



## **ANÁLISE DAS RELAÇÕES FAMILIARES EM CONTEXTO DE USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

### **ANAYSIS OF FAMILY RELATIONS IN A CONTEXT OF ABUSIVE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES**

**Sara Alves Henrique**

**Universidade federal do Piauí (UFPI)**

**Lúcia Cristina dos Santos Rosa**

**Universidade federal do Piauí (UFPI)**

#### **RESUMO**

O uso abusivo de substâncias psicoativas e a questão social decorrente dessa realidade demonstram que o cotidiano vivido pela família e por seus membros está permeado de desafios, que, conseqüentemente, afetam as relações e vínculos familiares. O presente artigo tem como objetivo analisar como a família se apresenta nas situações de consumo abusivo de substâncias psicoativas. Para isso, apresentamos as definições das categorias família e substâncias psicoativas e também como se estabelece a relação entre ambas. Percebeu-se que o processo da dependência química precisa ser observado considerando também as relações familiares, pois, nesse contexto a família pode se apresentar como um fator de risco ou proteção em relação ao uso abusivo de substâncias psicoativas.

**Palavras chave:** Família. Substâncias Psicoativas. Relações Familiares.

#### **ABSTRACT**

The abusive use of psychoactive substances and the social issue arising from this reality demonstrate that the daily life lived by the family and its members is permeated with challenges, which consequently affect relationships and bonds family. This article aims to analyze how the family presents itself in situations of abusive use of psychoactive substances. For this, we present the definitions of the categories family and psychoactive substances and also how the relation between both is established. It was noticed that the process of chemical dependence needs to be observed also considering the family relationships, because, in this context, the family can present itself as a risk or protection factor in relation to the abusive use of psychoactive substances.

**Keywords:** Family. Psychoactive Substances. Family Relationships.

## **1 INTRODUÇÃO**

A saúde foi entendida como ausência de doenças físicas ou mentais por muito tempo, todavia, a Organização Mundial de Saúde – OMS (1946) redefiniu esse conceito afirmando que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. A promulgação da Constituição Federal de 1988

ampliou a definição da saúde, pois, agora passa a ser considerada como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas” (BRASIL, 1988) assim, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990).

O problema dos indivíduos com o consumo abusivo de álcool e outras drogas tem crescido cada vez mais nos últimos anos e a partir dos anos 2000 passa a ser considerado uma questão de saúde pública. Esse uso abusivo é capaz de ocasionar conflitos nas diversas áreas da vida das pessoas, sejam elas sociais, psíquicas ou econômicas. Nessa conjuntura, a família é convocada como uma instância protetiva, responsabilizando-se pelo cuidado, atenção, afeto e socialização dos usuários ao mesmo tempo em que ganha visibilidade como fator de risco para o início e manutenção do consumo, podendo ser também afetada por padrão de consumo prejudicial em seu meio.

## **2 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE O USO DE DROGAS**

O uso abusivo de substâncias psicoativas não é algo recente e exclusivo da época em que vivemos. É uma prática milenar e universal que está presente na sociedade desde o início do desenvolvimento da humanidade, permeando diferentes contextos e adquirindo diferentes finalidades e significados.

A humanidade faz e sempre fez uso de álcool e outras drogas, no entanto, para medir o prejuízo que esse uso vai causar é preciso considerar a faixa etária, o tipo de substância e contexto sociocultural em que estão inseridos. Para a Organização Mundial de Saúde droga “é toda substância não produzida pelo organismo, que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento” (BRASIL, 2015, p. 12). Moreira, Niel e Silveira (2009) denominam as drogas que são capazes de alterar o funcionamento cerebral provocando modificações no estado mental e no psiquismo como drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas – SPA.

MacRae (2004) aponta que desde a pré-história, diversas substâncias psicoativas são utilizadas para diferentes finalidades, seja para estados de êxtase místico e/ou religioso, prazeroso, lúdico e também os estados curativos. Durante muito tempo o consumo de drogas foi uma forma de manter contato com entidades divinas, assim, funcionava como uma ligação entre a vida real, as divindades e os mortos (ESCOHOTADO, 2004).

Com o advento do capitalismo as substâncias psicoativas adquiriram uma tripla dimensão, conforme Poiares (1999): de mercadoria, caracterizada como condição de ligação

entre os elementos fiscais, jurídicos e econômicos; a dimensão lúdica e terapêutica, a qual era associada como fonte de desinibição favorecedora do convívio social e como ferramenta de tratamento médico; por fim, a dimensão de objeto e origem do crime.

O capitalismo, que envolve disputas sociais e econômicas em relação às substâncias psicoativas, incentivou uma visão repressiva e proibicionista direcionada as drogas, originando a partir da política americana uma “guerra às drogas”, tendo origem em 1919 a Lei Seca é aprovada nos Estados Unidos. Esta lei proibia a produção, importação, exportação e a venda de bebidas alcoólicas, por conseguinte, acabou “criando a primeira grande rede de traficantes e organizações, que se dedicaram a suprir o mercado ilícito criado em consequência da Lei Seca” (D’ELIA FILHO, 2007, p. 84).

Apesar da repressão o uso de drogas permaneceu, no entanto, pode ser classificado em diferentes padrões de consumo. Sousa, Ruthes e Valença (2013) utilizam as seguintes categorias:

Uso experimental: experimentar e usar poucas vezes uma droga, geralmente por curiosidade;

Uso recreativo: utilizar a droga em circunstâncias sociais, buscando relaxamento e descontração;

Uso controlado: usar a droga com frequência regular, porém, sem apresentar compulsão e sem interferência no seu dia a dia;

Uso nocivo/abuso: utilizar drogas de maneira constante, aumentando o risco de consequências prejudiciais ao indivíduo e podendo resultar em dano físico, mental ou social. A prática compromete o desempenho de tarefas importantes do cotidiano;

Dependência: usar compulsivamente qualquer droga, aumentando gradativamente as doses para conseguir os mesmos efeitos. O indivíduo tem dificuldade de controlar quando e por quanto tempo irá utilizar a droga, além de continuar usando a substância mesmo tendo consciência do problema que isto representa (SOUZA, RUTHES; VALENÇA, 2013, p. 10).

Não é possível falar em uso de drogas considerando apenas o que é visível, é preciso considerar o imaginário social construído em volta das drogas e da invisibilidade das situações sociais e afetivas relacionais que perpassam os usos, os usuários e suas vivências no território. Os sujeitos e das questões associadas a dependência química tem uma pluralidade, que engloba as situações de vulnerabilidades e riscos ocasionados pela fragilização de vínculos familiares, sociais e comunitários; a existência de dificuldades no desenvolvimento de atividades rotineiras, como, por exemplo, trabalho, estudos, lazer e as próprias funções sociais: pai, mãe, companheiro (a), filho (a) , amigo (a); sensação de baixa autoestima; sentimento de culpa, derrota, agressividade, desconfiança, delírios; impossibilidade de acesso às políticas públicas, que, conseqüentemente, geram privações, segregação, preconceito e estigma e pela negação da cidadania (BRASIL, 2016).

### **3 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL**

A história das políticas de saúde mental, álcool e outras drogas no Brasil é caracterizada por embates e disputa de diferentes interesses, que provocaram a mobilização de diversos setores da sociedade que lutam por um cuidado mais digno e humanizado a pessoas com transtorno mental. Este movimento ficou conhecido como Luta Antimanicomial e sugeriu as mudanças necessárias para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, que, em síntese, defendia que as pessoas com transtorno mental não deveriam ser tratadas nos manicômios fechados, que muitas vezes eram excludentes e desumanizados, mas sim em serviços extra hospitalares e caracterizados como de “porta aberta” e de base comunitária, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2016).

Os serviços oferecidos pelo SUS procuram seguir o proposto pela Reforma Psiquiátrica, redirecionando o antigo modelo assistencial/hospitalocêntrico, centrado no hospital psiquiátrico, oferecendo atendimentos essenciais, evitando internações desnecessárias e reduzindo a exclusão.

A Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 foi uma conquista da Reforma Psiquiátrica, pois garantiu os direitos das pessoas com transtornos mentais, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Além disso, definiu a universalidade de acesso e direito à assistência, assim como sua integralidade; valorizou a descentralização do padrão de atendimento ao determinar a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, caracterizando redes assistenciais mais atentas às desigualdades sociais existentes.

Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, cuja finalidade é garantir o direito assistencial aos usuários, objetivando a atenção integral, ou seja, articulando ações de promoção, prevenção e reabilitação, implementando modalidades de tratamento e reinserção social e ocupacional dos dependentes químicos e de seus familiares. Essa Política coloca a família como parceira do cuidado, sendo um dos primeiros espaços a detectar o uso nocivo de drogas.

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) foi instituído pela lei nº 11.343 em 23 de agosto de 2006. Esse sistema prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, define crimes, etc.

Para que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes

do consumo de álcool, crack e outras drogas ao mesmo tempo em que deseja ampliar e diversificar os serviços para a atenção às essas pessoas, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS por meio da Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.

A RAPS possui 7 componentes: 1) atenção básica em saúde (Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Consultório na Rua e Centros de Convivência e Cultura; 2) atenção psicossocial especializada (Centros de Atenção Psicossocial); 3) atenção de urgência e emergência, (SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro); 4) atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial); 5) atenção hospitalar, (leitos de saúde mental em Hospital Geral ou em serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); 6) estratégias de desinstitucionalização, (Serviços Residenciais Terapêuticos); e, por fim, 7) reabilitação psicossocial (Iniciativas de geração de trabalho e renda).

Todavia, apesar dos esforços das políticas públicas as ações ainda possuem caráter emergencial, com forte teor coercitivo da polícia e sem a devida articulação em rede que permita o envolvimento dos usuários e de suas famílias. Isso acontece por conta da fragilidade na construção de territórios que identifiquem a prevalência de usos, tipos de drogas mais utilizadas, motivações para o uso e o próprio conhecimento sobre os usuários e suas famílias (BRASIL, 2016).

#### **4 SIGNIFICADOS DE FAMÍLIA**

Como podemos definir família? Família vai além de laços sanguíneos, envolve razões afetivas, cuidado mútuo, relações de confiança e autonomia, é um processo de interação da vida e das trajetórias individuais de cada um de seus integrantes. Assim como não é possível entender um jogo de xadrez olhando somente para suas peças, visto que o movimento de cada uma afeta a posição e o significado das outras, a família não pode ser vista somente como uma soma de suas partes (MIOTO, 1998).

Bruschini (1989) conceitua família como: “[...] um grupo social composto de indivíduos diferenciados por sexo e por idade, que se relacionam cotidianamente, gerando uma complexa e dinâmica trama de emoções [...]” (p. 13) Para autora, a divisão interna de papéis pode caracterizar a expressão de relações de dominação e submissão ao mesmo tempo em que configura uma distribuição de privilégios, direitos e deveres dentro do grupo.

A Política Nacional de Assistência Social afirma que “estamos diante de uma família, quando encontramos um conjunto de pessoas que se acham unidas por laços consanguíneos, afetivos e, ou de solidariedade” (BRASIL, 2004, p. 28). Esta definição de família, que se estende aos laços afetivos, não se limitando somente aos laços consanguíneos amplia a imagem de família, afinal, “família é resultante de uma pluralidade de arranjos e rearranjos estabelecidos pelos integrantes dessa família” (TEIXEIRA, 2009, p. 260).

Rosa (2008) considera que a família deve ser vista como ator social que constrói, configura e integra a realidade social, através de sua expressividade em relação à saúde mental e à dependência ao álcool e outras drogas. Ou seja, a família cria diferentes ligações com o meio social, econômico e político, recebendo destes, respostas que irão influenciar na construção da sua visão de homem e de mundo, nas relações sociais a serem estabelecidas e em seu posicionamento diante das diferentes expressões da questão social.

Apesar das diferenças, da diversidade cultural, social e emocional, a família é o local onde as expectativas são construídas, transformadas, realizadas ou repetidas por meio das interações entre os indivíduos. Assim, percebe-se o quanto a família merece destaque, pois, seus valores, emoções, crenças, atitudes e comportamentos influenciam os membros da família ao mesmo tempo em que são influenciados por ela.

## 5 FAMÍLIA E O USO ABUSIVO DE SPA

O uso abusivo de SPA pode ser visto inicialmente como algo ruim, no entanto, o seu enfrentamento pode trazer mudanças significativas, possibilitando que “novos rearranjos ocorram no que diz respeito aos padrões de comunicações, limites e redefinições de papéis e tarefas no interior da família” (SILVA, 2015. p. 3). Qualquer família pode ser surpreendida com a situação da dependência química, e isso independe de sua configuração, situação econômica, constituição ou classe social.

É importante destacar que nenhuma família está preparada para lidar com a questão da dependência química, e isso afeta diretamente as relações familiares. Rosa e Lima (2014) com base nos estudos de Payá e Figlie destacam algumas fases que as famílias com dificuldades relacionadas ao uso de drogas encaram, tais fases são:

1. **Negação:** Negação do problema. Pode haver suspeitas, mas, muitas vezes é difícil para alguns membros das famílias admitirem um problema que tem que ser enfrentado. No geral, há tensão e desentendimentos entre os integrantes da família;
2. **Família preocupada com a questão:** Persiste como “segredo familiar”, algo que tem que ser gerido no plano privado, unicamente pela família. “A regra é

não falar no assunto, mantendo a ilusão de que as drogas e o álcool não estão causando problemas para a família” (PAYÁ; FIGLIE, 2004, p. 340). Os sentimentos mais frequentes neste momento, classificados pelos autores é de raiva, sentimento de culpa e acusação mútua;

3. **A desorganização familiar é intensa:** Os membros assumem papéis e posições rígidos. “As famílias assumem responsabilidades de atos que não são seus e, assim, o dependente químico perde a oportunidade de perceber as consequências do abuso” (PAYÁ; FIGLIE, 2004, p.340);
4. **Exaustão emocional:** podem surgir conflitos entre todos os integrantes da família, enfermidades, distanciamento entre as pessoas;
5. **Enfrentamento do problema:** A família enfrenta o problema e inclusive procura ajuda externa, mas é acompanhada de ambivalência – oscilando entre a não aceitação e a aceitação (ROSA; LIMA, 2014, p. 50).

Sudbrack (2014) afirma que é preciso reconhecer que as dimensões do problema interagem em distintas formas e combinações, e que não são apenas um resultado de somatório de fatores. O importante é compreender o processo das relações que mantêm todas as pessoas envolvidas em torno de uma determinada situação ou problema, identificando as causas que estão em jogo e como elas se relacionam umas com as outras.

Paz e Colossi (2013) apontam que a família pode ser um fator de risco ou de proteção em relação à dependência química, pois, quando a família tem distanciamento afetivo, dificuldade na comunicação e limites pouco definidos, o uso de drogas acaba por ser favorecido. Contudo, quando a família é acolhedora, dispõe de comunicação adequada e proporciona afeto e proteção, pode ser considerada um fator de proteção ao uso de drogas.

Rosa e Lima (2014) destacam que por muito tempo predominou uma visão da psiquiatria, psicologia e psicanálise culpabilizante em relação às famílias, por conta da emergência de um transtorno mental e/ou de problemas relacionados ao consumo de drogas em seu meio. Essa situação passa a se modificar gradualmente a medida que as análises do fenômeno se ampliam e qualificam, principalmente por conta das conquistas de expansão dos movimentos feministas, inclusive, para o âmbito acadêmico, através da realização de pesquisas que passaram a enxergar que eram as mulheres/mães eram os principais alvos dessa visão culpabilizante.

Sudbrack (2001) considera que o sintoma da descoberta do uso de drogas pode ser uma mola propulsora de mudanças na família, dessa forma, possui uma função positiva visto que provoca um redimensionamento das relações familiares. Ou seja, há contradição nas relações familiares, podendo o consumo ser fator propulsor de outras relações positivas, entendida como um sintoma de que algo está problemático nas relações familiares.

Na verdade, não é fácil para os familiares conviver com o cotidiano que a dependência química envolve, afinal, muitas vezes o usuário passa por uma degradação social por meio do estigma (Goffman, 1988), que atinge também seus familiares, pois, acabam por carregar um

sentimento de culpa e fracasso. O estigma precisa ser combatido cotidianamente, Sudbrack (2001) sugere a passagem da exclusão, segregação e internação do dependente de drogas à construção de redes sociais de apoio familiar, junto à comunidade, aos serviços de assistência, tratamento, dentre outros

Costa et. al. (2009) afirmam que é necessário desconstruir a ideia de que o problema ou a culpa é da família, da pessoa, ou da escola, para que haja uma compreensão da participação de cada segmento e do potencial de ação de cada um no enfrentamento dos problemas existentes no cotidiano e na própria sociedade.

Schenker e Minayo (2003) destacam a importância da inclusão da família no tratamento da dependência química, pois, pode possibilitar uma mudança nos padrões familiares, no sentido da redução de danos ou uma convivência em que as sobrecargas objetivas e subjetivas sejam minimizadas. Nesse sentido, a ampliação da cobertura das ações das políticas sociais em direção à família é fundamental.

## **5 FAMÍLIA E POLÍTICAS SOCIAIS**

Mas, é necessário ultrapassar a dimensão microssocial, abarcando as relações mais gerais da família com o Estado e a sociedade em geral, como, por exemplo, através da política social. Faleiros (1980) aponta que política social é um processo de gestão estatal da força de trabalho, que procura articular as pressões e movimentos sociais dos trabalhadores com as formas de reprodução exigidas pela valorização do capital, considerando a manutenção da ordem social.

Dessa forma, caracteriza-se como uma resposta do Estado às manifestações da questão social, que é parte constitutiva das relações sociais capitalistas, uma expressão ampliada das desigualdades sociais, e das disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais; além disso, é ligada também ao processo de conscientização e luta dos trabalhadores por seus direitos sociais e políticos (IAMAMOTO, 2001).

Mioto (2008) aponta que no século XVIII o modo de produção capitalista afetou a organização da família, através da separação entre a casa e a rua; a divisão entre as tarefas da mulher (casa) e do homem (trabalho); e a instauração de um salário individual. A família se constituía como o espaço privado. Nesse período o Estado não oferecia políticas sociais e as relações sociais eram reguladas pelo mercado. A família era considerada um “canal natural” de proteção social, responsabilizando-se pela compra de bens e serviços no mercado necessários à provisão de suas necessidades.



Behring (2002) afirma que a política social começa a fazer parte da estratégia global após 1929, pois, nesse período os seguros sociais cresceram em virtude da pressão desenvolvida por movimentos operários em prol de suas condições de vida e sobrevivência. O agravamento das manifestações da questão social acabou estabelecendo modificações nas formas de proteção social e de intervenção do Estado, surgindo a necessidade de reorganização do processo de intervenção do Estado, dando origem ao Welfare State, onde a proteção social passou a ser gerida pelo Estado.

Mioto (2008) explana que nos modelos de intervenção do Welfare State, a família é inserida três formas: Família do provedor masculino: transferência de benefício ao pai trabalhador que se responsabiliza por transferir aos demais membros; Desfamiliarização: diminuição da responsabilidade familiar, cabe o Estado prover políticas que respondam as necessidades das famílias; Familismo: família assume a responsabilidade pelo bem-estar de seus membros. A crise do WS fez com que “a família fosse “re-descoberta” tanto como instância de proteção, como quanto possibilidade de “recuperação e sustentação” de uma sociabilidade solidária” (MIOTO, 2008, p. 130).

Laurell (2012) demonstra que a partir de então o neoliberalismo passa a ser incorporado, priorizando a diminuição dos gastos sociais; redução dos serviços sociais públicos, eliminando programas e reduzindo benefícios; o mercado como mecanismo dos recursos econômicos; desregulamenta e flexibiliza as relações trabalhistas e rechaça os direitos sociais e responsabiliza a sociedade pela satisfação desses direitos. Nesse processo de redução do Estado a família é colocada como fundamental na provisão de bem-estar enquanto há uma redução da responsabilidade do Estado pela proteção social da sociedade.

Mioto (2007) considera que a centralidade da família nas políticas sociais está ancorada em duas perspectivas: família como eixo central do cuidado e proteção de seus membros, o que provoca uma distinção entre famílias “capazes” e “incapazes” e somente as consideradas “incapazes” recebem auxílio público; para a família realizar as funções que lhe são atribuídas, é preciso que ela tenha assegurado o direito à proteção social por meio de políticas públicas.

Para a incorporação das famílias às políticas sociais Pereira (2008) ressalta que o objetivo da política social em relação à família não deve se basear em pressionar as pessoas para assumirem responsabilidades além de suas possibilidades, mas sim de lhes oferecer alternativas para sua inserção na sociedade.

Mioto (2007) afirma que o familismo é a base das políticas sociais brasileiras. Nessa tradição familista é possível citar dois “canais naturais” para satisfação das necessidades dos

indivíduos: o mercado – através da inserção no trabalho; e a família. A intervenção do Estado só acontece quando um desses canais falha e deve ser de modo temporário.

Fonseca (2002) aponta que é essencial conhecer sobre a diversidade e a dinâmica das famílias para formular e executar as políticas sociais, visto que as famílias atuam na redistribuição de recursos entre seus integrantes, e conseqüentemente, as políticas sociais tem impactos direta ou indiretamente sobre os membros da família.

## **6 CONCLUSÃO**

Diante do que foi exposto, é possível perceber que a dependência química é capaz de ocasionar conseqüências em todas as áreas da vida o indivíduo e de sua família. Qualquer família pode ser surpreendida com a situação da dependência química, e isso independe de sua configuração, situação econômica, constituição ou classe social. A família, principalmente, é um sistema que tem implicações na origem, no curso e nas conseqüências da dependência química, por isso, se institui uma relação de parceria com os serviços de saúde mental em processo de construção na política de saúde mental.

Os efeitos provocados pela dependência química na família muitas vezes não podem ser solucionados somente no interior das famílias, pois estão relacionados com a realidade existente em seu entorno, a qual comumente está relacionada ao processo de marginalização, estigmatização, culpabilização e exclusão, os quais necessitam de ações de políticas públicas.

É necessário desconstruir a ideia de culpabilização, seja ela referente às famílias ou ao dependente químico, e deve-se buscar realizar uma compreensão da situação a partir da totalidade, reconhecendo e definindo os papéis de cada indivíduo e da própria sociedade na superação das dificuldades encontradas na vida.

É preciso que as famílias e os dependentes químicos conheçam seus direitos e tudo que lhes é destinado e que deve ser garantido, para que, dessa forma, fortaleçam sua autonomia e seu protagonismo e se reconheçam como usuários dos serviços e sujeitos políticos. Nessa conjuntura, a família enfrenta o desafio de cuidar, proteger, mas ao mesmo tempo deve possibilitar e favorecer a autonomia, a aceitação, o protagonismo, a vivência social do dependente químico, procurando superar os estigmas sociais que a dependência química apresenta, e isso demanda políticas públicas que assegurem qualidade de vida considerando o projeto de vida individual, construindo também políticas públicas familiares.

Essa problemática é preocupante visto que é notável o redirecionamento das políticas públicas para a terceirização e crescente mercantilização, com a assunção do neoliberalismo

como seu norte. Apesar da criação de programas e campanhas de combate às drogas, pouco tem sido feito para alterar a realidade e as vulnerabilidades dos usuários e familiares diante do consumo prejudicial de substâncias psicoativas.

## REFERÊNCIAS

BEHRING, E. R. **Política social no capitalismo tardio**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Secretária Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD**. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei n° 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei n° 10.216**, de 6 de abril de 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei n° 11.343**, de 23 de agosto de 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n°3088**, de 23 de dezembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Caderno de Orientações Técnicas: Atendimento no SUAS às famílias e aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violação de direitos associada ao consumo de álcool e outras drogas**. Brasília, 2016.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: 2004. Disponível em [file:///C:/Users/user/Downloads/Politica%20Nacional%20de%20Assistencia%20Social%20013%20PNAS%202004%20e%20Norma%20Operacional%20Basica%20de%20Servico%20Social%202013%20NOBSUAS%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Politica%20Nacional%20de%20Assistencia%20Social%20013%20PNAS%202004%20e%20Norma%20Operacional%20Basica%20de%20Servico%20Social%202013%20NOBSUAS%20(1).pdf) Acesso em: 10 mar. 2018.

BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha. **Uma abordagem sociológica da família**. ABEP, São Paulo, REBEP, v. 6, n.1, jan/jun, 1989.

Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO), 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> Acesso em: 08 mar. 2018.

COSTA, Liana Fortunato; JACOBINA, Olga Maria Pimentel; SUDBRACK, Maria Fátima Olivier. **Redes sociais como estratégia de prevenção do uso indevido de drogas no contexto da escola**. Disponível em: <  
[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000200084&script=sci\\_arttext](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000200084&script=sci_arttext)> Acesso em: 04 mar. 2018.

D'ELIA FILHO, Orlando Zaccone. **Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas**. Rio de Janeiro: Reavan, 2007.

ESCOHOTADO, Antonio. **Historia general de las drogas**. Madrid, Editorial Espasa Calpe, 2004.

FALEIROS, V.P. As funções da política social no capitalismo. **A política social do Estado capitalista**: as funções da previdência e da assistência social. São Paulo: Cortez, 1980, p.55-74.

FONSECA, M. T. **Famílias e políticas sociais**: subsídios teóricos e metodológicos para a formulação e gestão das políticas com e para famílias. Dissertação (mestrado em administração pública). Fundação João Pinheiro, maio, 2002.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: nota sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: LCT, 1988.

IAMAMOTO, M. A questão social no capitalismo. In: **Temporalis** – Revista da associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. Ano 2, n 3 (jan / jul, 2001). Brasília: Graflin, 2001, p. 09-32

LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado; a política social do neoliberalismo. In: **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. LAURELL, Asa Cristina (Org.). 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002, p.151-178.

MACRAE, Edward. **Substâncias Psicoativas: não existe droga a priori!** 2004. Disponível em: <<http://www.each.usp.br/opuscorpus/PDF/f5p1.pdf>> Acesso em: 10 mar. 2018.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Família e saúde mental: contribuições para reflexão sobre processos familiares. **Revista Katálysis**, Florianópolis, n. 2, p. 20-26, maio 1998.

\_\_\_\_\_. Família e políticas sociais. In: BOSCHETTI, I et al (orgs). **Política social no capitalismo** - tendências contemporâneas. São Paulo, Cortez, 2008a, p. 130- 148.

\_\_\_\_\_. **Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional**: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família. Relatório de Pesquisa. Florianópolis, UFSC, abril de 2007.

MOREIRA, Fernanda Gonçalves; NIEL, Marcelo; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Drogas, Família e Adolescência**. Série Dilemas Modernos 1. São Paulo: Atheneu, 2009.

PAZ, Fernanda Marques; COLOSSI, Patrícia Manozzo. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. **Estudos de Psicologia**, 18(4), 551-558, 2013.

PEREIRA, P. A. P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M et al (orgs). **Política social, família e juventude** – uma questão de direitos. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2008, p. 25-41.

POIARES, Carlos Alberto. A contribuição para uma análise histórica da droga. **Revista Toxicodependências**, ano 5, nº1, p. 3-12, 1999.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2008.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. Relação Família e Usuários de álcool e outras drogas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). In: **Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão**. Recursos e estratégias do cuidado. Fátima Buchele; Magda Diniz Bezerra Dimenstein [orgs] – Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. A implicação da família no uso abusivo de drogas: Uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(1), 299-306, 2003.

SILVA, Eroy Aparecida da. Família, abuso e dependência de drogas desafios clínicos e das pesquisas. In: **Anais da V Jornada de Psicologia no Hospital Municipal do Campo Limpo** [= Blucher Medical Proceedings, vol.1, num.6]. São Paulo: Editora Blucher, 2015.

SOUZA, Marília de; RUTHES, Sidarta; VALENÇA, Raquel. **Sesi e Você na Prevenção das Drogas**. Curitiba: SESI/PR, 2013. Disponível em < [http://www.sesipr.org.br/cuide-se-mais/alcool-e-outras-drogas/uploadAddress/caderno\\_educadores\\_online\[42937\].pdf](http://www.sesipr.org.br/cuide-se-mais/alcool-e-outras-drogas/uploadAddress/caderno_educadores_online[42937].pdf)> Acesso em: 01 mar. 2018.

SUDBRACK, Maria de Fátima Olivier. Terapia familiar sistêmica e dependência a substâncias. In: Sérgio Seibel; e outros (Org). **Dependência de drogas**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.

\_\_\_\_\_. Drogas e complexidade: do caos à transformação. In: **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas** / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Educação. – 6ª ed., atual. – Brasília: Ministério da Justiça, 2014.

TEIXEIRA, Solange Maria. Família na Política de Assistência Social: avanços e retrocessos com a matricialidade sociofamiliar. **Revista Políticas Públicas**. São Luiz, 2009, v.13, n.2, p.255-264, jul./dez. 2009.