e o governo não se mostra muito preocupado com o problema da dependência dando assim pouca ou nenhuma importância para essa situação.

“Olha até onde eu sei, isso tudo é uma grande falácia, porque assim, por parte do Estado, como eu disse a questão da dependência química né, o problema das drogas não é ainda encarado pela nossa sociedade como um problema de saúde pública, então o que aconteceu, o Estado para dizer que tomou diante da problemática, tomou alguma iniciativa né, resolveu abrir uma clinica lá no interior , não recordo o nome. Mas assim, o número assim, vou dizer, é insignificante o número de usuários atendidos ali” (assistente social).

Diante disto fica muito difícil a atuação do assistente social com essas mulheres, pois não recebem o respaldo do Estado para enfrentar esse problema.

CAPÍTULO II - A MULHER E A DEPENDÊNCIA QUÍMICA: PESQUISA DE CAMPO

O texto que se segue apresentará a análise com base na pesquisa realizada com mulheres dependentes química em situação de rua, com o objetivo de contemplar nosso objeto de estudo.

Discorreremos acerca das categorias: Motivo de estar em situação de rua, como se deu o envolvimento com as drogas, relação com a família e o contato com o trabalho do Assistente Social.

2.1 Os caminhos para a pesquisa de campo.

Conforme as linhas básicas de projeto a teórica, metodológica, empírica e prática, buscamos os conhecimentos necessários em nosso campo de pesquisa, sabendo que o conhecimento teórico é aquele dedicado às definições e o prático é o conhecimento de fazer, o conhecimento empírico são aqueles baseados em fatos, e a base empírica de conhecimento para o assistente social reside na coleta das experiências de seus usuários.

Segundo Gil (1999),

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Partes dos estudos exploratórios podem ser definidos como pesquisas bibliográficas, assim como certo número de pesquisas desenvolvidas a partir da técnica de análise de conteúdo. (p. 65)

Além da pesquisa bibliográfica que utilizamos para nossos estudos, usamos também a pesquisa documental. Pesquisa esta que é muito semelhante à pesquisa bibliográfica.

Como nos diz Gil (1999),

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

O desenvolvimento da pesquisa documental segue os mesmos passos da pesquisa bibliográfica. Apenas há de se considerar que o primeiro passo consiste na exploração das fontes documentais, que são em grande número.

Existem, de um lado, os documentos de primeira mão, que não receberam qualquer tratamento analítico, tais como: documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, contratos, diários, filmes, fotografias, gravações etc. De outro lado, existem os documentos de segunda mão, que de alguma forma já foram analisados, tais como: relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas etc (GIL, 1999, p. 66).

Dentro da nossa pesquisa de campo utilizamos o método dialético que são forças que se confrontam a todo o momento, assim:

É no confronto destas forças em oposição na realidade (aparência/essência, mudança/permanência, imediato/mediato, velho/novo, etc.) que o método dialético vai permitindo ao sujeito realizar a síntese, como um movimento de apreensão do real por meio da luta dos opostos. O que é importante citar é que deste movimento dialético, dado pelos vetores negativos que entram em contradição, a realidade se coloca tanto como possibilidades quanto como restrição de possibilidades (GUERRA, 2009, p.12).

Também utilizamos a pesquisa qualitativa que se baseia na interpretação e atribuição de significados dos fenômenos observados e é intrínseca e quantitativa que traduz os dados coletados para classificá-los e analisá-los (MARTINELLI,2005, p.120).

Após trilhar pelas linhas básicas de projeto e também consultar livros, artigos, enfim, ter feito uma pesquisa bibliográfica e documental com a preocupação de obter o conhecimento de vida das mulheres dependentes químicas e em situação de rua, partimos para a pesquisa prática.

Esta pesquisa prática foi um pouco mais delicada, pois fomos a campo buscar conhecimentos em entrevistas, diálogos, observações, diretamente com as mulheres dependentes químicas em situação de rua.

E segundo Gil (1999),

Os estudos de campo apresentam muitas semelhanças com os levantamentos. Distinguem-se destes, porém, em relação principalmente a dois aspectos. Primeiramente, os levantamentos procuram ser representativos de um universo definido e fornecer

resultados caracterizados pela precisão estatística. Já os estudos de campo procuram muito mais o aprofundamento das questões propostas do que a distribuição das características da população segundo determinadas variáveis. Como consequência, o planejamento do estudo de campo apresenta muito maior flexibilidade, podendo ocorrer mesmo que seus objetivos sejam reformulados ao longo do processo de pesquisa. Outra distinção é a de que no estudo de campo estuda-se um único grupo ou comunidade em termos de sua estrutura social, ou seja, ressaltando a interação de seus componentes. Assim, o estudo de campo tende a utilizar muito mais técnicas de observação do que de interrogação (GIL. 1999, p.72).

Esta pesquisa foi realizada no campo por nós definido, saímos às ruas com os agentes de proteção social do Instituto Santa Lúcia na região de Santo Amaro e conseguimos entrevistar duas mulheres em situação de rua. Entrevistamos além das dependentes químicas os profissionais que trabalham na instituição, com a intenção de conhecer o papel dos profissionais frente a essa demanda, no interesse de se poder compreender melhor a importância que tem o assistente social no tratamento das mulheres dependentes químicas e em situação de rua.

Elaboramos um questionário semi-estruturado com perguntas abertas e fomos a Casa de Acolhida Reencontro a fim de entrevistarmos as frequentadoras do local, fomos muito bem recebidos pela assistente social mas o mesmo não aconteceu com a coordenação que nos negou o direito de aplicarmos nosso questionário na instituição alegando que outra universidade já estaria fazendo o mesmo tipo de trabalho dentro da casa.

Partimos então para a busca de um novo local, foi muito difícil já que na região não existe outra casa de acolhida só para mulheres.

Decidimos então ir até a Tenda, um projeto dentro do Programa de Atenção Urbana, em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social e com a Igreja Católica, que fica situado no centro da cidade de São Paulo, fomos bem recebidos pelo educador do projeto e pudemos entrevistar 3 mulheres dependentes que por lá passam todos os dias a fim de tomar banho e fazer alguma atividade.

Também entrevistamos uma mulher que atualmente encontra-se nas ruas, mas que tem família bem próxima ao local em que ela fica diariamente, saímos juntamente com os agentes de proteção social do Instituto Santa Lúcia que faz um acompanhamento das pessoas em situação de rua na região de Santo Amaro e registramos uma conversa informal com duas mulheres dependentes.

A pesquisa foi muito importante para nós alunos de Serviço Social da UNISA (Universidade de Santo Amaro), pois ouvimos relatos comoventes por parte das mulheres e a carência no que se diz respeito a políticas públicas para as pessoas em situação de rua.

2.2 Campos da pesquisa

A princípio nosso campo de pesquisa seria a Casa de Acolhida Reencontro na região de Santo Amaro que abriga mulheres em situação de rua e seus filhos pelo período de 06 meses, mas como não foi possível então resolvemos que faríamos a entrevista com a assistente social da instituição e nossa pesquisa com as usuárias será nas ruas de São Paulo, foi aí que conhecemos o projeto Tenda. Contamos também com a participação do Instituto Santa Lúcia que nos permitiu sair com os agentes sociais para fazer abordagens nas ruas. O Instituto Santa Lúcia desenvolve um trabalho social com pessoas em situação de rua.

2.3 A História do Instituto Santa Lúcia

Em março do ano de 2000 no Jardim Ângela, mais precisamente no Jardim Santa Lúcia foi criada a Associação de Moradores do Jardim Santa Lúcia e adjacências, com objetivos de melhorias das condições de vida, ou seja, habitacional e também de outros problemas sociais.

Jardim Santa Lúcia é um bairro localizado na região sul de São Paulo, e pertence à Subprefeitura do M'Boi Mirim, distrito do Jardim Ângela, onde muitas famílias vivem abaixo da linha da pobreza e com sérios de problemas sociais, chegando à vulnerabilidade social. A Associação dos Moradores obtiveram algumas conquistas como a urbanização da favela, conseguiram iluminação, canalização da água e outras conquistas, que vieram abrir as portas para aos moradores se qualificarem na execução de políticas sociais, e desta maneira enfrentar novos desafios.

Assim nasce o Instituto Santa Lúcia que segundo fonte do próprio Instituto “mantém 22 serviços por meios de convênios com o poder público e parcerias com a iniciativa privada. São mais de 42.000 atendimentos/mês nas 31 subprefeituras da cidade de São Paulo”.

O Instituto realiza um trabalho no âmbito da proteção social, atendendo em especial a população de rua e abandono, acolhimento, abrigo, crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil, abuso e violência sexual.

O Instituto Santa Lúcia conta com agentes de proteção social que fazem um trabalho com a população em situação de rua.

O fenômeno população em situação de rua presente nas principais cidades do mundo é um desafio que o Instituto assumiu como compromisso social. Após abraçar um imenso trabalho de abordagem, encaminhamento e acolhimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos em situação de rua na cidade de São Paulo, o Instituto vem depositando esforços na produção de conhecimento e aprimoramento da prática desenvolvida buscando, de forma integrada com os demais órgãos da sociedade, superar esse problema que é considerado talvez o mais grave problema social do país e que coloca o ser humano no limite da sua dignidade. As ações de enfrentamento através dos projetos e serviços desenvolvidos são pautados no trabalho em rede, de forma integrada com os demais órgãos e serviços de defesa, em especial na área de direitos humanos, tendo como referencia a Política Nacional de Atenção à População em Situação de Rua que tem sido amplamente debatida.

Fonte: Santa Lúcia

Os agentes de proteção social trabalham em conjunto com agentes de saúde para a prevenção de doenças, esse trabalho tem surtido efeito segundo o Instituto, eles em conjunto fazem o encaminhamento desses moradores e esclarecimento a cerca dos seus direitos com relação ao SUS.

O Instituto Social Santa Lúcia atua de forma articulada com a rede de saúde pública, incorporando a atenção como condicionalidade e direito básico da população atendida na rede de serviços, promovendo a saúde preventiva e buscando aprimorar o conhecimento dos profissionais do Instituto acerca do Sistema Único de Saúde.

Desde 2006 uma ação conjunta entre os Agentes de Proteção Social do Instituto com os Agentes Comunitários de Saúde vem apontando resultados positivos no trabalho de abordagem e encaminhamento da população em situação de rua, o que demonstra que é absolutamente possível e necessário atuar de forma intersetorial e em rede.

Fonte: SANTA LÚCIA

2.3.1 A História da TENDA

Conforme informações obtidas através de diálogo com o assistente social da Tenda, o senhor George, podemos aqui apresentar o trabalho que é realizado naquele local.

A Tenda como é conhecida fica situada na Rua Dom Pedro, n. 1015, Parque D. Pedro, na cidade de São Paulo, no espaço hoje denominado Atenção Urbana – Espaço de Convivência Jardim da Vida Dom Luciano Mendes de Almeida.

O trabalho realizado naquele local é um projeto da Aliança de Misericórdia da Igreja Católica com parceria da Prefeitura do Município de São Paulo, que atende as pessoas em situação de rua, ou melhor, as famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por decorrência de inúmeros fatores que geram a exclusão, disponibilizando serviços para esta população, prioritariamente para pessoas em situação de rua que requerem o acompanhamento individual e maior flexibilidade nas soluções protetivas.

São inúmeros os atendimentos prestados na Tenda que se subdividem em duas naquele local: Tenda I e Tenda II.

Os espaços abertos denominados TENDA I e TENDA II se constituem serviços de recepção do indivíduo em situação de rua, pelos orientadores sócio-educativos, procurando estabelecer um local de resgate de sua identidade e história de vida proporcionando que esta pessoa consiga novas alternativas com vistas à saída das ruas.

As Tendões tem o objetivo de garantir um espaço de convívio e referência para pessoas adultas em situação de rua, com ações que favoreçam a melhoria da qualidade de vida e a construção da saída das ruas, acolher e fortalecer o desenvolvimento da sociabilidade por meio da promoção de atividades orientadas, que norteiem a construção de vínculos interpessoais e familiares na perspectiva da inserção sociocultural e do fortalecimento da cidadania.

E a demanda que é atendida nestes espaços, é uma demanda muito grande, e com isso tem alguns objetivos específicos como:

- Oferecer às pessoas em situação de rua um local de convivência e escuta propiciando maior autonomia;
- Recepcionar as pessoas em situação de rua com atividades socioeducativas e de lazer;

- Orientar sobre a rede socioassistencial (CRAS, Saúde, Habitação, Educação, Trabalho e outros);
- Assegurar ambiente acolhedor e acolhedor;
- Programar ações para o restabelecimento e/ou preservação dos vínculos familiares;
- Promover atividades socioeducativas, culturais, esportivas e de lazer.

Na Tenda I é um espaço de acolhida, de estar, de convívio e escuta com atividades socioeducativas, de cultura e lazer, além de banho e orientações de higiene.

Já no espaço da Tenda II, é realizado o trabalho social com o acolhimento dos usuários por meio da recepção, escuta e registro da história de vida, que se constitui no estudo de caso bem como, orientação e encaminhamentos para a rede socioassistencial.

2.4 Perfil das mulheres usuárias de drogas em situação de rua

As mulheres que hoje se encontram nas ruas de São Paulo normalmente tem histórias muito parecidas segundo a assistente social Ellen, são aquelas que perderam os vínculos familiares, que foram para as ruas por causa do uso abusivo das drogas ou também pela violência sofrida dentro de seus lares por pais, irmãos ou companheiros.

“No geral o que a gente observa aqui, né é perda de vínculo familiar muito forte, ai que envolve né essa questão da perda de contato com a família é problema de alcoolismo, de drogas enfim...”(assistente social)

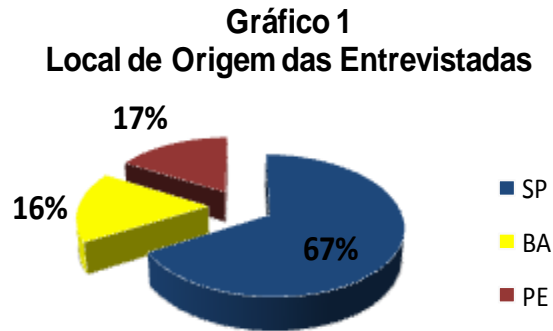
Em 2009 essas mulheres representavam 15,5% da população em situação de rua no município de São Paulo, conforme tabela abaixo.

Tabela 6
Moradores de rua, sexo, 2009

Gênero	Numero	%
Masculino	5.251	79,7
Feminino	1.023	15,5
Sem Identificação	313	4,8
Total	6.587	100,00

Fonte: Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas

Algumas destas mulheres vieram de outros Estados para tentar a vida aqui na capital de São Paulo, mas aqui chegando não encontraram emprego e nem moradia indo parar embaixo dos viadutos com seus filhos e companheiros.



Buscam refugio nos albergues ou casas de convivência para ter um local onde dormir e cuidar da higiene.

Albergue: trata-se de serviço emergencial destinado a todas as pessoas que se encontram nas ruas e não têm meios para satisfazer suas necessidades básicas; destina-se, sobretudo, às pessoas que não apresentam nenhuma ou têm poucas condições para se manter sozinhas sem o apoio de uma instituição social.

Casas de Convivência: esses serviços funcionam apenas durante o dia e propiciam aos moradores de rua a possibilidade de cuidar da higiene pessoal, lavar suas roupas e guardar seus pertences; dá-se, porém, nesse espaço, maior ênfase às atividades socioeducativas, de socialização e organização em grupo, visando aumentar a auto-estima de seus beneficiários. (GIOGETTI, 2006:137)

Grande maioria destas mulheres vai para as ruas por causa das drogas, mas há aquelas também que começam a usar por estarem sem perspectiva de uma vida melhor.

Segundo a assistente social,

“[...] também observo que é também grande o numero de pessoas, ainda aquela história né, que vem pra São Paulo em busca de oportunidade, e as vezes não tem nenhum referencia da cidade, chega aqui não conhece ninguém, vem buscar trabalho, temos casos aqui, busca de melhores condições de vida, enfim, não tem referencia na cidade, nunca passou por albergue, não conhece nada e acaba procurando, conhecendo alguém e sendo trazido aqui ou para algum equipamento.”

O crack é a droga mais usada por estas mulheres segundo a entrevistada, por ser uma droga muito barata e de fácil acesso o consumo é maior, algumas destas mulheres já foram encaminhadas para algum tipo de tratamento como o CAPS, mas nem sempre freqüentam ou concluem o tratamento.

[...] acúmulo de dificuldades (afastamento do mercado de trabalho, problemas de saúde, falta de moradia, perda de contatos com a família etc). Trata-se da última fase do processo, produto de uma soma de fracassos que conduzem à acentuada marginalização. Não nutrindo mais nenhuma esperança de sair, verdadeiramente, dessa situação, essas pessoas sentem-se inúteis para a sociedade. Perderam o sentido de suas vidas. Procuram, então, muitas vezes na embriaguez, a compensação para seus infortúnios ou suas derrotas. Os assistentes sociais que tentam reinseri-los salientam que o maior problema com que se defrontam é o do álcool ou da droga. (VÉRAS in PAUGAM, 2003, p.39).

Embora sendo um problema de saúde pública, o Estado não facilita tratamento para estas mulheres, e assim o número de mulheres nas ruas vem aumentando a cada dia. Elas fogem de seus lares esperando encontrar nas ruas a liberdade sonhada, mas também encontram violência, por parte das pessoas que já estão nas ruas há mais tempo, policiais, transeuntes ou do próprio traficante. Muitas vezes submetem à prostituição para assim “ganhar” a proteção de alguma outra pessoa em situação de rua.

É preciso ressaltar, também, que o modo de vida desses andantes implica formas de resistência à miséria que podem passar como provocação e, em alguns casos, como reivindicação da liberdade de viver à margem da sociedade. Tais comportamentos correspondem ao último estágio de inversão simbólica do estigma. Quando se dirigem aos assistentes sociais, eles sabem que não têm nada a perder e adotam um tom agressivo. Trata-se de um mecanismo de defesa. Sentem-se ameaçados ou observados com reprovação por esses profissionais do setor social, que vivem em um outro mundo. Assim manifestam seu direito à palavra. Esses comportamentos não são sempre compreendidos. Eles não facilitam os contatos com a administração e com as pessoas que gostariam de ajudá-los. (VÉRAS in PAUGAM, 2003, p.41)

A escolha por uma maneira diferente de sobreviver, não é muito diferente da realidade de muitas mulheres que estão inclusas na sociedade, pois a mulher tem sido vítima freqüente de violência independente de sua classe social.

Dentro ou fora de casa a mulher sofre violência por parte de companheiros, pais, irmãos, vizinhos, patrão e diversas são as vezes que elas não denunciam essa violência por medo ou vergonha e encontram nas drogas refugio para os problemas. Às vezes o álcool passa a ser o companheiro diário, nem sempre o álcool é tido como droga, a idéia de que o primeiro gole não vicia ainda é muito forte e a sensação que ele provoca faz com que a mulher sinta certa euforia esquecendo assim por alguns momentos os problemas costumeiros.

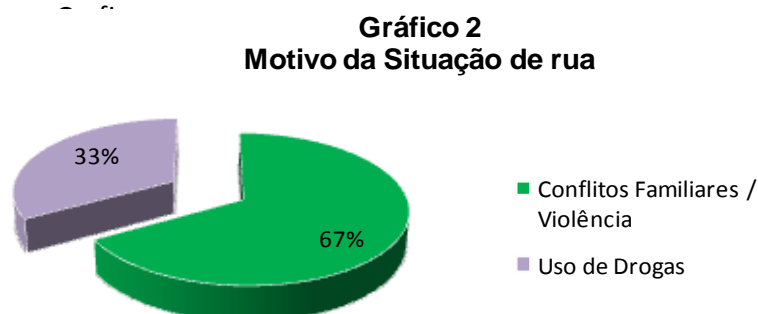
2.5 Apresentação dos resultados e análise da pesquisa de campo

A seguir apresentaremos resultados obtidos através de pesquisa realizada com mulheres dependência química em situação de rua na cidade de São Paulo.

A finalidade desta pesquisa é conhecer a realidade das ruas onde estas mulheres encontram-se no momento e fazem uso de drogas diversas, qual a droga mais utilizada pelas mesmas e perfil das entrevistadas. Onde entra a família nesta história já que os danos causados na família a tornam co-dependentes, pois acabam convivendo com o problema mesmo que a pessoa envolvida já não esteja mais morando na mesma casa que a família. A atuação do assistente social na relação com a dependência química e qual o respaldo que o Estado dá a estes profissionais no tocante a essa problemática.

2.5.1 Motivo de estar em situação de rua

Percebemos que entre as entrevistadas, o principal motivo da ida para as ruas dessas mulheres inclui a violência familiar.



Violência esta que pode ocorrer pelo fato da família não acreditar na dependente e achar que tudo o que ela diz é invenção, ocultando assim fatos importantes que estão ocorrendo dentro da família e o medo de perder o companheiro, algumas mulheres colocam suas filhas nas ruas jogando assim toda a culpa da violência em suas filhas como observamos na fala da E₁:

Não eu só aqui porque eu saí da minha casa, por sacanagem por ter matado meu pai, meu pai me estropou e com 15 anos eu tive uma filha com ele minha mãe me expulsou de casa ela não acreditava em mim porque ela falou que eu abria as pernas pra ele, mas era mentira eu não fazia essas coisas porque eu nem sabia o que era isso e ela não me defendia dele... (silêncio).

E ainda a E₃ relata sobre a violência sofrida na casa dos pais:

[...] Porque no dia em que ela tentou me matar ela falou que eu não era filha dela, ela tentou me abortar, ela veio enfiar a faca em mim, quem tirou foi o marido dela, aí ela pegou e falou pra mim que a pior coisa que aconteceu na vida dela foi eu. Aí eu peguei e virei as costas e disse pra ela: Tudo bem, eu vou pra rua, mas um dia você vai me ver lá em cima, e no dia que você me ver lá em cima... (silêncio) Porque hoje eu preciso da sua ajuda e você não me dá.

Também observamos que os conflitos familiares são motivos para a saída de suas casas quando a E₂ diz: “Aí tipo eu não quero ficar na casa da minha mãe. Ela joga na cara as coisas e eu não gosto aí eu preciso até, mas daqui a pouco eu vou sair das ruas”.

Podemos perceber que depois que a mulher vai para as ruas pela primeira vez, qualquer motivo faz gerar desavenças na família como desculpa para não viver mais ao lado de seus familiares conforme a E₄.

A primeira vez eu tinha dezoito anos e estava em busca de aventura achei que não conhecia nada da vida e aí arrisquei achei que seria divertido poder usar o que quisesse sem ter ninguém pra encher meu saco e era muito bom, pois no começo eu tinha domínio sobre mim agora já era, então fiquei nas ruas só seis meses e voltei pra casa pra tentar ser normal... voltei pra escola terminei o ensino médio, arrumei emprego depois casei e engravidei da minha filha ela é linda minha linda Ana Clara hoje não vejo mais ela porque meu ex-marido não deixa...

Outro fator que leva as mulheres a esta situação, é a dependência química, conforme constatamos nas entrevistas feitas, principalmente no depoimento da E₄, onde fica visível esta afirmação:

(risos) Você ainda pergunta? As drogas claro, na casa da minha mãe eu não tinha liberdade pra usar a qualquer hora, sempre tinha um pra encher meu saco, pô ninguém merece, a gente devia poder fazer o que quisesse da vida sem ninguém ficar enchendo nosso saco. As pessoas não respeitam o momento de ninguém e nesse momento eu queria curtir meu baseado não ficar dando explicação pra ninguém. Não podia levar meus amigos na minha casa que minha mãe falava que eu só sabia andar com drogados, meu ela não tem nada a ver com a vida dos meus manos cara, ela é muito chata até largou do meu pai diz que foi por causa de mim, mas não acredito, eles não vê que estou bem grandinha e sei cuidar de mim não preciso de babá não.

Através das falas das entrevistadas, pudemos observar as causas e os motivos dessas mulheres estarem em situação de rua, sendo a violência, desentendimento familiar e as drogas, fatores visíveis e de grande influência para que se desencadeassem todas estas conseqüências.

Mesmo tendo constatado que os conflitos familiares muitas vezes são o principal motivo desta ida para as ruas, ainda existem aquelas que tiveram o apoio de seus familiares e mesmo assim encontrou nas ruas a melhor opção de vida como descreve a entrevistada E₄.

...meu mundo caiu e eu já não sei o que é certo ou errado, pra mim ta tudo certo, ninguém entende cara, minha família não tem culpa eles tentaram me ajudar muito, mas a danada da droga foi mais forte e agora já era não penso em parar mais porque já é tarde. Perdi minha filha, meus pais e só o que sobrou foi um cachimbo de crack.

A dependência é mais forte do que o vínculo familiar, essas mulheres deixaram seus pais, filhos, maridos, mas não conseguem deixar as drogas.

2.5.2 Envolvimento com as Drogas

De acordo com a fala das entrevistadas, podemos analisar que as mulheres em situação de rua já experimentaram diversos tipos de drogas, mas a mais consumida é o crack.

Essa droga tem causado muitos danos a vida dos usuários, tanto que já está se pensando em uma política específica dentro da Política nacional Antidrogas¹⁷

Segundo Mussini, (2005) esta droga está presente no cotidiano dessas mulheres por ser uma droga de baixo valor e fácil acesso. Ela se torna a mais consumida, pois causa uma dependência rápida entre os usuários.

Segundo a assistente social Ellen, entre as mulheres que freqüentam a casa de acolhida Reencontro, o crack também é a droga mais consumida.

Pelo que eu to percebendo, é... nessa situação de rua o numero maior seja o crack né, já tem casos aqui que eu, já relatou que já iniciou no crack por influência ou do marido né que é usuário enfim, e assim as vezes agente percebe, acredita que começa na maconha e depois vai pra... (assistente social)

O envolvimento com as drogas, segundo as entrevistadas, se deu quando eram ainda muito jovens e ainda estavam em companhia da família.

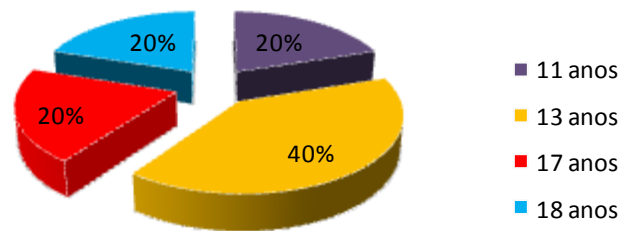
Quando eu morava com meu tio e comecei a fazer umas coisas erradas, comecei a trabalhar em biqueira (local, ponto de venda de drogas), com quinze anos eu comecei a trabalhar em biqueira para ter o meu dinheiro, e aí eu comecei a usar cocaína, era outra droga que eu já usava; aí bem mais pra frente, eu conheci umas pessoas aqui e comecei a fumar maconha, a primeira droga que eu usei foi a cocaína.

A cocaína foi com treze, aí depois com quinze eu comecei a trabalhar na biqueira, aí eu comecei a usar mais ainda. (E3)

¹⁷ A Comissão Especial de Políticas Públicas de Combate às Drogas vai avaliar em audiência pública a Política Nacional Antidrogas e outras ações que visam combater e prevenir os efeitos do crack e de outras drogas ilícitas. O debate ainda sem data marcada, convidou o ministro da justiça e da saúde, o diretor geral da polícia federal, o presidente do Conselho Nacional Antidrogas, a secretária de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça, entre outros envolvidos neste tema.

<http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias/SEGURANCA/195451-COMISSAO-AVALIA-POLITICA-NACIONAL-ANTIDROGAS-COM-MINISTROS.html>

Gráfico 3
Primeiro contato com a Droga



A escolha pela droga se dá também, de acordo com a situação financeira da usuária. Relatam que tem sua preferência, mas que dependendo do local, do momento que estão vivendo, e do grupo em que está inserida com menor ou maior poder aquisitivo, fazem uso do que está em mais fácil acesso.

(risos) já usei de quase tudo gosto muito do crack, maconha, cocaína, cola, beck, não tenho muita preferência não uso o que o dinheiro dá pra comprar, as vezes a gente encontra um camarada que está afim de usar uma parada melhor mas não quer ir sozinho aí chama a gente e a gente vai né mas eu uso mais o crack que é mais barato e mais fácil de comprar qualquer cinco conto consigo uma pedra a coca já é mais cara isso que eles vendem por aí tá longe de ser uma coca das boas isso é tranqueira eu já usei coca da boa quando estudava na faculdade andava com um pessoal que tinha grana e eles me chamavam pra usar na hora de ir embora adorava isso quando lembro tenho vontade de chorar, agora só uso porcaria não tenho dinheiro né fazer o que trabalhar eu não vou o jeito é se contentar com o que aparece.(E4)

Diante destes depoimentos podemos constatar que o envolvimento com as drogas se dá ainda muito cedo, fazendo parte até mesmo da infância destas mulheres. A saída para as ruas e as companhias também influenciam no seu envolvimento com as drogas, com relação a preferência por algum tipo específico elas dizem ter sim, mas por estarem em uma condição de vida sub humana elas tem consciência de que tem que aproveitar o que aparece no momento.

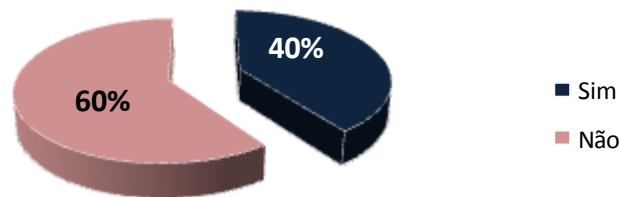
Constatamos também que o convívio com pessoas usuárias, independente da classe social fez com que as entrevistadas voltem a usar algum tipo de droga até mesmo para não se sentir excluída do grupo social a que estão incluídas.

...eu fazia publicidade e propaganda na Anhembi Morumbi e trabalhava em um escritório de publicidade... no dia do aniversário da minha filha elas disseram então vamos sair pra comemorar porque

não é todo dia que nossa filha faz um ano né, eu fui e aquele dia voltei pra casa as cinco da manhã meu marido já tinha ido a casa dos meus pais e foi aquele que auê...bastou minha mãe olhar pra mim e percebeu tudo...minha consciência estava pesada de enganar minha família mais o prazer de usar era maior que tudo e aí aconteceu muito rápido perdi meu emprego, pois passava a noite com os amigos e não tinha paciência de trabalhar no dia seguinte. E4

O uso indevido das drogas trouxe graves conseqüências na vida das nossas entrevistadas, elas perderam suas famílias, empregos e o pior de tudo foi perder a dignidade. Algumas sentem o desejo de largar o vício e até tentaram um tratamento no CAPS, mas não deu certo segundo a entrevistada 4 por falta de interesse da parte dela “....acho que por falta de vontade minha, não quero sair das drogas não tenho mais jeito e não quero perder tempo com isso não”.

Gráfico 4
Interesse em parar com as drogas



Mesmo percebendo o impacto causado pela dependência, apenas 40% das entrevistadas tem interesse em procurar algum tratamento.

A dependência faz com que o usuário já não tenha mais o domínio sobre o seu próprio corpo, no momento em que ele usa esquece de tudo e as vezes nem sabe o que está ocorrendo em sua volta segundo E4.

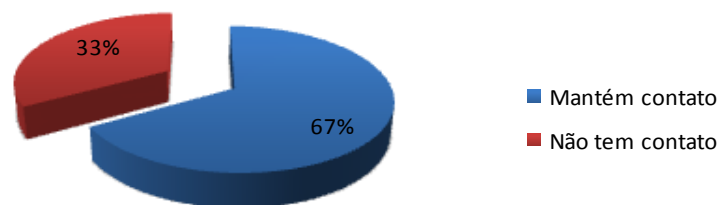
Tava dormindo lá perto do posto do rio bonito tava muito louca nem vi direito o que aconteceu sentia um peso em cima de mim e meu corpo doendo ouvi gritos vindos de longe quando percebi o que estava acontecendo o cara já tinha-me estrupado e tava correndo acho que naquele dia cheirei tanto que não sabia nem onde tava nem quem era, fiquei toda machucada pô o cara era o maior macaco e eu sou magrinha me levaram pro hospital e fui muito judiada pelos médicos que falou assim: Não perde tempo com essa mina não ela é drogada, pô sei que sou viciada mas também sou gente, tenho sentimento e um corpo de carne será que ninguém percebe isso não?

O usuário é tratado com descaso até mesmo por aqueles que fizeram um juramento em salvar vidas, independente se a pessoa é usuária ou não todos tem direito a um atendimento médico de qualidade e ser respeitado como ser humano.

2.5.3 Relação ou contato com a família

No que se diz respeito ao contato com a família algumas delas ainda mantém contato, outras não por motivos diversos incluindo a situação de violência sofrida por parte de familiares ou conflitos gerados pela dependência dessas mulheres.

Relação ou Contato com a família



Estes motivos estão visíveis quando a E4 fala:

“Sim só não vejo todo dia porque não quero é um saco eles ficam pegando no meu pé, só venho aqui ou na minha mãe quando quero tomar ou pegar uma roupa limpa pra tocar (risos) né mãe? De vez em quando cruzo com meus irmãos pela rua, mas eles fingem que não me conhecem até eu faria o mesmo quem quer ter uma irmã como eu que só dá vergonha pra família, as vezes sinto saudades das brincadeiras de criança quando nós (ela e os irmãos) brincava de carrinho de rolemã e soltava pipa era bom mas agora não volta mais, vc viu como meus irmãos estão bonitos é a casa ta sempre cheia de gatinhas (risos) então CE acha que eles vão parar na rua pra falar comigo esse trapo que eu to faze o que né se a vida **quer assim.**”(E4)

Segundo a entrevistada ela só procura a família quando necessita de algum favor, em nenhum momento ela diz que vai à casa dos pais saber como estão passando ou para partilhar algum momento do convívio familiar com os irmãos. Percebemos então que o vínculo familiar acaba se quebrando quando a mulher abandona a casa e sai para as ruas em busca de drogas, abandonando assim também seus filhos que por muitas vezes ainda são muito pequenos.

“...minha linda Ana Clara... o pai tem a guarda dela e falou que não posso chegar perto dela senão ele chama a polícia acho que é cão que polícia vai proibir uma mãe de chegar perto da filha você sabe me dizer se ele pode fazer isso comigo”?

O convívio com a família muitas vezes é complicado, pois os conflitos já vem desde o nascimento dos filhos quando as mães não tem estrutura para educar e criar um filho passando a outro esta responsabilidade. Muitas são as vezes em que as crianças ficam melhor sem os pais biológicos sendo criados por parentes ou mesmo por estranhos, mas sempre vai existir a carência por parte dessas crianças.

“Eu não convivi muito com a minha mãe, foi mais com meu tio né, aí quando eu fui viver com ela, ele pegou... (silêncio) a minha mãe tinha uma vida complicada; aí quando ela foi presa, aí a gente não chegou a ter muito contato. Aí agora que eu decidi morar com ela, ela começou a me humilhar, eu peguei e vim pra rua de novo. ...eles não querem saber de mim.” (E3).

Diante da fala da entrevistada percebemos que ela tem uma carência grande na parte afetiva e que apesar dos problemas que a mãe teve com as drogas e a prisão por conta do tráfico ela ainda gostaria de ter a presença da mãe no convívio diário, mas suas vidas tomaram caminhos distintos e hoje elas já não conseguem mais se entender.

A saudade da família muitas vezes se faz presente na vida destas mulheres, mas elas acham que já perderam tudo e hoje já não há mais saída, a entrevistada 4 reconhece que tinha uma boa vida junto com a família e que sente falta deste convívio mas não encontra forças para lutar e sair desta condição.

“...não dá não minha vida ta toda zuada já acabei com meu casamento, com a vida dos meus pais agora já era vou largar pra que ninguém quer saber de mim não, olha meu cabelo parece cabelo de milho (risos) minha mão ta toda grossa igual a mão de homem sei que meu fim será triste mas não ligo não. Tive tudo dentro da minha casa e não aproveitei um pai bom uma mãe amorosa meus irmãos lindos, minha filhinha ai que saudade (tristeza) cada vez que lembro dela meu coração chora de dor”.

Pode-se perceber na fala da E2 que o contato com a família é turbulento e fica difícil uma convivência harmoniosa, sendo assim mesmo tendo necessidade a entrevistada não admite em retornar ao convívio familiar. A mesma mantém esperança de conseguir um lugar para morar saindo das ruas, mas não junto com a família. “Aí tipo eu não quero ficar na casa da minha mãe. Ela joga na cara as coisas e eu não gosto...ai eu preciso até...mas daqui a pouco eu vou sair das ruas.”

2.5.4 Contato com o trabalho do assistente social

Com relação ao contato que essas mulheres têm com os assistentes sociais elas afirmam que pouco ou quase nenhum contato com os profissionais. E também a E4 afirma não ter gostado do contato que teve com a profissional.

“Não só conheci assistente social por causa do tratamento que fiz lá no CAPS, e não gostei da experiência (risos) desculpe sei que esta é sua profissão, mas não dei sorte de encontrar alguém como você para me orientar não, quem sabe quando você se formar eu te procure (risos).” (E4)

Podemos perceber que a idéia que elas têm do assistente social é só para um serviço emergencial, para tomar um banho ou mesmo para ganhar uma muda de roupa e não para fazer um acompanhamento ou mesmo ser encaminhada para algum tipo de tratamento. Na verdade elas não fazem idéia do que uma assistente social faz e acabam não procurando o serviço.

[...] agente ia na assistente social e a assistente social não podia fazer nada. E agente dava aquele xaveco.”
Aí eu fui, porque era necessidade, eu tava com as roupas toda molhada, tava chovendo, tinha que secar minhas roupas, só fui por isso. (E2)

Somente uma das entrevistadas procurou o Serviço Social para tentar encontrar moradia, pois tem vontade de sair das ruas e deixar esta vida.

É o daqui; aí eu pedi... (silêncio) eu fui falar pra ele a respeito de arrumar algum lugar pra mim morar, que eu queria sair da rua e que queria também um emprego. Aí ele me encaminhou pra um lá na Mooca, mas não deu em nada... (E3)

Diante disto, podemos constatar que os serviços prestados às pessoas em situação de rua ainda é ineficiente diante da demanda. E conforme a fala da assistente social entrevistada ainda não presenciou ou chegou ao seu conhecimento nenhuma usuária que tenha o desejo de fazer um tratamento efetivo

Eu preciso assumir, chegar aqui: não eu sei que eu preciso desse tratamento para eu recuperar, voltar a minha vida, ainda não aconteceu, aqui eu não percebi ainda. Normalmente assim, agente, nosso trabalho é... Despertar isso, e assim às vezes chega assim num nível que todos aqui falam nível, começa, sabe do que eu contei pra vocês do caso, entre aspas, né, o caso. E Uma situação que agente né, ela já tá, não sei se posso dizer, perda de consciência da situação, dos prejuízos que ela tá tendo na vida, que agente né, que tem que fazer todo um trabalho de incentivo, de colocar, né de tentar enfrentar, de mostrar pra pessoa, né porque às vezes a pessoa já está num nível de dependência que é muito... Já perde já a consciência né, do prejuízo e agente que tem que fazer esse trabalho de apontar, mas assim ate então, nesses dois meses que to aqui ainda não me apareceu nenhuma usuária convivente que tenha esse, que sinta esse sentido.

Por outro lado percebemos que as pessoas que se encontram nesta situação não têm consciência dos seus direitos básicos, procurando o atendimento apenas para suprir suas necessidades emergenciais, apenas maquiando sua situação.

Existem tratamentos para esses dependentes, mas há também a necessidade de ampliar o tratamento já testado nos últimos anos pela Secretaria Estadual da Saúde (SES) no Estado de São Paulo, pois ainda é insuficiente devido ao número de pessoas que se encontram hoje nas ruas e necessitam de um tratamento eficaz.

Percebemos também que há o despreparo de alguns profissionais para prestar atendimento a esta população que vem crescendo a cada dia.

CONSIDERAÇÕES

O conteúdo apresentado, cujo tema se baseou na mulher dependente química em situação de rua, teve como objetivos específicos conhecer o contexto familiar destas mulheres e os motivos que levaram essas mulheres a abandonar seus lares e viver nas ruas junto com pessoas desconhecidas. Dentro da dependência buscamos conhecer quais são as drogas mais usadas e quais os tratamentos oferecidos para a dependência química.

Tendo em vista os objetivos apresentados e também através da análise realizada, consideramos que a maioria das mulheres vai para as ruas por conflitos familiares ou violência, o segundo motivo é o uso das drogas. Muitas vezes a família não tem condições de entender essas mulheres dando assim a elas uma oportunidade de tratamento, mesmo porque quando existe um dependente químico na família grande parte desta família também fica doente é o que chamamos de codependência.

Dentre os desafios encontrados, julgamos importante citar a ausência de políticas públicas eficazes e suficientes. A existência dessa dificuldade já era prevista por nós, durante a elaboração do pré-projeto deste trabalho. A previsão dela, contudo, tornou-se uma constatação após as pesquisas de campo realizadas, pois, ao longo delas, nossa entrevistada da instituição falou sobre a dificuldade que sente em realizar encaminhamentos por conta da ineficiência e da insuficiência de políticas públicas. Para nós, esse tipo de problema lamentavelmente é uma realidade que o assistente social enfrenta em qualquer campo de atuação. Haja vista as deficiências de políticas públicas provocadoras, também, da discrepância da desigualdade social.

Além disso, ainda existe o preconceito enfrentado pelo profissional e mais ainda pelo dependente químico e seus familiares, que ainda é julgado pela sociedade como um desvio de caráter.

Em se tratando dos resultados obtidos com os tratamentos, concluímos que o dependente químico sempre será um dependente químico em estado recuperação, pois dependência química trata-se de uma doença para a qual não existe cura. Informação que nos causou tristeza, contudo ela pode ser tratada.

Nosso projeto de pesquisa nos permite concluir que, assim como os limites vão existir, as possibilidades, por outro lado, poderão vir a ser conquistadas. O que

devemos fazer, para que elas ocorram com maior naturalidade é criar novas alternativas de atendimento para os dependentes químicos. Antes de criar alternativas, porém, é preciso repensar alguns valores impostos e promover a conscientização, por exemplo, de que a dependência química é um problema de saúde pública e precisa ser tratada como tal. Dentro da nossa pesquisa percebemos que o crack é a droga mais utilizada pelas mulheres que estão em situação de rua e por isso já foi pensado em uma política para combater essa droga tão violenta que vem devastando as famílias, tirando delas seus entes queridos.

Também constatamos segundo pesquisas que a população de rua vem crescendo assustadoramente e com isso o consumo de drogas, isso se tornou tão comum que a sociedade já não se importa ou faz de conta que não vê. Uma linha imaginária foi criada ao redor dessas mulheres para separá-las da sociedade, como se a culpa por elas estarem nessa situação fosse somente delas, não são levados em conta as dificuldades que elas enfrentam com relação a falta de moradia, afastamento do mercado de trabalho, problemas de saúde ou até mesmo a perda de contato com a família.

Percebemos também que nem todas as mulheres já chegaram às ruas usando algum tipo de droga, mas com o passar do tempo e falta de uma perspectiva de vida melhor ela acaba se envolvendo com outros dependentes e o início quase sempre o mesmo, um gole de bebida e um cigarro de maconha.

Por fim destacamos que nossas entrevistadas tiveram pouco contato com um assistente social, e julgamos ser importante a equipe interdisciplinar trabalhar em conjunto para tratar não só a dependência, mas também identificar demandas para um trabalho de recuperação de vínculos, tendo em vista que a instituição familiar é um fator de extrema importância para eficácia do tratamento. Ainda em relação às possibilidades de atuação para o assistente social em se tratando do paciente, existe a árdua, mas gratificante tarefa de preparar esse sujeito para a reinserção social.

Concluindo assim nossa pesquisa podemos afirmar que nossa hipótese foi confirmada, pois a maior parte das nossas entrevistadas foi para as ruas por conflitos familiares que foram gerados também pelo uso de drogas. Depois de pesquisar os tratamentos podemos afirmar que as políticas públicas ainda são insuficientes e ineficientes no que se diz respeito às mulheres dependentes químicas

que hoje estão em situação de rua, uma vez que há necessidade de um trabalho intersetorial que envolva a assistência e a saúde.

REFERÊNCIAS

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Saúde formação e trabalho profissional**. 4.ed. São Paulo, Cortez Editora, 2009.

BRAVO, M. I. S; VASCONCELOS, A. N; GAMA, A. S; MONNERAT, G. L. (Orgs). **Saúde e Serviço Social** 3 Ed. Cortez, 2006.

FIPE - **FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS**. FIPE 2009. São Paulo, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social** 5ªed. São Paulo:Atlas, 1999.

GIORGETTI, Camila, **Moradores de rua: uma questão social?** São Paulo: Fapesp, Educ, 2006.

GUERRA, Y. **A dimensão investigativa no exercício profissional**. In Direitos Sociais e Competências Profissionais. 2 ed. Brasília, DF, Editora CFESS/ABEPSS, 2009, p. 1-19.

MARTINELLI, M. L. **Os métodos na pesquisa: pesquisa qualitativa**. Revista Temporalis. Recife. Ano V, n.9, 117-127, jan./jun.2005

MUSSINI, M. **Drogas pais e filhos**. 1.ed. Rio De Janeiro, Ciência Moderna Editora, 2005.

PAUGAM, Serge . **A Desigualdade Social: ensaio sobre a nova pobreza**. Tradução de Camila Giorgetti e Tereza Lourenço; prefácio e revisão de Maura Pardini Vêras. São Paulo: Educ/Cortez, 2003.

Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua, Brasil, 2009.

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, **Drogas? Tô Fora**. São Paulo, 2003.

SILVA, A. P. M; ALVES, T. S. **Usuários de crack: possibilidades e desafios para o Serviço Social**. Tese de Bacharelado em Serviço Social. PUC – SP, 2009.

SILVEIRA, F. D. X; GORGULHO, M. **Dependência – Compreensão e Assistência às toxicomanias**. São Paulo, Editora Casa do Psicólogo, 1996.

Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua, Brasil, 2009.

ZAITER, M. B. In **Drogadição. Drogas e Consequências**. 3. Ed. Lovise, São Paulo, 1994.

Sites:

http://www.adroga.casadia.org/recuperacao/dependente_em_recuperacao.htm
Acesso em 18/03/2011 às 20h38

<http://www.aloalobrasil.com.br/geral/comercio/02.03.2008,28753.shtml> Acesso em 14/03/2011 às 15h13

<http://www.antidrogas.com.br/dependencia.php> Acesso em 14/03/2011 às 14h24

<http://www.blogdafilosofia.blogspot.com/2010/06/definição-de-esteroide-anabolizantes.html> Acesso em 14/03/2011 às 15h35

<http://www.blogdamusculacao.com.br/wp-content/> Acesso em 17/02/2011 às 12h12

<http://www.brasilecola.com/upload/e/anfetaminas.jpg> Acesso 14/03/2011 às 14h38

http://www.convivercomcancro.blogspot.com/2010_05_01archive.html Acesso em 22/02/2011 às 16h12

<http://www.cotianet.com.br/seg/koban/rel2.htm> Acesso em 17/02/2011 às 13h33

<http://www.daniel-eloi.blogspot.com/2009/10/tolerancia-zero-contra-drogas-meth-nos.html> Acesso em 18/03/2011 às 23h30

<http://e-drogas.blogspot.com/2009/01/metanfetaminas.html> Acesso em 17/02/2011 às 16h22

<http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL1100345-5598,00.html> Acesso em 17/02/2011 às 16h30

<http://www.jardimdeflores.com.br/ervas/A47daime.htm> Acesso em 21/01/2011 às 22h16

<http://www.mundoqump.com.br/qual-a-droga-mais-perigosa-do-mundo/> Acesso em 13/02/2011 às 22h45

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm Acesso em 15/02/2011 às 10h20

<http://www.projetoreviver.wordpress.com/2010/01/23/a-droga-mais-perigosa-do-mundo-2/> Acesso em 21/01/2011 às 23h15

<http://www.santaluciasp.org/história> Acesso em 13/12/2010 às 15h30

<http://www.uniad.org.br/> Acesso em 21/10/2010 às 09h24

ANEXOS